PD-ABS-663

AHLACMA/Honduras
CI90.50A

The Promotion of the Lactational Amenorrhea Method and Child Spacing through Breast-feeding Advocates

FINAL REPORT

June 1, 1990 – October 31, 1992

The Population Council seeks to improve the wellbeing and reproductive health of current and future generations around the world and to help achieve a humane, equitable, and sustainable balance between people and resources. The Council ■ analyzes population issues and trends; ■ conducts biomedical research to develop new contraceptives; ■ works with public and private agencies to improve the quality and outreach of family planning and reproductive health services; ■ helps governments to influence demographic behavior; ■ communicates the results of research in the population field to appropriate audiences; ■ and helps build research capacities in developing countries. The Council, a nonprofit, nongovernmental research organization established in 1952, has a multinational Board of Trustees; its New York headquarters supports a global network of regional and country offices.

This project was funded by the U.S. Agency for International Development, Office of Population, under Contract No. AID/DPE-3030-Z-00-9019-00, Strategies for Improving Service Delivery/Operations Research and Technical Assistance in Latin America and the Caribbean (INOPAL II), Project Number 936-3030.

A

CI 90.50A

INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH
GEORGETOWN UNIVERSITY

THE PROMOTION OF THE LACTATIONAL AMENORRHEA METHOD AND CHILD SPACING THROUGH BREASTFEEDING ADVOCATES

CONTRACT NUMBER OR-HO-001

Prepared By:

LA LIGA DE LACTANCIA MATERNA DE HONDURAS

Dr. Ada Rivera
Judy Canahuati
Dr. Carol Lopez

and

INOPAL II
THE POPULATION COUNCIL

Andrea Phillips
Rebecka Lundgren

B

TABLE OF CONTENTS

Page No.

LIST OF APPENDICES iii

LIST OF FIGURES iv

LIST OF TABLES vi

SUMMARY vii

I. INTRODUCTION 1

A. Background 1
B. Problem Statement 2
C. Alternative Solution 2

II. METHODOLOGY 3

A. Objectives 3
B. Hypotheses 4
C. Study Design 5
D. Dependent Variables 5
E. Sources of Information 6

III. IMPLEMENTATION OF PROJECT ACTIVITIES 6

A. Physician Training 6
B. Nurse Training 7
C. Breastfeeding Advocate Recruitment and Training 8
D. Formation of Mother Support Groups 11
E. Informal Contacts and Referrals 13
F. Establishment of Formal Referral System 17
G. Process Evaluation 18
H. Skill Training Workshops 19
I. Development of Educational Materials 19
J. Medical Conference 19
K. Computerized MIS 19

IV. RESULTS 19

A. Impact of Training of Health Professionals 20

1. Exclusive Breastfeeding 21
2. Postpartum Amenorrhea 22
3. LAM Knowledge 22
4. Use of Complementary Family Planning Methods 24

B. Impact on Community of Breastfeeding BAs 24

1. Exclusive Breastfeeding 25
2. Postpartum Amenorrhea 25
3. LAM Knowledge 25
4. Use of Complementary Family Planning Methods 26

C. Direct Impact of Contact with Breastfeeding Advocates 27

1. Exclusive Breastfeeding 28
2. Postpartum Amenorrhea 31
3. LAM Knowledge 32
4. Use of Complementary Family Planning Methods 33

D. LAM Knowledge and Correct Use Among Women Using Breastfeeding as a Means for Spacing Pregnancies 35

E. LAM Use and Subsequent Use of a Complementary Method 37

V. DISCUSSION 38

A. Conclusions 38

1. Training for Health Professionals 38
2. Mother to Mother Breastfeeding Support: Impact on their Communities . . 38
3. Mother to Mother Breastfeeding Support: Impact on Individuals 39
4. Promotion of LAM 40

B. Lessons Learned 41

1. Intervention Design 41
2. Target Population 42
3. LAM Teaching Methods 43
4. Supervision of BAs 43
5. Coordination with health sector/referrals 44

C. Directions for Future Operations Research 44

LIST OF APPENDICES

Appendix 1:	LAM Algorithm
Appendix 2:	Map of Study Area
Appendix 3:	Executive Summary of Evaluation
Appendix 4:	Baseline and Endline Survey Instruments
Appendix 5:	Report Forms
Appendix 6:	Nursing Training Program
Appendix 7:	Referral Coupon
Appendix 8:	Referral Survey Follow-up Instrument
Appendix 9:	Referral Graphics
Appendix 10:	Working Group Questions from Evaluation Workshop
Appendix 11:	Support Group Workshop Program
Appendix 12:	Tables: Control and Contact Groups at Endline Survey
Appendix 13:	Tables: Control and Experimental Groups By Survey
Appendix 14:	Survival Analyses

LIST OF FIGURES

Figure 1: Characteristics of Support Group Participants

Figure 2: Characteristics of Women Contacted Informally By Breastfeeding Advocates

Figure 3: Distribution of Referrals by Breastfeeding Advocates

Figure 4: Attrition of Breastfeeding Advocates (Measured by Group Meetings) by Training Cohort

Figure 5: Attrition of Breastfeeding Advocates (Measured by Informal Contacts) by Training Cohort

Figure 6: Introduction of Water by Study Group and Survey

Figure 7: Percentage of Women who Have Introduced Water by Study Group and Survey

Figure 8: Knowledge of LAM Guidelines Among Women in the Experimental Group by Survey

Figure 9: Number of LAM Guidelines Mentioned by Women in the Experimental Group by Survey

Figure 10: Introduction of Soup, Tea, Coffee, or Juice by Study Group and Survey

Figure 11: Percentage of Women Initiating Contraceptive Use By Survey and Study Group

Figure 12: Contraceptive Methods Used by Menstruating Women by Study Group at Endline

Figure 13: Percentage of Women Exclusively Breastfeeding by Control and Contact Groups at Endline

Figure 14: Percentage of Women Who Have Introduced Milk by Control and Contact Groups at Endline

Figure 15: Percentage of Women Who Have Introduced Water by Control and Contact Groups at Endline

Figure 16: Introduction of Liquids by Control and Contact Groups at Endline

Figure 17: Postpartum Advice Received by Control and Contact Groups at Endline

Figure 18: Knowledge of LAM Guidelines Among Women in the Control and Contact Groups at Endline

Figure 19: # of LAM Guidelines Mentioned by Women in the Control and Contact Groups at Endline

Figure 20: Current and Previous Contraceptive Use by Women in Contact Group

Figure 21: Current Contraceptive Method Use by Women in Contact Group

Figure 22: Knowledge of LAM Among Control Group and Breastfeeding Users at Endline

Figure 23: LAM Knowledge Among Women Reporting Use of Breastfeeding for Birthspacing by Contact and No Contact

LIST OF TABLES

Table 1: Number of Physicians Attending Workshop From Target Area

Table 2: Number of Other Health Professionals Attending Workshop from Target Area

Table 3: Training Sessions for Nursing Staff

Table 4: Summary of BA Trainings

Table 5: Comparison of the Characteristics of Active and Non-Active BAs

Table 6: Formation and Maintenance of Support Groups

Table 7: Informal Contacts with BAs

Table 8: Informal Contacts and Referrals by BAs

Table 9: Significant Differences in Socio-Demographic Characteristics Between Baseline and Endline Surveys

Table 10: Contact with Breastfeeding Advocates

Table 11: Feeding Practices (According to 24 Hour Recall)

Table 12: Adherence to LAM Criteria Among Women Reporting Current Use of Breastfeeding as a Birth Spacing Method

Table 13: Projection of Prevalence of Exclusive Breastfeeding Based on Actual Prevalence and 50% Coverage

Table 14: Projection of Prevalence of Exclusive Breastfeeding Based on Actual Coverage and 100% Prevalence among Contact Group

Table 15: Projections of Percentage of Women Correctly Responding to LAM Criteria Based on Knowledge among Contact Group After Intervention

Table 16: Projections of Percentage of Women Correctly Responding to LAM Criteria Based on Actual Coverage with 100% Responses among Contact Group

SUMMARY

La Leche League Honduras (LLLH) conducted an operations research project to evaluate the use of community support groups trained in the use of the lactational amenorrhea method (LAM) as a means of child spacing in marginal urban neighborhoods of San Pedro Sula. In addition, medical personnel were trained in lactational support and LAM. Financing was provided by The Institute for International Studies in Natural Family Planning (IISNFP) of Georgetown University. The Population Council provided technical assistance.

The project grew out of concern over the decreasing prevalence of exclusive breast feeding in Honduras because of its negative impact on infant health and risk for an early return of fertility. Although the median duration of breast feeding has been increasing due to efforts of the League and other groups, over half of infants in Honduras were given liquids other than breastmilk during the first month of life. In addition, many women in both urban and rural areas of Honduras are at risk of pregnancy before the end of the first year of life of their new baby.

The community level intervention consisted of multilevel training in exclusive breastfeeding and LAM, implementation of community-based mother support groups and the implementation of a formal referral process to other health services. In addition, physicians, nurses, and other health personnel, serving both control and experimental communities, received training on topics including LAM, growth of the breastfed baby, positioning of the baby, and AIDs and breastmilk.

Results suggest that the training of health professionals was partially successful in improving breast feeding practices. Although no differences in duration of exclusive breast feeding were observed, in the endline survey women reported postponing the introduction of water and other liquids. Similarly, the higher levels of LAM knowledge observed over time may be attributable to the trainings provided by the League. However, differences in socio-demographic characteristics between the baseline and endline surveys may mitigate these results.

The La Leche League strategy of placing breast feeding counselors in the community proved effective in improving breast feeding practices and promoting exclusive breast feeding. Women who had contact with the counselors, either individually or within a support group, were more likely to exclusively breast feed longer and postpone the introduction of water, milk and other liquids. These improvements may be linked to the increased amount of concrete, practical advice regarding breast feeding received by these women from the advocates. The breastfeeding advocates were also effective in encouraging contraceptive methods that are compatible with breast feeding. Women who had contact with the counselors were more likely to use the IUD and less likely to use hormonal methods.

In addition, the breast feeding advocates were effective in increasing LAM knowledge. Women who had contact with the counselors were more likely to know each of the criteria individually and know more than one rule. However, overall knowledge remained very low. The highest level of knowledge was observed regarding exclusive breast feeding. In addition, the counselors were effective in teaching women to use the return of menses as a sign to initiate contraception.

The highest level of LAM knowledge was observed among women reporting the use of breast feeding as a family planning method. However, analysis of their adherence to the criteria indicated inappropriate use of LAM.

I. INTRODUCTION

This is the final report of an operations research project conducted by La Leche League Honduras (LLLH), financed by the Institute for International Studies in Natural Family Planning (IISNFP) of Georgetown University. The Population Council provided technical assistance to La Leche League throughout the project and conducted a qualitative midterm evaluation of the intervention activities. The goal of this project was to evaluate the use of community support groups trained in the use of the lactational amenorrhea method (LAM) as a means of child spacing in marginal urban neighborhoods of San Pedro Sula.

A. Background

Exclusive breastfeeding during the first four to six months of life is critical to infant health and child survival, particularly in developing countries. A review of diarrheal morbidity in infants under one year of age showed that a two month old infant who is not exclusively breastfed has over three times the risk of contracting diarrhea and about twice the risk of catching respiratory infections than those who receive only breastmilk.[1] The implications of exclusive breastfeeding for birthspacing are also dramatic. The Bellagio consensus statement indicates that a fully amenorrheic woman has only a 2% risk of pregnancy during the first six months postpartum.[2]

Despite the numerous benefits of breastfeeding, the prevalence of breastfeeding in Honduras dropped alarmingly in the early 1980s. At that time feeding practices for newborns were strongly influenced by established hospital routines which prematurely introduced breastmilk substitutes. This declining trend in breastfeeding was reversed by vigorous campaigns to promote breastfeeding and improve hospital practices. For example, from 1982 to 1989, PROALMA (a collaborative effort between the Honduran Social Security Institute and the Ministry of Health with funding from USAID) worked to develop, implement and evaluate hospital routines and practices favorable to breastfeeding. As a result of these efforts, as well as those of other organizations such as La Leche League, the median duration of breastfeeding has been increasing approximately one month per year since 1981.[3] In urban areas, the median duration of breastfeeding has increased from 9.8 months in 1981 to 12.4 in 1987. The prevalence of breastfeeding in general is relatively high in Honduras. For example, in 1992, almost 90% of three to four month olds in Honduras were breastfed. However, only a small percentage of these infants were breastfed exclusively. According to the 1992 Demographic Health Survey, over half of infants (55%) were given liquids other than breastmilk during the first month of life.

In addition its negative impact on infant health, widespread early supplementation puts mothers at risk for an early return of fertility. Many women in both urban and rural areas of Honduras are at risk of pregnancy before the end of the first year of life of their new baby. National statistics indicate that 34% of women are at high risk of pregnancy before the 8th month postpartum; 49% are at risk by the

---

[1] Feachem, R.G. and Koblinsky, M.A. 1984. "Intervention for the Control of Diarrheal Diseases among Young Children: Promotion of Breastfeeding", "Bulletin of the World Health Organization, 62 (2): 1984, pp. 271-291.

[2] Kennedy, K., Rivera, R., and McNeilly, A. 1989. "Consensus Statement on the Use of Breastfeeding as a Family Planning Method." Contraception, 39 (5), 477-496.

[3] Ministerio de Salud Publica. 1992. "Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar," Draft Final Report.

end of the first year. Although over one-half of the women were at risk of pregnancy at the end of the first year, the cumulative probability of contraceptive use at that point in time was reported at 39%.[4]

Studies in hospital as well as community settings in Honduras have demonstrated that education can increase the prevalence of breastfeeding and contraceptive use. In an operations research project conducted at the Social Security Hospital in San Pedro Sula, it was found that when women were educated in breastfeeding and family planning, the prevalence of breastfeeding at six months and the use of effective family planning methods increased.[5] This study demonstrated that hospital based counseling reduced the number of months postpartum women are unprotected from pregnancy. A community-based child survival operations research study, carried out in one community of San Pedro Sula in 1988, demonstrated a 12 percentage point increase in the use of effective family planning methods by mothers with children under one year of age, in a group that received education from community promoters, beyond the increase in a control group that had no intervention.[6] These results suggest the efficacy of community-based education for postpartum women.

B. Problem Statement

During the second phase of PROALMA, it became apparent that the initiation of a community-based breastfeeding promotion program in Honduras was critical. In 1988, La Leche League International received USAID child survival funds to train low-income women as volunteer community breastfeeding advocates in Honduras and Guatemala. Breastfeeding advocates (BAs) are volunteers who have themselves breastfed. They are trained by League Leaders to support breastfeeding women in their communities through mother support groups and informal contacts. The Honduras La Leche League project began in June, 1989 in the growing marginal urban areas of San Pedro Sula.

League staff observed short durations of postpartum amenorrhea in these communities, despite prolonged durations of breastfeeding, suggesting less than optimal breastfeeding practices. Little exclusive breastfeeding occurred in these communities, resulting in inadequate birthspacing and health risk for both mother and child.

C. Alternative Solution

It has long been recognized that breastfeeding has an effect on fertility, and recent scientific study is beginning to explain the mechanism and efficacy of breastfeeding for fertility regulation.[7] Often called the Lactational Amenorrhea Method (LAM), this method is based on the natural infertility experienced

---

[4]Ministerio de Salud Publica. 1992. "Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar," Draft Final Report.

[5] Townsend, et al. 1988. "The Promotion of Breastfeeding and Family Planning". Final Report C186.33A. Instituto Hondureño de Seguridad Social and The Population Council.

[6] Rivera, A.J. 1989. "Investigación de la Respuesta de la Comunidad ante la Problematica de la Sobrevivencia Infantil, al Aplicar un Modelo de Intervención Educativa y de Participación Comunitaria en una Zona Urbano Marginal de San Pedro Sula, Honduras". Final Report Contract #187.600. Instituto Hondureño de Seguridad Social and The Population Council.

[7]See for example: Kennedy, K. et al. "Consensus Statement on the Use of Breastfeeding as a Family Planning Method." Contraception, Vol. 39, No. 5, pp. 477-496, May, 1989 and Gray, R. et al., "Risk of Ovulation During Lactation." Lancet, 335 (1): 25-29, 1990.

by breastfeeding women, especially during the early months postpartum. This infertility is caused by the hormonal suppression of ovulation and menstruation. The algorithm developed by IISNFP illustrates how to determine when the risk of pregnancy increases during breastfeeding and when to begin a complementary family planning method (Appendix 1). If a woman is less than six months postpartum, amenorrheic, and fully breastfeeding, she is 98% protected against pregnancy. When any one of these conditions changes, she must immediately use a complementary family planning method to avoid pregnancy.[8]

Although La Leche League International has consciously encouraged exclusive breastfeeding as a childspacing method since its foundation over thirty years ago, it is only recently that clear guidelines have been developed to guide appropriate use of this method and to provide mothers with adequate parameters for decision-making with respect to the initiation of the use of an alternative contraceptive method.

In order to address the problem of low levels of exclusive breastfeeding and inadequate spacing between births, La Leche League Honduras (LLLH) decided to test the use of breastfeeding BAs trained in the LAM guidelines to promote the use of LAM and timely initiation of other birth spacing methods. The intervention consisted of multilevel training in exclusive breastfeeding and LAM, implementation of community-based mother support groups and the implementation of a formal referral process to other health services.

II. METHODOLOGY

A. Objectives

The objectives listed below include the revisions and additions to the original objectives established in the project extensions agreed upon with IISNFP and The Population Council.

1. Conduct training on the management and support of exclusive breastfeeding and childspacing with emphasis on LAM Guidelines, for at least 50 physicians serving the Las Palmas health area.

2. Conduct a workshop for at least 50 nurses serving San Pedro Sula hospitals and clinics with updated information on lactation management and LAM guidelines.

3. Conduct training for and certify at least 36 community mothers to serve as Breastfeeding Advocates (BAs), with specific information in LAM and referral to complementary family planning services.

4. Initiate at least six mother support groups that are conducted monthly, throughout the study period.

---

[8]Institute for International Studies in Natural Family Planning, Georgetown University. "Guidelines for Breastfeeding in Family Planning and Child Survival Programs". January, 1990.

5. Examine the referral process to family planning services by community based promoters trained in breastfeeding and LAM by establishing a referral mechanism and providing follow-up to the referral process.

6. Organize four skill training workshops for BAs and LLLH staff including: a) human reproduction and family planning; b) support group leadership training; c) administration by objectives; and d) support group leadership training for trainers.

7. Develop low literacy educational materials on LAM and exclusive breastfeeding and a basic trainers manual for the formation of BAs and mother support groups.

8. Organize a national medical conference on contraception during lactation.

9. Conduct a meeting to disseminate results to other organizations.

10. Develop a computerized management information system to process and analyze LLLH service statistics and financial information.

B. Hypotheses

The operations research project was designed to test the following hypothesis:

The combination of medical personnel and mother support groups trained in lactation support and LAM guidelines will result in a greater prevalence and duration of exclusive breastfeeding and amenorrhea at six months postpartum, and a greater reporting of LAM use, than those levels found in a community served by trained medical personnel alone.

Based on this hypothesis, the following research questions were developed to guide the research:

1. Does multilevel health professional training increase the prevalence and duration of exclusive breastfeeding? Does this have an immediate impact on the duration of postpartum amenorrhea?

2. Are there differences in the prevalence and duration of exclusive breastfeeding, postpartum amenorrhea and LAM use in the communities that have functioning mother support groups led by trained breastfeeding promoters, when compared to those that do not?

3. Are women using exclusive breastfeeding for its child spacing benefits and are they knowledgeable about the indications and limitations for its use defined by the LAM guidelines?

4. Does training in LAM increase use of complementary family planning methods?

5. Are women who begin using LAM more likely to be using a contraceptive method at six months than those who do not use LAM?

C. Study Design

A non-equivalent pre-post test control group design was utilized to evaluate the intervention. The neighborhoods in the Southeast sector of San Pedro, called Las Palmas, were assigned either to the control or the experimental group (Appendix 2). In the experimental communities, BAs were trained and formed support groups. The control group consisted of those communities in which only the medical staff was trained. Training of medical staff was identical in control and experimental communities, as both were served by the same health services. Characteristics such as population size, percentage of social security affiliation and geographic isolation were taken into account while assigning communities to the study groups. Social security affiliation is important because it reflects the comparability of family member employment in the formal sector, as well as type of health service coverage.

A diagnostic was completed in July, 1990 of the 6,794 households in the project area by First of May social promotion students. The diagnostic identified 1,083 mothers of babies under one year of age along with 630 pregnant women. The diagnostic consisted of a two page questionnaire designed to identify households with children under one year of age. It also included information requested by the Ministry of Health (MOH) and Social Security Institute (IHSS). This information will be used as a baseline for the integration of MOH and IHSS services in Las Palmas.

The majority of women with children under one year of age identified in the diagnostic were interviewed at baseline. Mothers whose babies had completed their first birthday were replaced by pregnant women who had given birth. A total of 848 women were interviewed during the baseline survey. The endline survey was administered in January, 1992, after twelve months of activities in the experimental communities. A total of 922 women were administered the endline survey.

In addition to the survey, a qualitative evaluation was conducted after the first three months of service delivery in order to detect and resolve any problems with the intervention. Focus groups were conducted with project staff, BAs and mothers. In addition, 43 individuals were interviewed, including active and inactive BAs, mothers and the project director. In addition, four mother support group meetings were observed. The executive summary of the evaluation report is included in Appendix 3.

D. Dependent Variables

The dependent variables of the study included: 1) prevalence and duration of mixed and exclusive breastfeeding; 2) duration of lactational amenorrhea; 3) knowledge and use of LAM; and 4) use of contraceptive methods. These variables were defined as:

Exclusive Breastfeeding:	No liquid or solid is given to the infant besides breastmilk.[9]
Correct LAM use:	The user is able to state that she has relied on breastfeeding to space her children and can explain the LAM guidelines.

[9] This variable was selected because there was no significant difference between the introduction of water and the introduction of other liquids.

LAM User: Includes women who exclusively breastfed during the first six months postpartum, are amenorrheic and can state the LAM guidelines.

E. Sources of Information

1. Endline and baseline survey instruments. The instrument included questions on socio-economic status, health system affiliation and contact, reproductive history, breastfeeding and infant feeding practices, contraceptive use and LAM knowledge and attitudes. (See Appendix 4)

2. Forms were developed for the BAs to record their activities. One form was utilized to record attendance at meetings, another for informal contacts and referrals and one form was used to record infant feeding practices, return of menstruation and use of a contraceptive method of all mothers attending a group meeting. The forms were printed on carbonless copies so that the BA could keep a copy for herself (Appendix 5).

3. Focus group and interview guides were developed for use in the qualitative evaluation.

4. The stubs of the referral coupons were collected and tabulated.

III. IMPLEMENTATION OF PROJECT ACTIVITIES

A. Physician Training

A workshop for physicians was organized to stimulate changes in hospital routines which promote early breastfeeding and LAM use and to increase the confidence of physicians in exclusive breastfeeding of infants under six months of age. The workshop was a collaborative effort between LLLH, USAID, the Ministry of Health, IHSS and other Honduran organizations. Financial support was provided by the local USAID Mission and IISNFP. Funds from local industry were obtained in order to finance the publicity for the event.

The workshop, "Advances in Infant Nutrition and Birth Spacing", was held from February 25th to March 1st, 1991. Participating physicians were awarded 17 hours of continuing medical education credit for attending the 25 hour workshop. The topics covered included LAM, the Kangaroo Program for premature babies, AIDS and other viruses in breastmilk, breastfeeding and jaundice and the growth of the exclusively breastfed baby. The program also included roundtable discussions on the situation of breastfeeding in Honduras and the results of the project's baseline survey. Workshop speakers included Dr. Soledad Díaz, a Chilean obstetrician, who spoke on LAM, the Bellagio consensus and contraceptive methods for lactating women.

TABLE 1

NUMBER OF PHYSICIANS ATTENDING WORKSHOP FROM TARGET AREA

INSTITUTION	OB/GYN & PEDIATRIC	GENERAL PRACTITIONERS	TOTAL
Hospital Rivas	5	8	13
CESAMO/Las Palmas	0	6	6
IHSS	11	10	21
Private Sector	3	23	26
Total	19	47	66

A total of 259 individuals attended the workshop, including participants from outside the target area. The project goal was to reach 50 physicians who served the Las Palmas area. This goal was surpassed by the attendance of 66 physicians from the target area, including the new director of the Las Palmas Health Center. (See Table 1). In addition, a total of 63 other health professionals attended the workshop, including registered and auxiliary nurses (Table 2).

TABLE 2

NUMBER OF OTHER HEALTH PROFESSIONALS ATTENDING WORKSHOP FROM TARGET AREA

PROFESSION	NUMBER
R.N.	18
Auxiliary Nurses	18
Other: Nutritionists, Promoters, Medical Students, Social Workers, etc.	27
Total	63

B. Nurse Training

Table 3 lists the trainings held for the nursing staff of the Social Security and Ministry of Health hospitals and health centers. The nurses in the health centers in the target area were the first to be trained during the project. Subsequently, the auxiliary nurses in the neonatal ward of the Social Security hospital received six-hour in-service trainings. The topics covered were "LAM", "How to Avoid Bottles" and "Positioning for Breastfeeding". All of the participants were give pre and post tests. The

average percentage increase of the scores of the nurses was between 8% and 20%. The average pre-test score was 60%, while the post test was 75%, with an average increase of 14.4%. LLLH staff feel that six hours may have been insufficient to cover all of the information necessary and to help the nurses develop an adequate educational methodology for teaching the topics to mothers. The League found it difficult to arrange training for the nursing staff in the Ministry of Health Hospital, the last institution to receive training. Hospital Rivas was inaugurated in August of 1990 and because of understaffing, the nurses did not have time to attend in-service trainings. A training was finally organized at the end of 1991. Only two nurses completed the course, although 24 nurses attended parts of the training. The training guide for the nurse training is included in Appendix 6.

TABLE 3
TRAINING SESSIONS FOR NURSING STAFF

INSTITUTION	DATE	NO. OF PARTICIPANTS
Centro de Salud Miguel Paz Barahona	September 1990	19 Auxiliary Nurses
Centro de Salud Las Palmas	November 1990	5 Auxiliary Nurses 1 R.N.
Instituto de Seguridad Social	February 1991 (Four six-hour sessions)	55 Auxiliary Nurses
Hospital Mario Rivas	October - November 1991 (Five week-long sessions)	24 Nurses from the Neonatal Ward (Only 2 completed the entire course)
TOTAL	11 Training Sessions	104 Nurses

In July of 1991, BAs from the Las Palmas sector began to work in Health Center Miguel Paz Barahona. In September of the same year, a BA began to work in the Ministry hospital. The BAs received a small stipend for their work in these institutions. The activities of the BAs included giving talks to pregnant and nursing mothers in the maternity and pediatric wards, assisting women with non-medical breastfeeding problems and referring women to mother support groups in their neighborhoods. During a six month period (July - December, 1991), the BA in Miguel Paz Barahona Health Center gave talks to 1,251 pregnant women, 217 postpartum women and 2,710 women attending the growth monitoring clinic. The BA working at the MOH hospital gave talks to 780 women in the maternity wards during the same period.

C. Breastfeeding Advocate Recruitment and Training

The selection criteria for BAs required that women have breastfed at least one of their children, live in the community and be willing to lead a breastfeeding support group once a month. At least initially, women had to be recruited from the community since there were no active support groups in existence. In other communities, the League had recruited BAs from already established groups, such as mother's clubs. Unfortunately, no similar groups existed in Las Palmas, making the establishment of

mother support groups substantially more difficult. The League began to recruit BAs by working with the neighborhood organizations which were in the process of forming health committees, then through the health committees. LLLH participated in the training sessions for the neighborhood health committees as part of the Southeast Sector Health Committee, recruiting potential BA candidates in the process.

LLLH developed its training strategy with the goal of approximating the traditional La Leche League model where women emerge as leaders after being socialized into support group culture. Pre-training sessions were conducted in communities in which basic information on breastfeeding was provided to participants and some women were identified to participate in further training. Over a six month period, 125 women participated in pre-training sessions, of which only 68 were interested in and invited to participate in another training. Approximately two-thirds (41) of these women actually completed the training and became certified. These figures show that recruiting BAs from the community at large carries with it a large attrition rate. Of the total number of women contacted, only a third were certified as BAs. As the project matured, new leaders began to emerge out of the groups. Moreover, the percentage of women emerging from the MSGs who achieved certification was much higher than that of women recruited from the general community. Of those women entering the BA training from a support group, 79% were certified, in comparison to only 15% of those women entering from a pre-training or community group.

Table 4 presents a summary of the number of women attending the trainings and certified as breastfeeding advocates. Five BA trainings were held by the League during the year, resulting in 49 women certified as BAs. This number exceeds the goal established in the proposal of 36 BAs. Approximately 60% of the women attending the trainings were certified. The majority of the women attending the initial trainings were recruited from the community, while most of the women attending the later trainings emerged from support groups.

TABLE 4
SUMMARY OF BA TRAININGS

DATE	NO. ATTENDING	NO. CERTIFIED	PLACE OF RECRUITMENT		
			COMUN.	PRE-TRAINING	GROUP
November, 1990	20	13	18	2	
December, 1990	19	12	13	3	3
April, 1991	14	5		13	1
June, 1991	13	11			13
July, 1991	13	8			13
TOTAL	79	49	31	18	30
PERCENT	--	62%	39.5%	23%	38%

BAs received approximately forty hours of training in breastfeeding and LAM. They first received twenty hours of pre-training in their communities. The pre-training covered the advantages of breastfeeding for baby and parents, anatomy of the breast and physiology of breastfeeding and common breastfeeding problems and how to overcome them. After the pre-training, women interested in becoming BAs were invited to attend a BA training. This training covered the same topics in more detail and included training in support group methodology. The goal of the methodology used in the training was to simulate a support group to the greatest extent possible. Participatory techniques such as role playing were used to teach women how to organize and lead a support group and counsel breastfeeding mothers. BAs also attended monthly refresher meetings at the League office.

The table below compares the characteristics of the active and non-active BAs, as classified by a LLLH staffperson. This data comes from an application form filled out by BA aspirants. The average age of active BAs was about 32 years, as compared to 28 years for the non-active BAs. About half of the active BAs and 60% of the inactive BAs were currently breastfeeding a child. A higher percentage of active than non-active BAs had breastfed exclusively for six months. However, this information was not recorded for all of the BAs, so the number of cases is extremely small.

TABLE 5
COMPARISON OF THE CHARACTERISTICS OF ACTIVE AND NON-ACTIVE BAS

CHARACTERISTIC	ACTIVE (N=15)	NON-ACTIVE (N=49)
Average age (range)	32.2 (22-54)	28.2 (18-44)
Average no. of living children (range)	4 (1-7)	3.3 (1-8)
Average no. of breastfed children (range)	2.6 (1-5)	2.7 (1-8)
Percent currently breastfeeding	50%	58.7%
Percent with History of 6 Months Exclusive Breastfeeding	67% (N=6)	46% (N=13)
Average length of residence in community (range)	6.4 years (< 1 yr to 26 yrs)	5.3 years (< 1 yr. to 19 yrs)

D. Formation of Mother Support Groups

After completing the training and becoming certified breastfeeding advocates, these women accepted the responsibility of carrying out the following activities:

- identify pregnant and breastfeeding women
- contact women at critical moments at home or in the support group
- counsel mothers informally
- plan and lead monthly mother support groups with co-leaders
- maintain records
- attend LLLH meetings
- recruit new leaders
- refer as needed to other health services

It was not possible to form mother support groups in all of the communities in which BAs were certified. Some BAs were unable to motivate women to attend meetings and others dropped out to seek employment. In some cases, new advocates were trained to replace those who dropped out. In others, communities were changed from the experimental to control group.

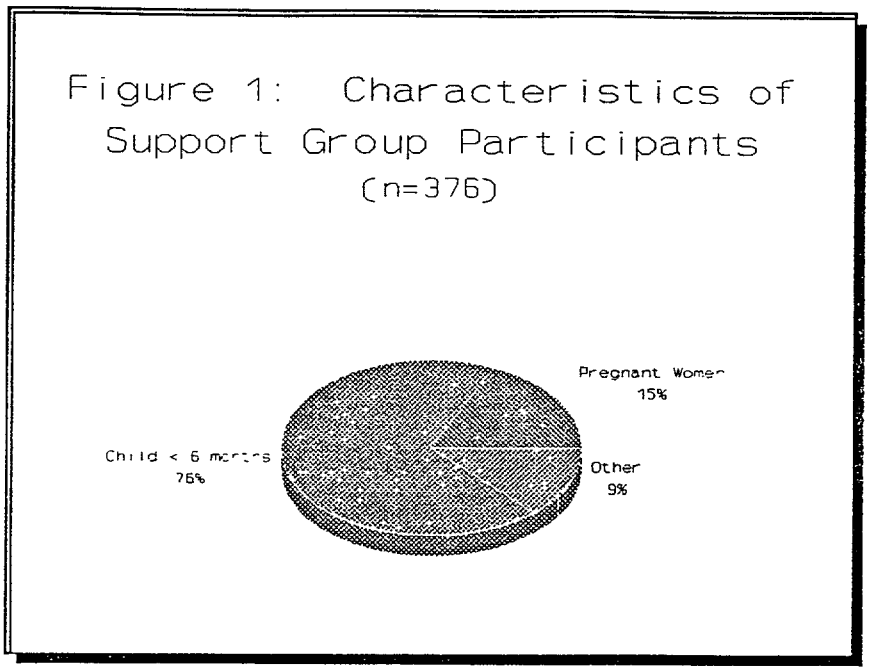


Table 6 presents data on the formation and maintenance of support groups. A total of twelve groups were formed during the project, each meeting once a month. During the project year, 376 women attended support group meetings. Most women attended more than one meeting, resulting in a total number of participants of 1,067. Fifteen percent of these participants were pregnant and 76% (286) had infants under six months of age (See Figure 1). The other 9% of participants were neither pregnant nor had children under 6 months of age. According to census data, about 600 women with infants under twelve months and 800 pregnant women live in the experimental communities. This suggests that the target population of the project consisted of 1,380 women. Thus, almost one third (27%) of the target population (376) attended a support group at least once.

TABLE 6
FORMATION AND MAINTENANCE OF SUPPORT GROUPS

PERIOD	JAN-MARCH 1991	APRIL-JUNE 1991	JULY-SEPT 1991	OCT-DEC 1991	TOTAL
No. of groups formed	7	11	12	12	12
No. of meetings	26	50	38	44	158
Avg. no. of meetings per month	1.2	1.5	1.0	1.2	1.1
Total no. of participants	192	331	177	376	1,067
No. of new participants	93	83	62	138	376
No. of subsequent participants	99	248	115	238	700
Avg. new mothers per meeting	3.6	1.7	1.6	3.1	-

The data presented in Table 6 shows a drop in the average number of new mothers per meeting in the second and third trimesters. This suggests that the initial interest in attending the MSG meetings wears off after a few months or that the number of mothers in the target group is exhausted. In August, attendance at meetings began to drop off and the BAs said that mothers were bored with discussing the same topics. The League suggested that they organize their groups to get involved in other projects such as income generating activities. In order to encourage the BAs to increase their coverage, they were offered 20 lempiras (about $4.00 U.S.) per meeting for additional groups organized in their communities, as long as they maintained one group voluntarily. This strategy was chosen because LLLH was unable to identify additional candidates for BA training.

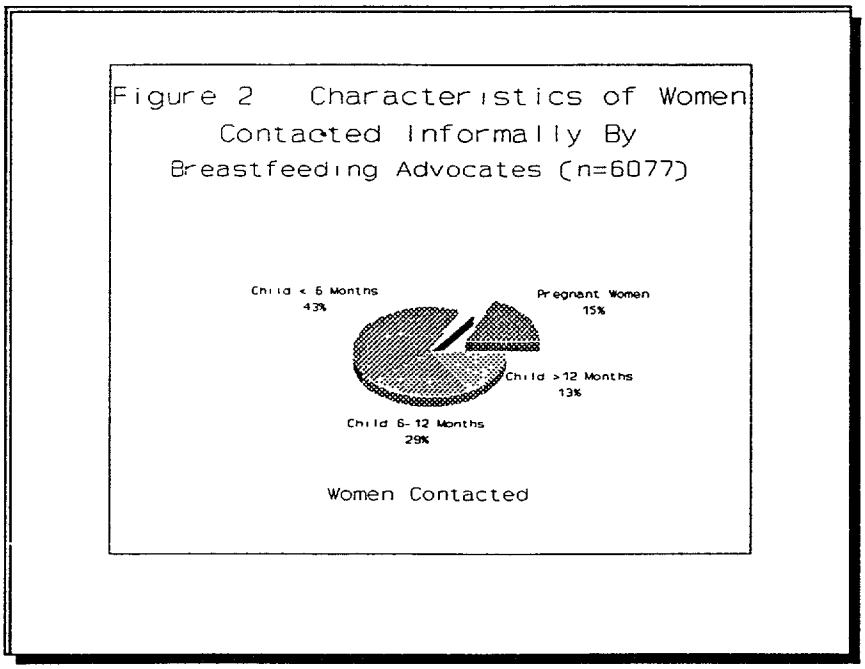
E. Informal Contacts and Referrals

An important responsibility of the BAs was to provide informal counseling to pregnant and breastfeeding mothers. The data presented in Table 7 shows that although the number of women who attended the support groups was relatively low, the BAs reached over 6,000 women through informal contacts. Each BA counseled an average of 19 mothers per month.

TABLE 7
INFORMAL CONTACTS BY BAS

	JAN-FEB 1991	MARCH-MAY 1991	JUNE-AUG 1991	SEPT-DEC 1991	TOTAL
BAs Reporting Contacts	14	15	27	24	27
Total # Contacts	828	1,363	2,256	1,630	6,077
Avg. no. of contacts per BA/month	29.6	30.3	27.8	17.0	18.7

Figure 2 shows the distribution of informal contacts according to characteristics of the mother. Pregnant women represent a group of particular interest to the League because it is important to reach women while they are pregnant in order to help them prepare for breastfeeding. Approximately 15% of the informal contacts made by the BAs were with pregnant women, while 43% were with women with infants under six months of age. These two groups represent the target population of greatest interest to LLLH.

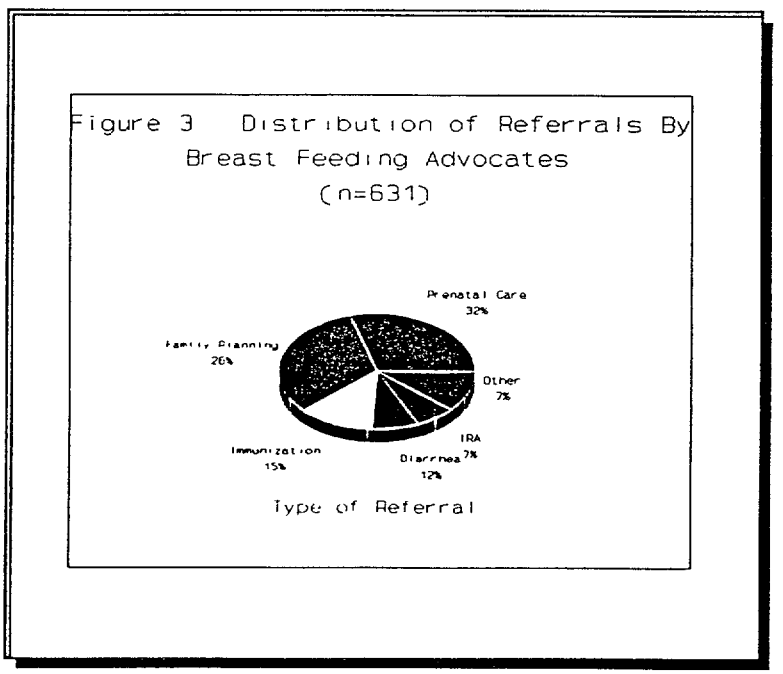


One goal of the project was to promote referrals to health services through the BAs. In this way, the BAs would serve as a link between the community and the health sector. The BAs made a total of 631 referrals during the twelve month project period. This suggests that each BA made only two referrals a month.

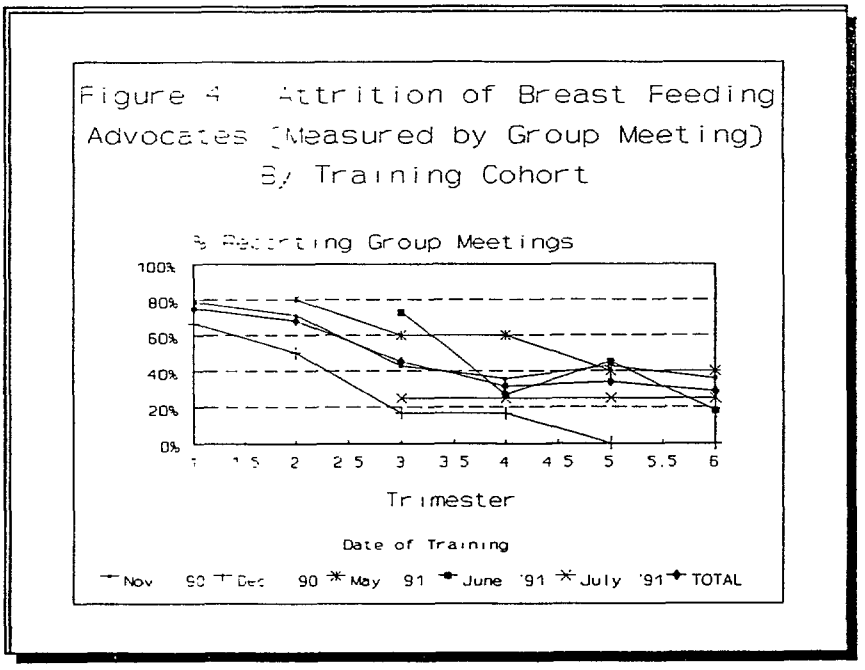
TABLE 8
INFORMAL CONTACTS AND REFERRALS BY BAs

	JAN-MARCH 1991	APRIL-JUNE 1991	JULY-SEPT 1991	OCT-DEC 1991	TOTAL
Total Referrals	79	121	272	159	631
No. BAs reporting	14	15	27	24	27
Avg. Referral /BA/month	1.9	2.7	3.3	2.2	1.9

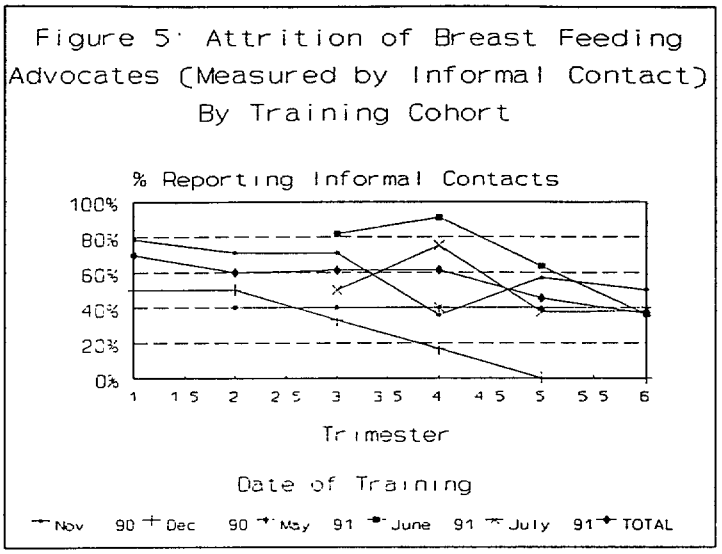
Figure 3 shows the distribution of the referrals made by the BAs according to the type of referral. Approximately 30% of the referrals were to prenatal care, 26% to family planning services and 15% for immunizations.



All projects which depend on volunteers must deal with the problem of desertion. In order to examine the effect of training group and time on retention of the BAs, the percentage of BAs active was analyzed by training cohort. Two different criteria were used to classify a BA as active: 1) if she was holding support group meetings; and 2) if she was reporting informal contacts. Although marked differences can be observed between training groups, perhaps due to the way the women were recruited, the general trend was for the percentage of active BAs to decline steadily and then to stabilize. The percentage of BAs from each training group reporting group meetings tends to stabilize between 30 and 40% nine months after training. (See Figure 4)



The percentage of BAs reporting informal contacts follows the same pattern. However, it stabilizes at a slightly higher level, between 35 and 50% after nine months. (See Figure 5)



F. Establishment of Formal Referral System

A booklet of 25 referral coupons was developed and distributed to the BAs at the end of the first trimester of intervention activities (Appendix 7). The BAs were instructed to fill out the stubs and return the book to LLLH when it was full. BAs were taught how to fill out the coupons during their monthly meetings. Coordinating meetings were held with the Ministry of Health, IHSS and ASHONPLAFA to request their assistance in collecting the coupons.

The most successful part of the referral system was with voluntary sterilizations through ASHONPLAFA, which provided a discount to LLLH referrals. In general, however, problems were detected with the use of the referral coupons. Referrals for IUD insertions were not always effective because ASHONPLAFA and MOH personnel were confused about the procedure to follow with amenorrheic women. In ASHONPLAFA, for example, the nurses refused to insert an IUD in an amenorrheic mother, instead either prescribing a hormonal injection to provoke withdrawal bleeding or sending her home to await her menstrual period. In addition, mixed messages were given to ASHONPLAFA community distributors about the use of the minipill. With regards to the MOH, the staff threw away the coupons, giving the women the impression that they were worthless. Finally, with the exception of the IHSS, no special treatment was given to women with coupons, so the BAs lost credibility in their communities.

A follow-up of the women who were referred to family planning services was initiated in October of 1991 to assess the effectiveness of the referral strategy, identify bottlenecks in the referral process and determine the quality of care received by the women referred, both from the BA and the health institution. A primary reason for interest in the referral process was the importance of timely referral of women who were using LAM to family planning services.

A brief questionnaire was developed to administer to women who had been referred to family planning services (Appendix 8). LLLH collected the stubs of the referrals made by each BA. The BA supervisor then attempted to interview the women who were referred to family planning services. Unfortunately, the BAs made relatively few referrals using the coupons, and although an attempt was made to interview all women referred to family planning services, only eleven interviews were completed. This was in part due to the fact that many of the coupons were not filled out completely. For example, 18% of the coupons did not specify place of referral, while other coupons lacked the date or reason for the referral. Frequently, addresses were incomplete, making it difficult to follow-up women referred to family planning services.

All of the coupon stubs which had been collected were tabulated in order to provide a picture of the type of referrals being made. The BAs made a total of 64 referrals between April and September of 1991. The number of referrals made each month increased. However, only six of the approximately 22 active BAs used the coupons, and of these, three work as promoters counseling lactating women in hospitals and clinics. In general, the strategy of referring women though the coupons did not function well with non-promoters. The BAs report that they refer women to family planning and other health care services, but do not use the coupons.

Referrals were made most frequently to Miguel Paz Barahona (22%), followed by ASHONPLAFA (21%), Hospital Mario Rivas (19%) and Cesamo Las Palmas (15%). One woman was referred to the IHSS and two women to support groups. The most common reasons for referral were family planning (28%), sick children (17%) and breastfeeding (13%). The figures presented to the staff analyzing the referrals are included in Appendix 9.

LLL/H initiated a series of meetings with service providers to resolve the problems noted during the referral follow-up. One of the reasons for acceptance of the MOH request for BAs in the hospitals was to help facilitate the referral process.

G. Process Evaluation

The recommendations of an evaluation conducted in Spring of 1991 included: 1) developing strategies to increase the credibility of the BAs such as an identification card and networking with health personnel; 2) placing more emphasis on the "how to" of organizing support groups; 3) producing promotional aids such as a poster; 4) implementing strategies to motivate attendance such as diplomas or raffles and soliciting referrals to meetings from health personnel; 5) strengthening the referral system through greater collaboration with the formal health sector; 6) providing additional training in family planning and LAM; and 7) developing educational materials on LAM for BAs to use in their communities. The Executive Summary of the Evaluation Report is included in Appendix 4.

These conclusions were presented to La Leche League staff in a one-day workshop. After discussing the conclusions of the evaluation, the staff was divided into three groups to develop strategies to address specific issues. Questions for the working groups are included in Appendix 10. After each working group reported their suggestions to the entire staff, individuals volunteered to take responsibility for implementing particular recommendations. A similar process was followed with the breastfeeding advocates.

H. Skill Training Workshops

The first workshop, "Human Reproduction and Family Planning", was given by ASHONPLAFA in September and was attended by 52 BAs. Their reactions were positive and many BAs felt that the workshop cleared up many of their misconceptions. However, the BAs were left with important doubts, in particular about the minipill and the IUD, primarily because of confusion about the norms for these methods within ASHONPLAFA.

The Support Group Leader Training Course was held during the first week of November by the director of the Support Group Training Project of Oakland, California. League staff received four days of training in support group methodology, while the BAs received one day of training. The workshop program is included in Appendix 11.

The League is currently arranging the final workshop planned under this project, "Administration by Objective".

I. Development of Educational Materials

Educational materials on LAM and exclusive breastfeeding designed for women with limited reading ability and a basic manual for the formation of BAs and mother support groups have been developed and piloted. Production is pending approval from IRH and AED.

J. Medical Conference

In June of 1992, LLLH held a two-day seminar on "Family Planning during Breastfeeding", which was attended by 80 health professionals. The workshop included the following topics: "Family Planning and Breastfeeding in Honduras","Family Planning during Breastfeeding" and "The Lactational Amenorrhea Method". The League also presented the preliminary results of this study. On the second day of the workshop, Dr. Soledad Díaz spoke on, "Model Strategy for the Use of Family Planning during Breastfeeding".

K. Computerized MIS

During the course of the project, as the number and scope of the League's activities increased, it became evident that a computerized information system was needed. Funds remaining from the technical assistance project with the Population Council were dedicated to creating a computerized management information system based on the reporting forms developed during the project. The establishment of a computerized MIS allows timely monitoring and evaluation of the activities of the League staff and BAs, as well as the duration of exclusive breastfeeding, postpartum amenorrhea and contraceptive use among mothers attending support groups.

IV. RESULTS

In order to measure the effectiveness of the interventions, three types of analysis were performed. The impact of training of health professionals was measured by comparing the data at baseline with the endline data for both the control and experimental groups. Doctors, nurses, and other health professionals were trained in the promotion of exclusive breastfeeding and LAM. Because both control

and experimental communities were served by the same health services, observed changes over the course of the intervention for both groups provided information on the impact of breastfeeding training on LAM use and exclusive breastfeeding.

Comparisons between the control and experimental groups provided information on the additive effect of community based breastfeeding support. Mother support groups and one on one breastfeeding counseling were only available in the experimental communities. As such, comparisons between the experimental and control groups at endline measure the effectiveness of community support for breastfeeding in addition to better trained medical personnel.

In addition to measuring the impact on the community as a whole through comparisons of the control and experimental groups, further analysis was conducted to measure the effectiveness of the breastfeeding advocates. The analysis was done by comparing women who had contact with the BAs with those in the control group at endline. Contact was defined as those women in the experimental communities who had reported meeting individually with an advocate or had attended a support group at least once. Due to the relatively small size of this sub group, results may not be generalizable.

A. Impact of Training of Health Professionals

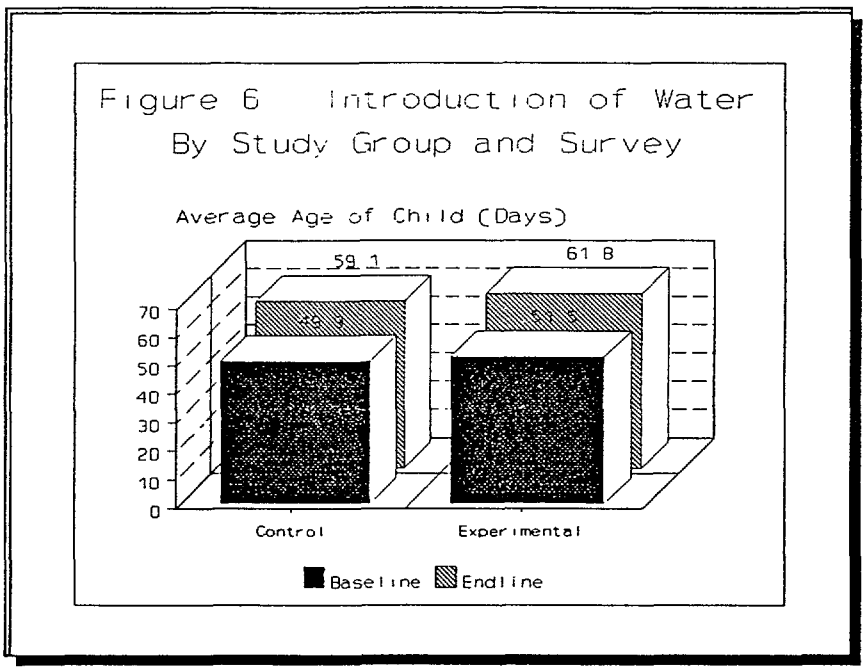
Changes over time (between baseline and endline surveys) within the control and experimental groups measure the impact of the training of health center personnel. In order to determine whether the baseline and endline samples are comparable, socio-demographic characteristics were analyzed. Study results suggest that the samples are not comparable. Significant differences were observed in some variables. For example, in both the control and experimental groups, women interviewed at endline were more educated. In addition, there was a decrease in the use of midwives for prenatal care over time. In the control group, more women were working outside of the home at endline and consequently more were affiliated with IHSS. The higher level of education and work outside the home in the control group at endline may bias the results in favor of the intervention.

TABLE 9
SIGNIFICANT DIFFERENCES IN SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS BETWEEN BASELINE AND ENDLINE SURVEYS

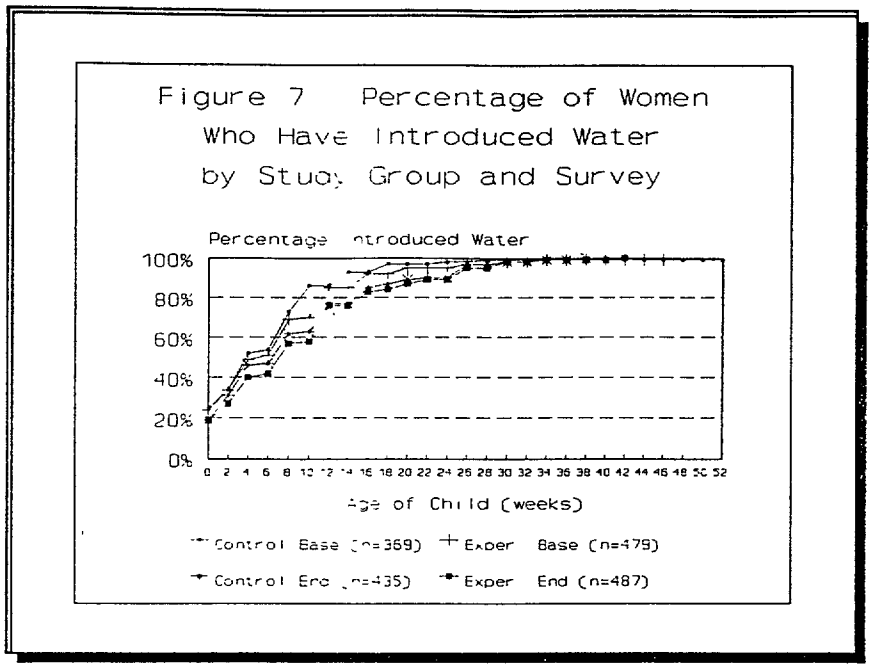
	BASELINE		ENDLINE	
	Control (n=369)	Exper. (n=479)	Control (n=435)	Exper. (n=487)
Education Level: None	4.6	7.1	3.4	3.5
Primary	66.7	66.4	60.5	65.1
Secondary	21.4	21.3	32.4	28.3
Other	7.3	5.2	3.7	3.1
Work Outside the Home	12.5	16.5	18.4	15.6
IHSS Affiliation	28.5	28.4	39.1	34.3

1. Exclusive Breastfeeding

The impact of training of health center staff on exclusive breastfeeding and subsequently on the duration of postpartum amenorrhea was measured by comparing the results of the baseline and endline surveys. In spite of the training provided by La Leche League, no changes in the prevalence of exclusive breastfeeding were observed after the intervention. Further, survival analysis of the duration of exclusive breastfeeding showed no statistically significant changes. The median survival time for exclusive breastfeeding was approximately 4 weeks for both groups at baseline and endline, meaning that 50% of children were exclusively breast fed at that age. In addition, no significant differences were observed in the introduction of non-breast milk. At 9 weeks approximately 50% of the children had been given cow's milk or formula according to the baseline and endline surveys.



Although no significant improvements were observed in the duration or prevalence of exclusive breastfeeding, improved breastfeeding practices were reported in the endline survey. The average age when water was introduced increased from 51.5 days at baseline to 61.8 days at endline for the experimental group (See Figure 6). Similar improvements were reported in the control communities. Postponement of the introduction of other liquids such as coffee, tea, and juice was also reported for the control and experimental groups. The average age of introduction of other liquids in the experimental group increased from 99.2 days to 109.5 days. Survival analysis of the introduction of water and other liquids confirmed these results, with statistically significant differences observed between the baseline and endline surveys (See Figure 7). In addition, less women at endline reported giving the child a chupon than in the baseline survey. However, the percentage of timely suckling decreased over the course of the intervention.



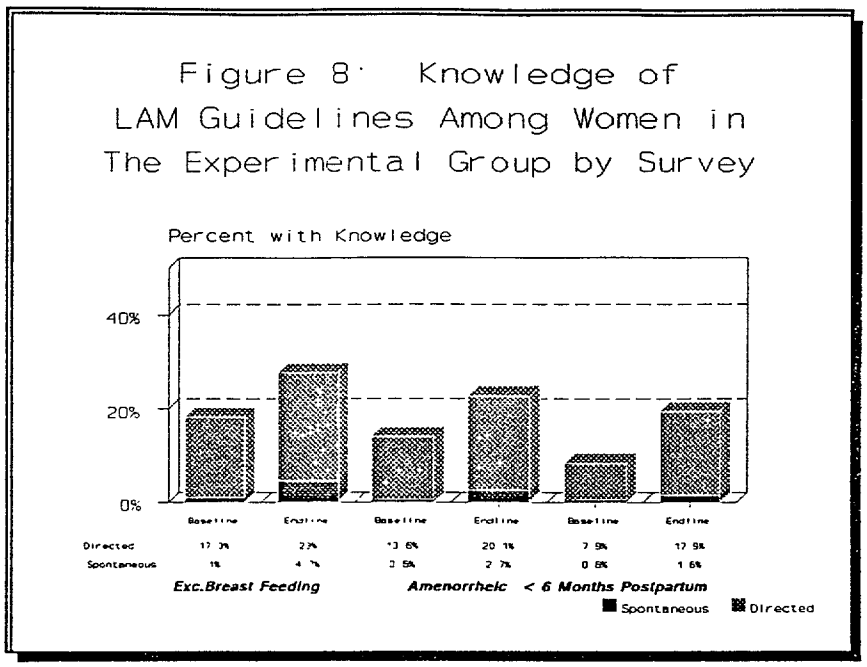
2. Postpartum Amenorrhea

The training intervention did not appear to have a measurable effect on postpartum amenorrhea. No significant differences in the prevalence of postpartum amenorrhea were observed between the baseline and endline surveys. In addition, no significant differences were observed when survival analysis was used to analyze the duration of postpartum amenorrhea. The median duration of postpartum amenorrhea was approximately 25 weeks for all groups.

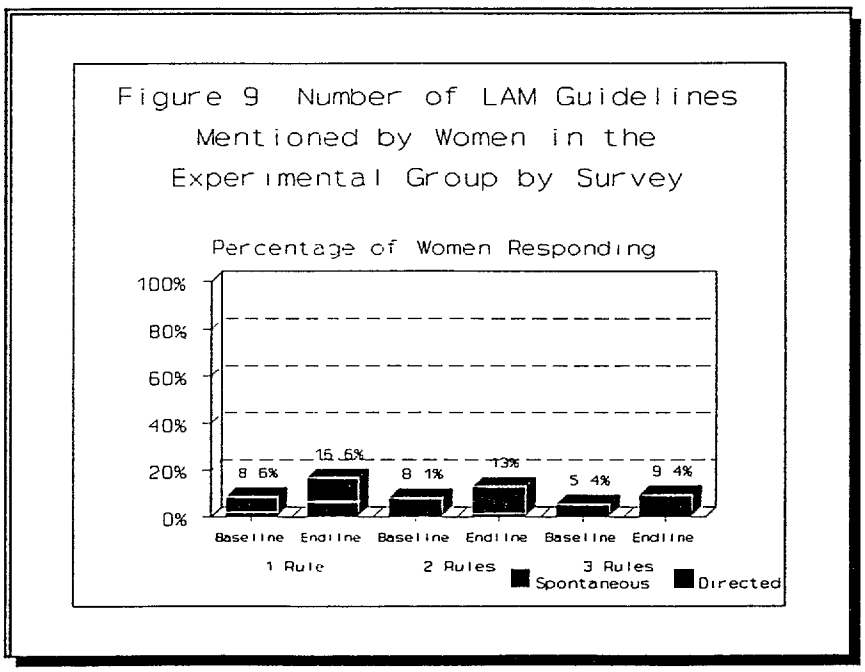
Because there was no observed change in the duration or prevalence of exclusive breastfeeding, no changes in postpartum amenorrhea were expected.

3. LAM Knowledge

Over the course of time, more women became aware of breastfeeding as a means of spacing pregnancies. An increase in the percentage of women with specific knowledge of LAM also increased. For example, at endline, approximately 25% of the respondents in the experimental group knew that breastfeeding is a means for spacing pregnancies as compared to only 15.4% in the baseline survey. In addition, an increase in knowledge regarding the specific LAM guidelines was observed over time. At endline, 4.7 % of the women in the experimental group spontaneously mentioned that exclusive breastfeeding is necessary for effectiveness as compared to 1.0% at baseline (See Figure 8). Although of the three guidelines, women were most familiar with exclusive breastfeeding, statistically significant differences in the percentage of women spontaneously mentioning amenorrhea were also observed (knowledge increased from 0.6% at baseline to 2.7% in the endline survey).



In addition, the mean number of rules known without prompting also increased over time for both study groups. However, in spite of these improvements, understanding of the LAM guidelines remained very low. The mean number of rules spontaneously mentioned was only 0.09 for the experimental group and 0.08 for the control group at endline.



LAM knowledge was also measured by observing directed responses to the LAM criteria (See Figure 8). For example, women were asked if breastfeeding was effective as a means of spacing pregnancy if the mother was amenorrheic. Using this method, more women were able to respond correctly, with similar increases over time. For the experimental group, 23.0 % of women at endline responded affirmatively that exclusive breastfeeding is important as compared to 17.3 % at baseline. Similar increases were observed regarding the importance of amenorrhea and being less than six months postpartum for both the control and experimental groups. In addition, the number of rules responded to positively when prompted increased (See Figure 9). At endline, 9.2 % of the respondents in the experimental group knew all three criteria as compared to 5.4% at baseline. Although a greater percentage of women could mention the LAM guidelines with prompting, it could be argued that to effectively use LAM, women must be able to mention the rules spontaneously.

4. Use of Complementary Family Planning Methods

No significant differences were observed in the prevalence of contraceptive use between the baseline and endline surveys.

B. Impact of Breastfeeding Advocates on their Community

The impact of breastfeeding advocates on women in their communities in addition to better trained medical personnel was measured by comparing the control and experimental groups at endline. Socio-demographic and obstetric characteristics of the women in the control and experimental groups were analyzed in order to determine the comparability of the samples. At baseline, no statistically significant differences were observed between the study groups. At endline, however, there was a significant difference in the percentage of married women. Approximately 83% of the women in the experimental group were married or in common-law union as compared to 77% in the control group. This difference may positively bias the results due to the fact that women with stable partners may be more likely to use a family planning method. In addition, women with stable partners may not need to work outside of the home, facilitating exclusive breastfeeding. However, in general the experimental group was not better off at endline, suggesting that this bias did not effect the results.

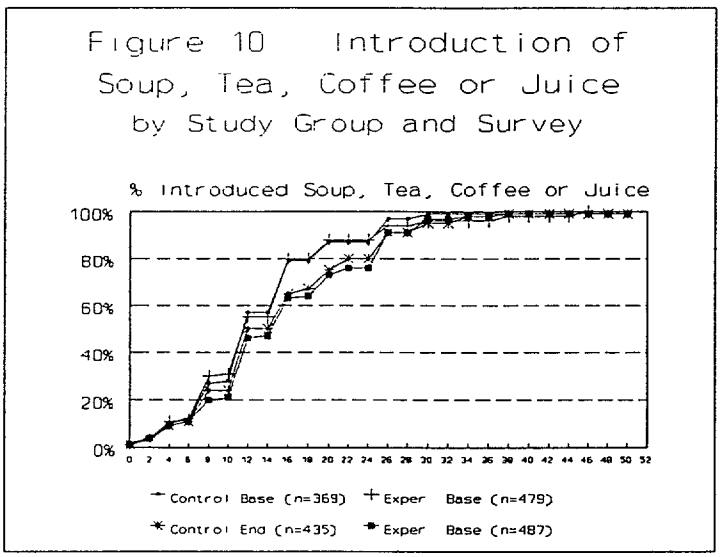
Conversely, the results may be negatively biased due to contamination of the control group. Midway through the intervention breastfeeding advocates were placed in a hospital and clinic that served both experimental and control communities. As a result, women in the control communities also had contact with the breastfeeding advocates. Specifically, 3.9% of women in the control group reported having contact with an advocate and 0.5% attended a support group. The contamination of the control group combined with the low level of coverage achieved by BAs during the study year (12%) made observing statistically significant differences between the control and experimental groups unlikely.

TABLE 10
CONTACT WITH BREASTFEEDING ADVOCATES

	Control (n=435)	Experimental (n=487)
Contact With an advocate	3.9	12.1
Attended a Support Group	0.5	7.4

1. Exclusive Breastfeeding

The effectiveness of mother to mother support in increasing the duration of exclusive breastfeeding within a community was assessed by examining the differences between the control and experimental groups at endline. Study results suggest that although the presence of BAs in a community did not directly impact the duration of exclusive breastfeeding, the intervention did result in improved breastfeeding practices. No significant differences were found in prevalence of exclusive breastfeeding or duration of exclusive breastfeeding between the control and experimental groups. However, significant differences were reported in the age of the child when water was introduced. The median survival time for the introduction of water for the experimental group at endline was 9.06 weeks as compared to 8.36 weeks for the control group. Similar differences were apparent for the introduction of juice, tea, coffee or soup with a median of 16.42 weeks for the experimental group as compared to 15.42 weeks for the control, at endline (See Figure 10).



2. Postpartum Amenorrhea

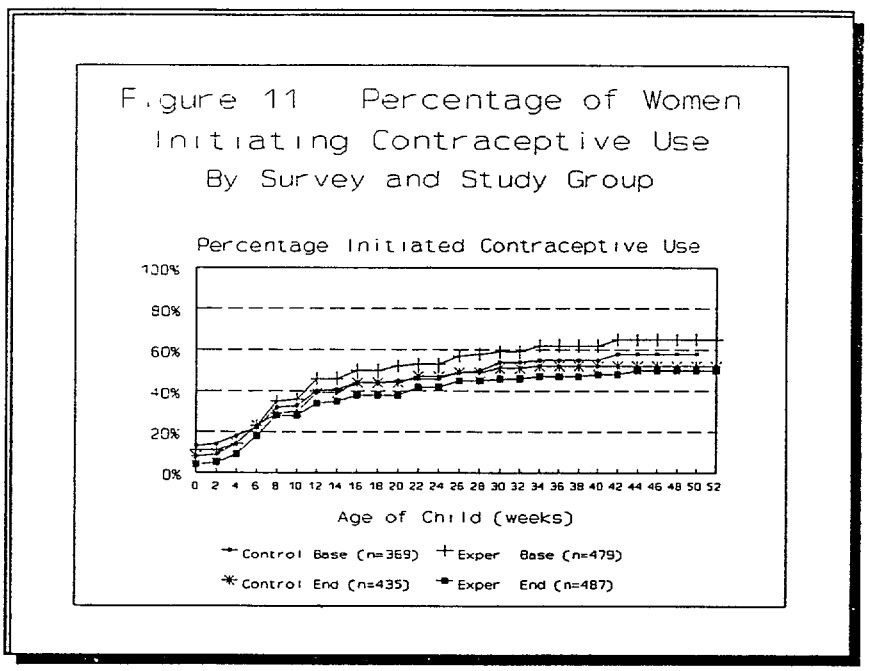
No significant differences were observed in the prevalence and duration of postpartum amenorrhea between the control and experimental groups.

3. Knowledge of LAM

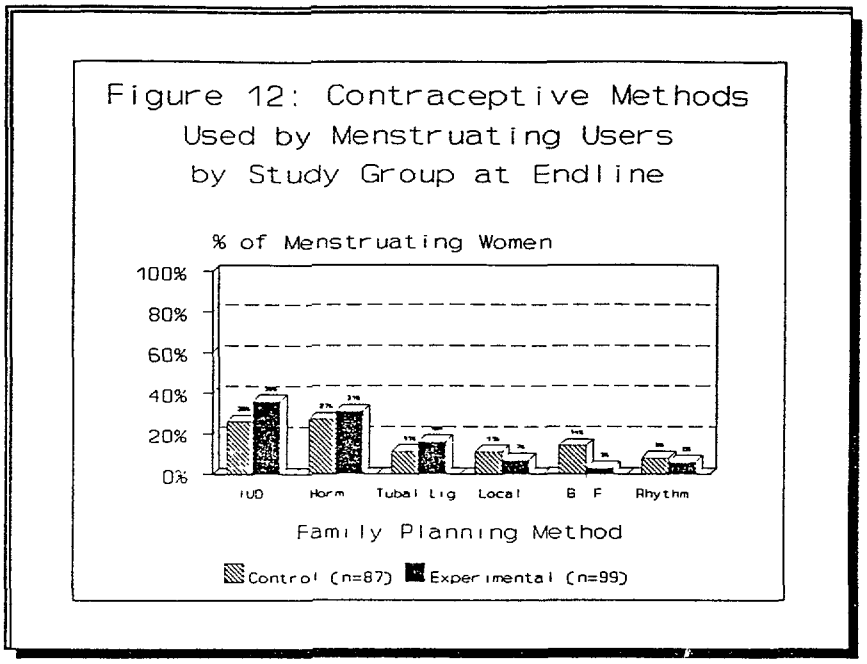
Similarly, no significant differences were observed between the control and experimental groups regarding LAM knowledge or breastfeeding as a means for spacing pregnancies, indicating inconclusive results as to the effectiveness of the presence of mother support groups in the community.

4. Use of Complementary Family Planning Methods

No differences in the prevalence of contraceptive use was observed between the control and experimental groups. At baseline and endline, prevalence of contraceptive use was approximately 40% for both groups. However, when the age of the child was controlled by survival analysis, statistically significant differences in the timing of contraceptive initiation were observed between the control and experimental groups (See Figure 11). Median survival time for experimental group was >52 weeks, compared to 22.43 weeks for the control group at endline, meaning that women in the experimental group were more likely to wait longer before initiating contraceptive use or to not use at all.



The differences between the control and experimental groups in contraception initiation may be explained by examining method choice. Survival analysis of contraceptive initiation only including effective, modern methods revealed no significant differences between the control and experimental groups. Further, statistically significant differences were observed between the two groups in the choice of methods. In examining current choice of methods among menstruating women, 91% of the women in the experimental group were using effective modern methods as compared to only 77% in the control group (See Figure 12). This difference was due primarily to a higher percentage of women in the control group inappropriately using breastfeeding as a method once menstruation had begun. Approximately, 15 % of the menstruating users in the control group reported breastfeeding as their chosen method as compared to only 3.0 % in the experimental group. This result suggests that the breastfeeding advocates were successful in teaching women to use the return of menses as a sign to begin contraceptive use.

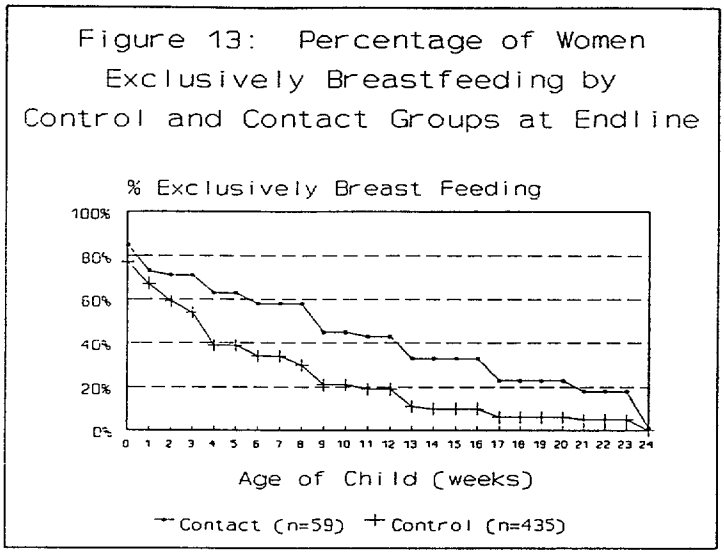


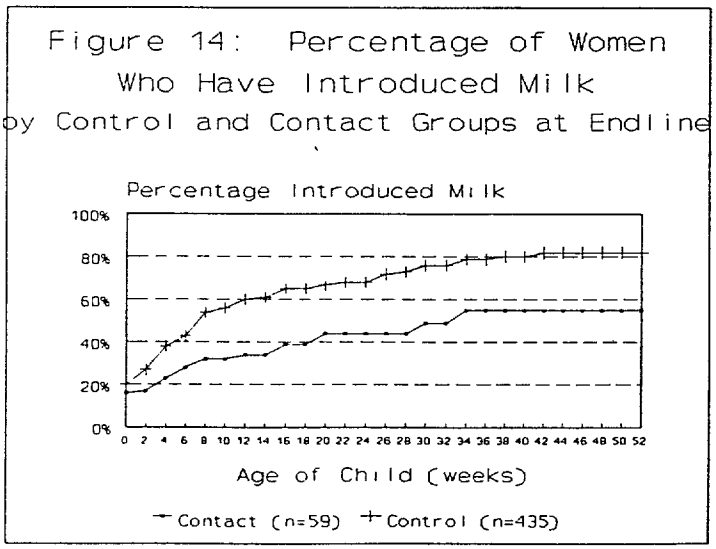
Although differences were observed in the percentage of users, the general trend of timing of contraceptive initiation for the experimental and control groups was consistent at both baseline and endline. In general, women begin contraceptive use soon after the birth of their child. The number of new women initiating contraceptive use decreases over time after the birth of her child, highlighting the importance of encouraging early initiation of a method.

C. Direct Impact of Contact with Breastfeeding Advocates

After observing the low percentage of women contacted by a BA, and thus the unlikelihood of observing significant differences between the original control and experimental groups, it was decided to conduct further analysis. To assess the effectiveness of the breastfeeding counselor strategy, comparing the results of the control group with those of the group of women who had contact with a BA at endline. Contact was defined as women who met individually with a BA and/or who attended a support group. No significant differences in socio-demographic characteristics between the groups were observed. Similarly, no statistically significant differences were observed in IHSS affiliation, source of prenatal care, trimester in which care was begun, or location of birth. In spite of these similarities, women who had contact with an advocate may have been more motivated to breast feed, thus positively biasing the results.

1. Exclusive Breastfeeding





In general, the results of comparisons between the control and contact groups demonstrate the effectiveness of breastfeeding advocates in changing breastfeeding practices. There was a significant difference in the duration of exclusive breastfeeding between women who had contact with the BAs and those in the control group at endline, according to survival analysis (See Figure 13). The median survival time for exclusive breastfeeding for the contact group was 9.61 weeks as compared to 4.3 weeks for the control group. Similarly, significant differences were observed in the timing of the introduction of non-breast milk and water. Women in the contact group more likely to delay introduction of these liquids. The median survival time for the introduction of milk was 34.41 and 9.24 weeks for the contact and control groups, respectively (See Figure 14). For the introduction of water, the median survival time was 13.56 weeks for the contact group as compared to 8.36 weeks for those in the control group (See Figure 15).

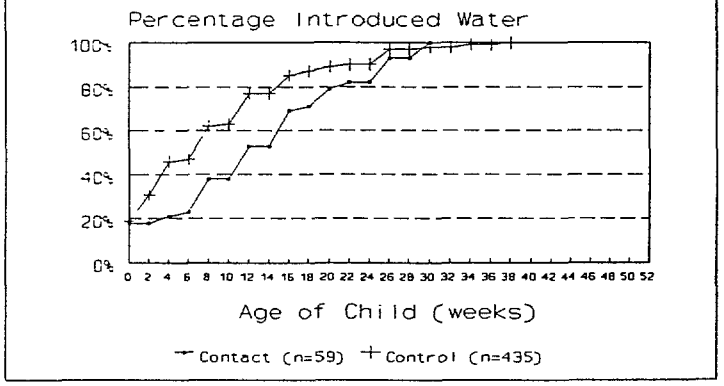
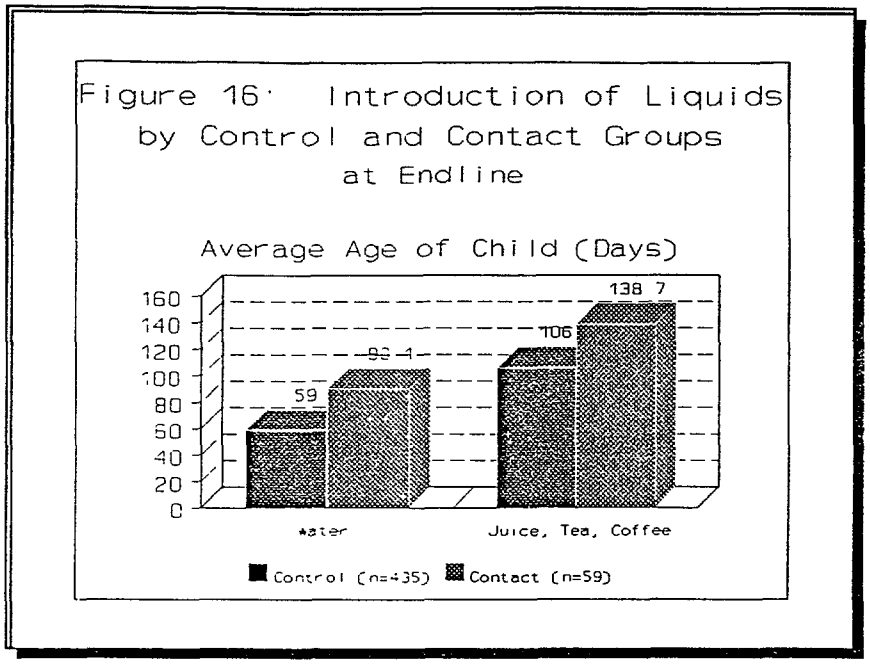


Figure 15 Percentage of Women Who Have Introduced Water by Control and Contact Groups at Endline

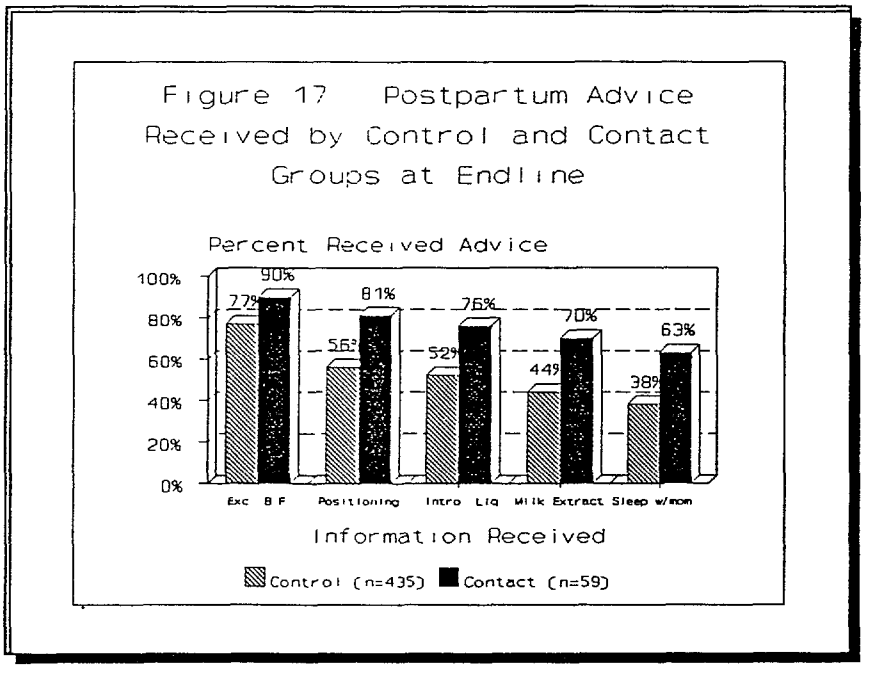


The positive impact of the BAs on behavior was also reflected in differences in feeding practices of children older than 24 weeks between the control and contact groups based on the 24 hour recall. Specifically, only 2.9% of children older than 24 weeks in the contact group had been weaned as compared to 30.5% of children in the control group (See Table 11). Although the higher prevalence of breastfeeding observed among children older than 24 weeks reflects favorably on the intervention, no significant differences in feeding practices were reported among children less than 24 weeks old. When not controlling for age, significant differences were also observed in the average age of the introduction of juice and other liquids at 106.0 and 138.7 days respectively (See Figure 16). However, no significant differences were observed in the introduction of fruits, vegetables, and other solid food.

TABLE 11
FEEDING PRACTICES (ACCORDING TO 24 HOUR RECALL)

	CONTROL (n=213)	CONTACT (n=35)
Children > 24 Weeks:		
Exclusive Breastfeeding	2.8	14.2
Mixed Feeding	66.7	82.9
Weaned	30.5	2.9

The improved breastfeeding practices observed amongst the contact group may be explained by the corresponding increase in breastfeeding knowledge and practical skills gained through contact with the BAs. Women in the contact group reported receiving more concrete advice in their prenatal care than those who did not know an advocate. During prenatal counselling, no significant differences in receipt of general information regarding exclusive breastfeeding were observed. However, 61% of the women in the contact group reported receiving information regarding nipple preparation as compared to 44% of the control group. Similarly, significant differences in orientation during prenatal care regarding birth spacing were observed with 55.9% of the women in the contact group reporting receipt of family planning information as compared to 39.3% of the women in the control group. In addition, 10% of the women in the contact group reported receiving information regarding LAM as compared to 5% in the control group. However, this difference was not statistically significant. Although the high level of information received reflects well on the intervention, the number of women in the contact group who reported receiving any information regarding LAM was very low.



The women who had contact with the BAs also received more practical information postpartum than those in the control group. Significant differences were observed in the percentage of women who had received information regarding exclusive breastfeeding, positioning of the baby for breastfeeding, introduction of foods and other liquids, extraction of breast milk, and that the child should sleep with the mother (See Figure 17).

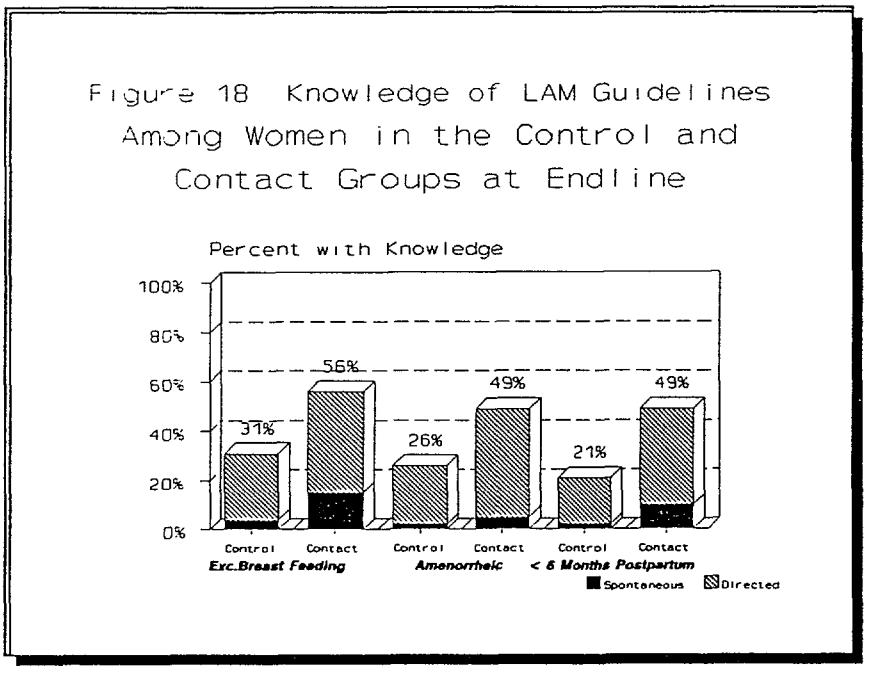
2. Postpartum Amenorrhea

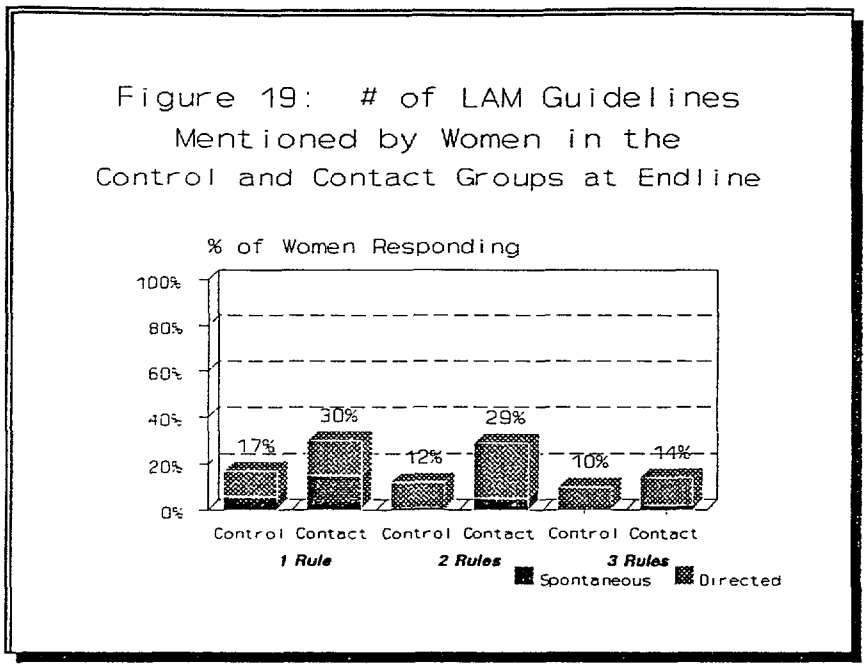
Differences in the prevalence of postpartum amenorrhea were observed between the control group and the women who had contact with the BAs (46.0% and 32.2% respectively). Although these results suggest that mother support groups extend the duration of postpartum amenorrhea, when controlling for the age of the child, survival analysis illustrates no statistically significant differences between the control

and contact groups. However, given the small number of women in the contact group, it is difficult to draw conclusions regarding the impact of BAs on postpartum amenorrhea.

3. Knowledge of LAM

Statistically significant differences in knowledge of the LAM guidelines were observed between the control and contact groups at endline (See Figure 18). Fifty four percent of the women in the contact group knew that breastfeeding is a means of spacing pregnancies as compared to 25.3% of women in the control group. In terms of spontaneous knowledge of the LAM guidelines, significant differences were observed regarding exclusive breastfeeding and the age of the child. Further, 22.1% of women in the contact group knew at least one rule without prompting as compared with 6.7%% of the control group (See Figure 19). However, in spite of these differences, knowledge remained very low with only one woman in the contact group able to spontaneously mention all three of the LAM guidelines.



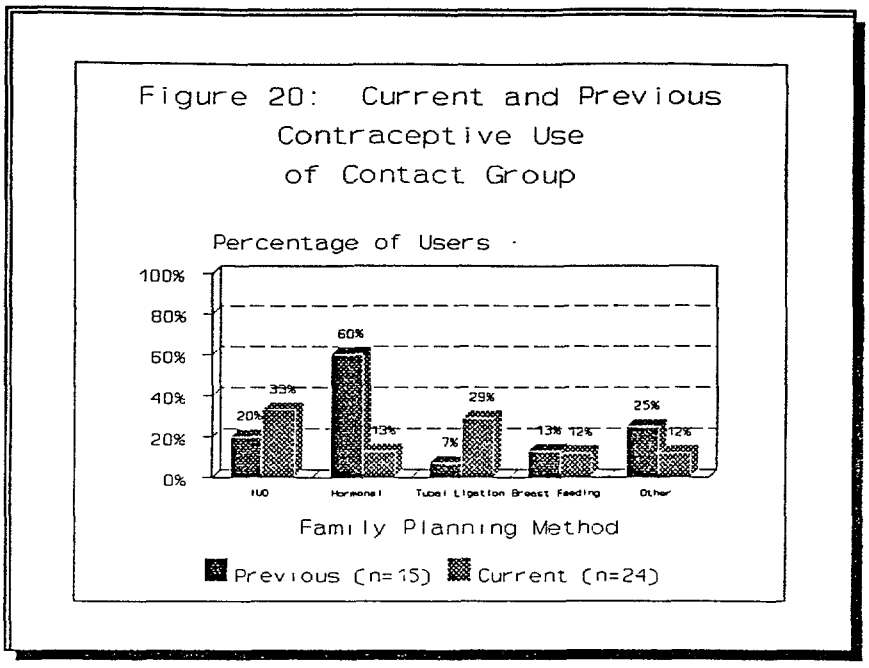


As was the case in the analysis of the control and experimental groups, when measuring directed responses, higher levels of knowledge were observed. In addition, statistically significant differences in the percentage of women in the control and contact groups recognizing LAM guidelines with prompting were revealed. Approximately 41% of the women who had contact with an advocate knew the importance of exclusive breastfeeding as compared to 27% of the control group. Similarly, significant differences were observed between the control and contact groups in prompted knowledge of the importance of amenorrhea and less than six months postpartum. Furthermore, 36.1 % of the women in the contact group knew more than one rule as compared to 31.3% of women in the control group. Although it appears that contact with the breastfeeding advocates increased LAM knowledge, the low mean number of positive responses to rules listed for the contact group (1.24) suggests that women have difficulty integrating the three guidelines.

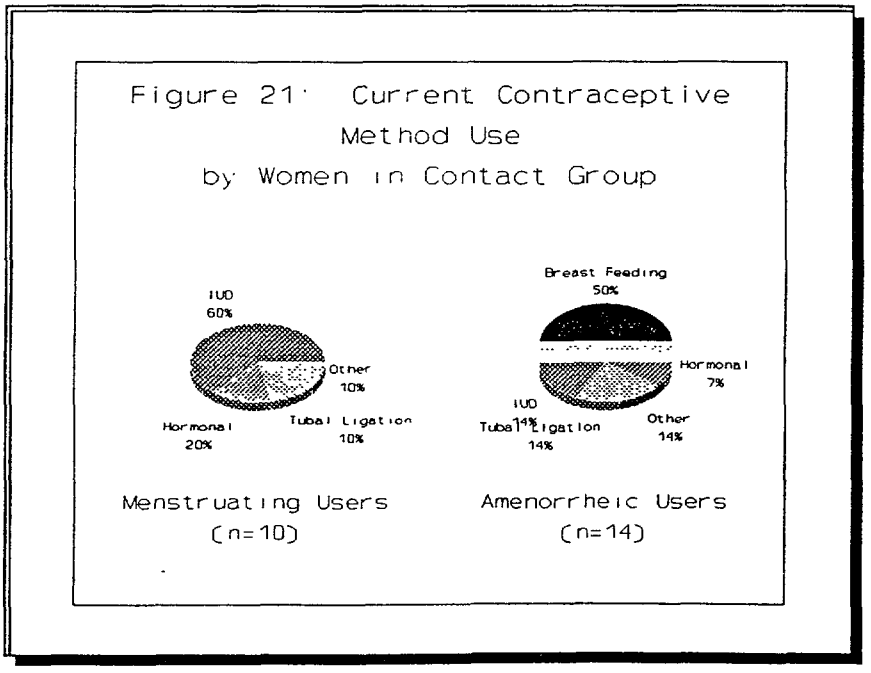
4. Use of Complementary Family Planning Methods

The prevalence of contraceptive use was no different for women who had contact with an advocate as compared to those in the control group. Survival analysis of contraceptive initiation also revealed no significant differences between contact and control groups at endline.

However, differences in family planning practices between the control and contact groups were observed. For the contact group, the prevalence of contraceptive use in general increased from before the most recent pregnancy (See Figure 20). Previously, 25.4% of the women were using contraception as compared to 43.9% currently. The control group also increased use of family planning after the most recent pregnancy but to a lesser degree than the contact group.



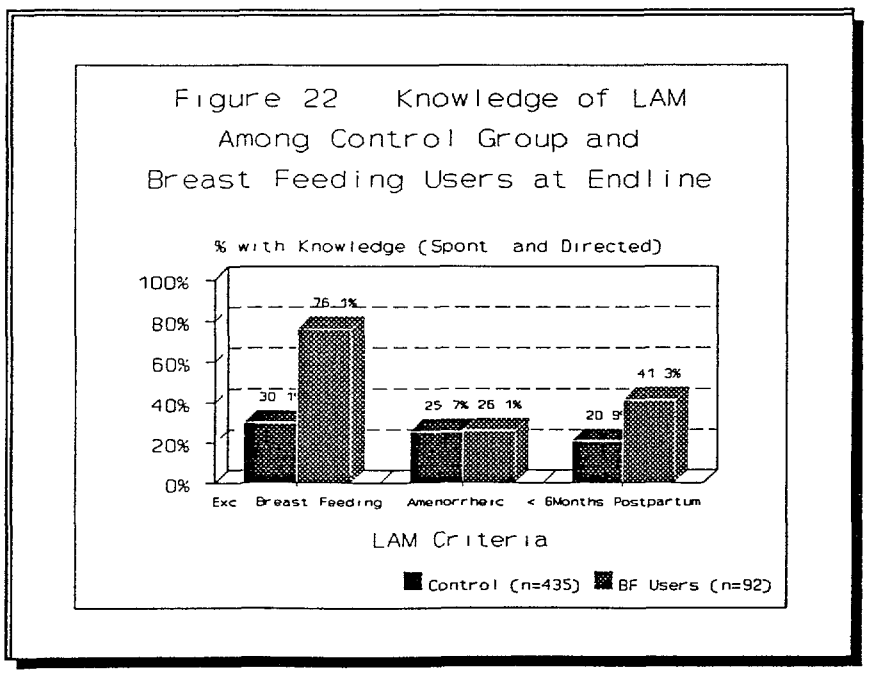
In addition, method choice appears to reflect the priorities of the intervention. Of women not menstruating in the contact group, 50 % were using breastfeeding as their family planning method (See Figure 21). Further highlighting the success of the intervention, no women in the contact group reported using breastfeeding as a method once menstruation had begun, reflecting an appropriate use of this method. These results contrast with those reported by the control group, where only 17.8 % of the women used breastfeeding correctly while still amenorrheic. In addition, 14.9 % of women in the control group reported using breastfeeding after menstruation had begun, placing them at risk of becoming pregnant. These results suggest the effectiveness of the BAs in teaching the correct use of LAM as well as the utility of teaching women to recognize menstruation as a concrete sign to seek a contraceptive method.



Women in the contact group who had begun menstruating were also more likely to choose family planning methods that are compatible with breastfeeding. For example, 60.0% of menstruating users in the contact group reported using an IUD as compared to 26.4% of women in the control group. In addition, less women in the contact group were using hormonal methods which may interfere with breastfeeding.

D. LAM Knowledge and Correct Use Among Women Using Breastfeeding as a Means for Spacing Pregnancies

In order to assess the understanding of the guidelines and correct use of breastfeeding for birthspacing among users, women who reported current use of breastfeeding as a family planning method were selected from both the experimental and control groups at baseline and endline. Breastfeeding "users" were selected because no women reported using LAM (MELA in Spanish), perhaps due to a lack of familiarity with the term. No significant differences in knowledge or correct use of LAM were observed amongst users in the control or experimental groups. Similarly, no statistically significant differences in use or knowledge were observed among users between the baseline and endline surveys. Perhaps the lack of measurable difference was due to the small sub-sample. However, further analysis, comparing breastfeeding "users" with the control group at endline, revealed statistically significant results. In general, knowledge of the individual LAM guidelines was greater among users than for the larger sample. For example, 76.1% of the users knew (either spontaneously or with prompting) the importance of exclusive breastfeeding as compared to 30.1% in the control group at endline (See Figure 22). However, as observed previously, exclusive breastfeeding was the best known LAM criteria. The difference in the percentage of breastfeeding users and women in the control group who knew the criteria of 6 months postpartum was much smaller, although a greater percentage of users were knowledgeable. The fact that no difference in percentage of women knowing the importance of amenorrhea is of concern. Furthermore, less than half of the users knew these two guidelines and only 35.9% knew (including spontaneous or directed responses) all three LAM criteria suggesting inadequate knowledge among women using breastfeeding to space pregnancies.

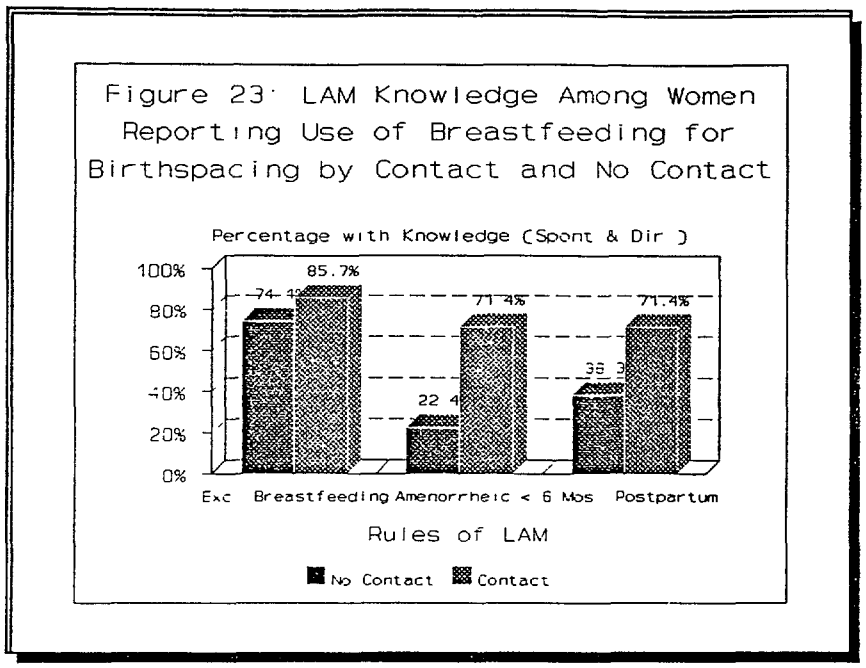


Analysis of the actual practices of breastfeeding users revealed improper use of LAM. For example, while 76.1% of this group knew that exclusive breastfeeding was crucial to the method's effectiveness, only 17.4% of these women were actually exclusively breastfeeding. This could be due to practical constraints such as work outside of the home. However, 76.1% of the users were amenorrheic, appropriately adhering to this rule of LAM. In addition, 45.7% of the users were less than 6 months postpartum.

TABLE 12
ADHERENCE TO LAM CRITERIA AMONG WOMEN REPORTING CURRENT USE OF BREASTFEEDING AS A BIRTH SPACING METHOD (N=92)

Use of LAM:		
Exclusively Breastfeeding		17.4
Amenorrheic		76.1
< 6 Months Postpartum		45.7
Number of Criteria Met:	0	18.5
	1	45.7
	2	29.3
	3	6.5

Adherence to LAM criteria was measured by establishing the number of the LAM criteria met by each user. The extremely low level of correct use suggests the difficulty in appropriately using this method and the need to strengthen efforts in this area. Only 6.5% of the reported users correctly were amenorrheic, less than 6 months postpartum and exclusively breastfeeding. Conversely, 18.5% of the users were not appropriately following any of the guidelines.



When comparing LAM knowledge of the reported users of breastfeeding as a family planning method who had contact with BAs with those that did not, statistically significant differences in LAM knowledge were revealed (See Figure 23). Specifically, 71.5% of the users who had contact with an advocate knew the importance of amenorrhea as compared to only 22.4% of users not in the contact group, clearly demonstrating the effectiveness of the breastfeeding advocates. Furthermore, 100% of users in the contact group were amenorrheic. Although this reflects well on the intervention, the women in the contact group did not all exhibit knowledge of amenorrhea as a rule for LAM, indicating that correct adherence to this rule of LAM was not necessarily conscious. The discrepancy between knowledge and practice is also apparent in terms of breastfeeding in the contact group as well. Approximately, 86% of the women in the contact group knew that exclusive breastfeeding is important, but none were exclusively breastfeeding. In addition, no significant differences in correct use of LAM were observed between the users in the contact group and those who were not.

E. LAM Use and Subsequent Use of a Complementary Method

The data collected in this study cannot adequately address the question of whether or not LAM use encourages subsequent use of a complementary method. First, no women reported use of LAM as a method. Furthermore, lack of follow up data on subsequent use and the short duration of the intervention limit analysis. An examination of previous use by current users also proved limited, given that only seven women reported previous use of breastfeeding as a birth spacing method.

V. DISCUSSION

A. Conclusions

1. Training for Health Professionals

Comparisons between the baseline and endline surveys suggested that the training of health professionals was partially successful in improving breastfeeding practices. Although no differences in duration of exclusive breastfeeding were observed, women reported postponing the introduction of water and other liquids. It also is important to point out that the percentage of women breastfeeding immediately after birth decreased over time, indicating a need to divert attention to this aspect of breastfeeding promotion. However, differences in socio-demographic characteristics between the baseline and endline samples may mitigate these results. Statistically significant differences were observed in educational level, work outside the home, and IHSS affiliation, indicating the possibility of different sampling techniques employed for the surveys. If that is the case, then improvements in breastfeeding practices observed may not be attributable to the intervention.

Improvements in LAM knowledge were also observed over time, suggesting the effectiveness of the training of health professionals provided by La Leche League. However, like the improvements in breastfeeding practices, the differences in the samples limits our ability to definitively link the increased knowledge with the intervention.

2. Mother to Mother Breastfeeding Support: Impact on their Communities

Although the intervention was successful in changing the behavior of the women who had contact with the BAs, the percentage of women reached in the experimental group was too small (12%) to have an impact on the community. The low level of coverage may have been due to difficulty recruiting volunteers, volunteer attrition or the relatively short duration of the intervention. As such, no significant differences were observed between the control and experimental groups at endline.

Projections based on greater coverage in the experimental community support the hypothesis that no differences were observed between the control and experimental groups due to insufficient coverage. The prevalence of exclusive breastfeeding, based on 24 hour recall, for children under 24 weeks old was 27.2% for the experimental group and 33.3% for the contact group. Based on a projected coverage of 50% (or 243 women), the prevalence of exclusive breastfeeding in the experimental group would have increased to 40.6%. This assumes that the prevalence of exclusive breastfeeding would remain the same for the contact group with the increased coverage. In addition, the assumption is that the increased coverage would effect women not already exclusively breastfeeding. Although these projections demonstrate improved results with greater coverage, the prevalence of exclusive breastfeeding would still remain below the ideal.

TABLE 13
PROJECTIONS OF PREVALENCE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING BASED ON ACTUAL PREVALENCE OF CONTACT GROUP AND 50% COVERAGE

Child < 24 Weeks:	Prev. Among Contact Group	Observed (based on 12% Coverage)	Projected (based on 50% Coverage)
Exclusively Breastfed (based on 24 hr. recall)	33.3	27.2	40.6

Similarly, projections were based on a more effective intervention which would result in higher prevalence of exclusive breastfeeding within the contact group given the observed level of coverage. Results indicate that in addition to increased coverage, a more effective strategy is necessary in order to have an impact on the community. Based on these projections, the prevalence of exclusive breastfeeding for children under 24 weeks of age would increase from 27.2% to 48.5% for the experimental group at endline. This projection assumes that level of coverage of the breastfeeding advocates remained constant at 12% (or 59 women), but the prevalence of exclusive breastfeeding for this group increases to 100%. As with increased coverage, improved performance for the contact group increases the prevalence of exclusive breastfeeding but not enough. These projections indicate that both greater coverage and more effective community level advocacy would be necessary to approach the ideal of 100% prevalence of exclusive breastfeeding of children under 24 weeks in a given community.

TABLE 14
PROJECTION OF PREVALENCE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING BASED ON ACTUAL COVERAGE AND 100% PREVALENCE AMONG CONTACT GROUP

Child < 24 Weeks:	Prev. Among Contact Group	Observed (based on actual prev.)	Projected (based on 100% prev.)
Exclusively Breastfed (based on 24 hr. recall)	33.3	27.2	48.5

3. Mother to Mother Breastfeeding Support: Impact on Individuals

The La Leche League strategy of placing breastfeeding advocates in the community proved effective in improving breastfeeding practices and promoting exclusive breastfeeding. As described in this report, women who had contact with the BAs, either individually or within a support group, were more likely to exclusively breast feed longer and to postpone the introduction of water, milk and other liquids than their counterparts who did not have contact with a BA. These improvements may be linked to increased exposure to concrete, practical breastfeeding advice.

The breastfeeding advocates were also effective in increasing LAM knowledge. Women who had contact with the BAs were more likely to know each of the criteria individually and know more than one rule. However, overall knowledge remained very low. The highest level of knowledge was observed regarding exclusive breastfeeding. In addition, the BAs were effective in teaching women to use the return of menses as a sign to initiate contraception.

In addition, the BAs appear to be effective in encouraging use of contraceptive methods that are compatible with breastfeeding. Women who had contact with the BAs were more likely to use the IUD and less likely to use hormonal methods.

4. Promotion of LAM

The highest level of LAM knowledge was observed among women reporting the use of breastfeeding as a family planning method. In particular, most breastfeeding users were aware of the criteria of exclusive breastfeeding, but more emphasis must be placed on 6 months postpartum and amenorrhea.

However, analysis of the users adherence to LAM criteria indicated inappropriate use of breastfeeding for birthspacing. Only 6.5% of users correctly met all three criteria. It appears that women have the most difficulty adhering to exclusive breastfeeding, although it was the criteria they knew best. Furthermore, only half adhered to the criteria 6 months postpartum and amenorrheic, suggesting a need to emphasize timely referral to other methods. Because of obvious higher level of motivation to learn about LAM combined with the risk of pregnancy associated with their improper use of the method, women who report using breastfeeding for birthspacing would be an ideal target group for LAM education.

By focusing future LAM interventions on specific populations with a clear need, more tangible results may be observable. The results of this study suggest that women may have difficulty learning the LAM guidelines, integrating them into a "method," and translating this knowledge into effective use of LAM. However, women who are using breastfeeding as a birth spacing method should be targeted for intensive education and support in order to encourage appropriate use of LAM and diminish the risk of an unplanned pregnancy.

Projections based on the results of the contact group reveal that even with greater coverage of the target population, LAM knowledge would have remained low community wide, supporting the hypothesis that given the current strategy, general LAM education may be ineffective. If 50% of the women in the experimental community had contact with an advocate and no other changes were made in the intervention, we can assume that this larger group would have exhibited the same level of knowledge as the women who actually did have contact with the BAs. For example, 15.2% of women in the contact group spontaneously mentioned exclusive breastfeeding as a criteria for LAM. If this response rate is applied to the hypothetical contact group (50% of the experimental group, 243 women), knowledge of exclusive breastfeeding would increase from 4.7% to 10.3%. Even if this same projection is calculated regarding directed responses, LAM knowledge still would remain low at 38.4%. These projections suggest that even with greater coverage of the community, more effective strategies to teach LAM must be developed.

TABLE 15
PROJECTIONS OF PERCENTAGE OF WOMEN CORRECTLY RESPONDING TO LAM CRITERIA BASED ON KNOWLEDGE AMONG CONTACT GROUP AFTER INTERVENTION

	% Know. Contact Group	Observed (based on 12% Coverage)	Projected (based on 50% Coverage)
Spontaneous Response: Exclusive Breastfeeding	15.2	4.7	10.3
Directed Response: Exclusive Breastfeeding	40.7	23.0	38.4

Projections based on reported coverage but with higher levels of knowledge within the contact group expose similar limitations. Assuming all the women in the contact group learned the three LAM criteria, spontaneous knowledge of the three guidelines would have been 12%. While this is higher than the observed percentage (0.2%), it is still relatively low. Analyzing directed responses, shows similar results. The projected level of knowledge of exclusive breastfeeding as a criteria for LAM would still only be 48.5%. These projections indicate that both coverage and improved educational methods would be necessary for effective community wide promotion of LAM.

TABLE 16
PROJECTIONS OF PERCENTAGE OF WOMEN CORRECTLY RESPONDING TO LAM CRITERIA BASED ON ACTUAL COVERAGE WITH 100% RESPONSES AMONG CONTACT GROUP

	% Resp. Contact Group	Observed (Exper. Group at Endline)	Projected (based on 100% Know.)
Spontaneous Response: Exclusive Breastfeeding	15.2	4.7	15.0
Directed Response: Exclusive Breastfeeding	40.7	23.0	48.5

B. Lessons Learned

Specific elements of the La Leche League strategy are discussed in this section in order to guide future interventions.

1. Intervention Design

In attempting to adapt La Leche League's support group model to peri-urban communities, one of three alternative strategies to identify and recruit participants is usually employed. Groups may meet in health centers, recruiting participants from women receiving prenatal care. In this manner, only relatively motivated women are reached. Secondly, support groups may be formed from members of community organizations such as churches or mothers' clubs. This strategy has similar drawbacks to the

first. Finally, groups can be formed based on the informal networks of the BAs. While this strategy has the advantage of reaching women who may not be involved in organized groups, it is difficult to recruit participants and maintain their interest. LLLH designed its intervention based on the understanding that the Ministry of Health would implement a community vigilance system in which "neighborhood monitors" would identify pregnant and breastfeeding women and refer them to the BAs. Unfortunately, the Ministry of Health was unable to organize the target communities, and the BAs had to rely on their own networks. Analysis of the results of the endline survey suggests that the BAs tended to have contact with women who lived within a three mile radius of their home. The BAs were apparently unable or unwilling to recruit women who lived further away, and felt that they had "run out" of eligible participants. This suggests that the BAs needed a community structure to support their efforts; and secondly that the training of additional BAs might have increased coverage of the target population. Unfortunately, in the project communities, the only existing community organization was that formed by the BAs themselves, who functioned as all-purpose volunters; for example working in vaccination and cholera education campaigns.

In retrospect, the number of the BAs and support groups called for in the original intervention design was inadequate for the size of the community. This may be one reason why little behavior change was observed community wide. In addition, midway during the project, the decision was made to place breastfeeding advocates in a hospital and clinic that served both control and experimental communities. This decision was made in response to a request from the Ministry of Health for assistance in improving their services. Although a promising strategy, this decision interfered with the research design, obscuring the results. Thus, an important lesson is to maintain a balance between the need to adhere to research methodology to test strategies and to be flexible to improve the ongoing intervention.

In addition to the relatively small percentage of the target population receiving services, the endline survey reflected lower than predicted contact with BAs. Service statistics report that 376 women took part in the support groups over the course of the intervention. Based on the diagnostic survey results of 1083 mothers with children under 1 year and 630 pregnant women, support group coverage was approximately 22%. However, according to the endline survey, only 7.4% of the women interviewed reported participating in a support group. This discrepancy could be due to the mobility of the population served. Women who had attended support groups may have already moved from the community at the time of the endline survey. Although the number of renters surveyed (approximately 50%) may support this hypothesis, the relatively short duration of the intervention makes it less likely to be the only explanation. Another explanation is that these women were no longer eligible to be interviewed in the endline survey, perhaps because their children were over a year old. Over reporting of service statistics may also explain the difference in participation level. In addition, lack of recognition of counselor contact or support group attendance by the women surveyed may have caused under reporting of their own participation. Also, many women attending groups were neither pregnant nor breastfeeding and therefore may not have been included in the surveys.

2. Target Population

In implementing the intervention, La Leche League had difficulty reaching their target population. It is particularly important to reach pregnant women in order to encourage exclusive breastfeeding from birth. However, pregnant women made up only 15% of the informal contacts made by the BAs. In addition, women who were neither breastfeeding or pregnant also attended the support groups. While they may benefit in the future, the lack of immediacy diminishes the effectiveness of the mother to mother support strategy. In order to maximize impact, future interventions should be designed to reach the specific segments of the population that will benefit the most.

In addition to targeting pregnant women for the promotion of exclusive breastfeeding, women reporting the use of breastfeeding as a birth spacing method should be targeted for LAM education. Although a greater percentage of women reporting use of breastfeeding for birthspacing were knowledgeable about LAM, approximately 93% of this group were at risk of becoming pregnant due to incorrect use.

3. LAM Teaching Methods

This project was the first documented attempt to use community volunteers with low-literacy levels to teach LAM. In this situation, in contrast to other settings in which well-trained natural family planning counselors teach LAM, the methodology for teaching LAM is of particular importance. The development of formal training materials and curricula were not originally included in the project proposal. In hindsight, these materials should have been developed before the start of the intervention. Although there is currently a Manual for the breastfeeding advocates, it was not available at the start of the intervention. The lack of previously prepared materials limited the effectiveness of the training. In addition, BAs began with very different skill levels further inhibiting their success.

Training should focus on the integration of the LAM guidelines in order to support proper use of the method. The BAs understood the rules individually, but were unable to integrate them into one concept of LAM. For example, the midterm evaluation revealed that although the BAs knew the criteria, they were unable to advise women when to seek another method. Furthermore, BAs did not trust the method. Given this situation, it is surprising that any transfer of knowledge was achieved. For example, only one woman interviewed at endline could spontaneously mention all three of the LAM guidelines. Furthermore, the mean number of rules mentioned spontaneously was 0.3. Although this compared favorably with the control group at 0.08, it is still very low.

In addition, women who had contact with the BAs who reported use of breastfeeding to space their pregnancies were not correctly following all of the LAM guidelines. Although all of the women who had contact with a BA reported using breastfeeding as a means of spacing pregnancies were amenorrheic, none were also exclusively breastfeeding. Similarly, only one woman was less than six months postpartum. While these results suggest the efficacy of menstruation as a clear sign that a complementary method must be used, it also highlights the limited understanding of LAM. More effective educational methods must be developed including the design of materials to be used by the BAs. Furthermore, in order to translate LAM knowledge into effective practice, breastfeeding advocates should provide support and practical strategies to overcome obstacles to exclusive breastfeeding. In addition, BAs should be able to refer women for another contraceptive method in a timely and effective manner when LAM use is no longer appropriate.

4. Supervision of BAs

A structured system for monitoring and supervising the BAs is necessary. Supervisors need to monitor the quality of services provided by the BAs in the community as well as their level of effort (number of support groups, informal contacts, etc.). Structured supervision can be used to ensure that BAs are providing accurate information as well as to strengthen skills. In addition, holding BAs accountable to the work they have committed to do will lessen volunteer attrition. Improved supervision will provide support for the volunteer and reinforce the importance of the work that she is doing thus providing motivation while ensuring high quality services.

5. Coordination with Health Sector/Referrals

Promotion of LAM implies a reversal of years of teaching that lactational amenorrhea is not a reliable fertility indicator. Thus, in order to be effective, the message of the health provider, in this case the BAs, must be supported at the societal level. An intervention, such as this one, which fails to achieve meaningful support from the health sector will have a difficult task. Despite tacit support, Honduran health professionals did not support LAM, nor did they receive referrals from LLLH. Due to internal problems with the MOH, LLLH never had the opportunity to train personnel at the normative level in LAM and breastfeeding, although they were able to train health center personnel. An additional constraint faced by LLLH, was that no strong family planning system in tune with the needs of breastfeeding women existed.

Institutional support needs to be built for LAM and exclusive breastfeeding in the first six months. For example, despite efforts made by LLL/H, an effective referral system was never implemented. The Ministry of Health does not consider LAM a family planning method and therefore does not encourage its use. Furthermore, hospitals play a crucial role in establishing optimal breastfeeding practices. The endline survey indicated a decrease in timely suckling for both control and experimental groups from the baseline, indicating a cause for concern.

C. Directions for Future Research

Materials to teach LAM to low literacy women need to be developed and validated. Future research should test the effectiveness of written and non-written materials, as well as alternative educational strategies.

Other research topics include: the role of provider bias and the influence of exclusive breastfeeding prevalence on LAM acceptance, the relative effectiveness of LAM promotion by breastfeeding vs. family planning organizations and the effectiveness of strategies designed to segment the target population for LAM education.

A critical question that remains unanswered is whether LAM use leads to subsequent use of other family planning methods. The data gathered for this study was inadequate to address this issue. However, the answer is critical to the design of future LAM strategies. If LAM use does lead to the initiation of a complementary method at six months, then LAM promotion may be an important strategy for increasing contraceptive prevalence.

INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH
GEORGETOWN UNIVERSITY

THE PROMOTION OF THE LACTATIONAL AMENORRHEA METHOD AND CHILD SPACING THROUGH BREASTFEEDING ADVOCATES

VOLUMEN II - ANEXOS

Prepared By:

LA LIGA DE LACTANCIA MATERNA DE HONDURAS

Dr. Ada Rivera
Judy Canahuati
Dr. Carol Lopez

and

INOPAL II
THE POPULATION COUNCIL

Andrea Phillips
Rebecka Lundgren

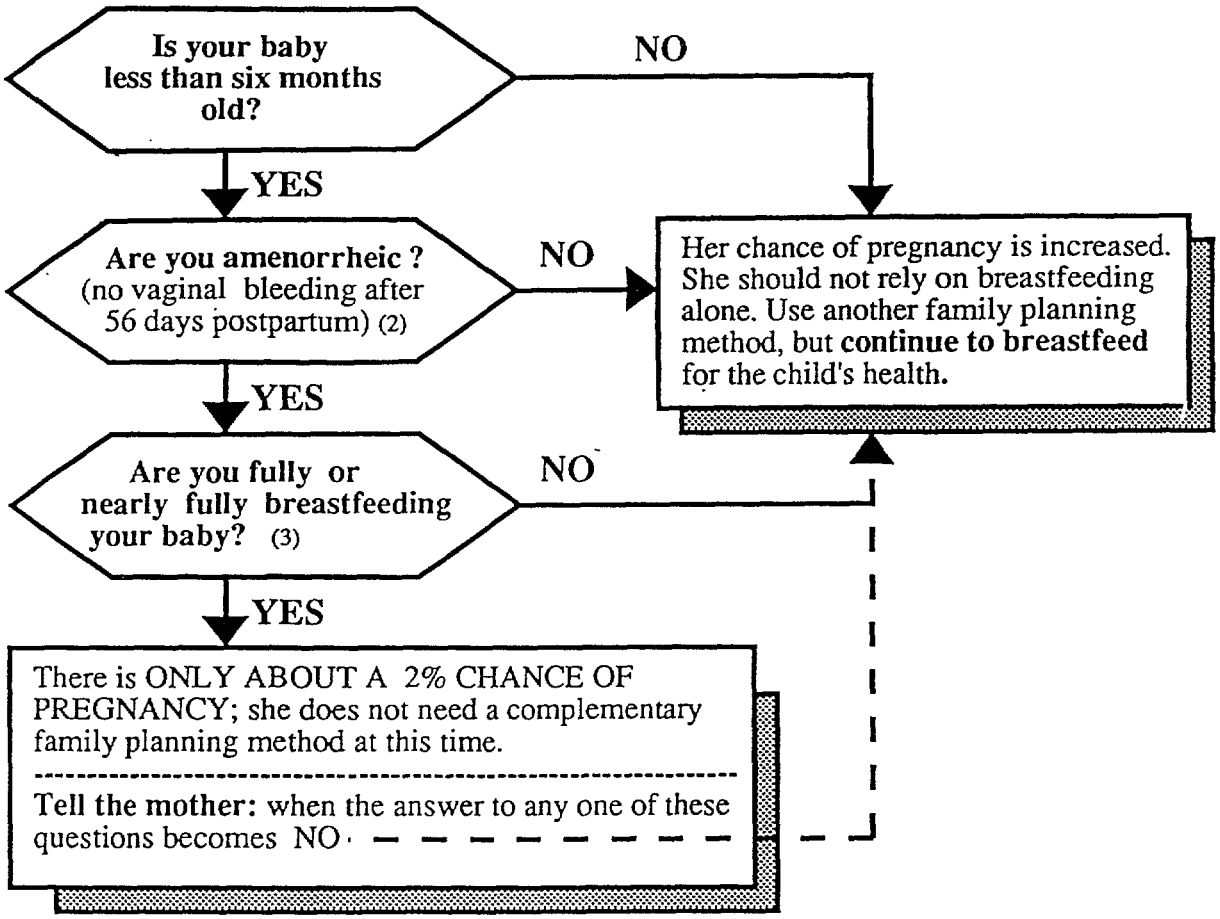
LIST OF APPENDICES

Appendix 1:	LAM Algorithm
Appendix 2:	Map of Study Area
Appendix 3:	Executive Summary of Evaluation
Appendix 4:	Baseline and Endline Survey Instruments
Appendix 5:	Report Forms
Appendix 6:	Nursing Training Program
Appendix 7:	Referral Coupon
Appendix 8:	Referral Survey Follow-up Instrument
Appendix 9:	Referral Graphics
Appendix 10:	Working Group Questions from Evaluation Workshop
Appendix 11:	Support Group Workshop Program
Appendix 12:	Tables: Control and Contact Groups at Endline Survey
Appendix 13:	Tables: Control and Experimental Groups By Survey
Appendix 14:	Survival Analyses

APPENDIX 1

Table I: Use of Lactational Amenorrhea Method (LAM) for Child Spacing During the First 6 Months Postpartum (1)

Ask the mother:



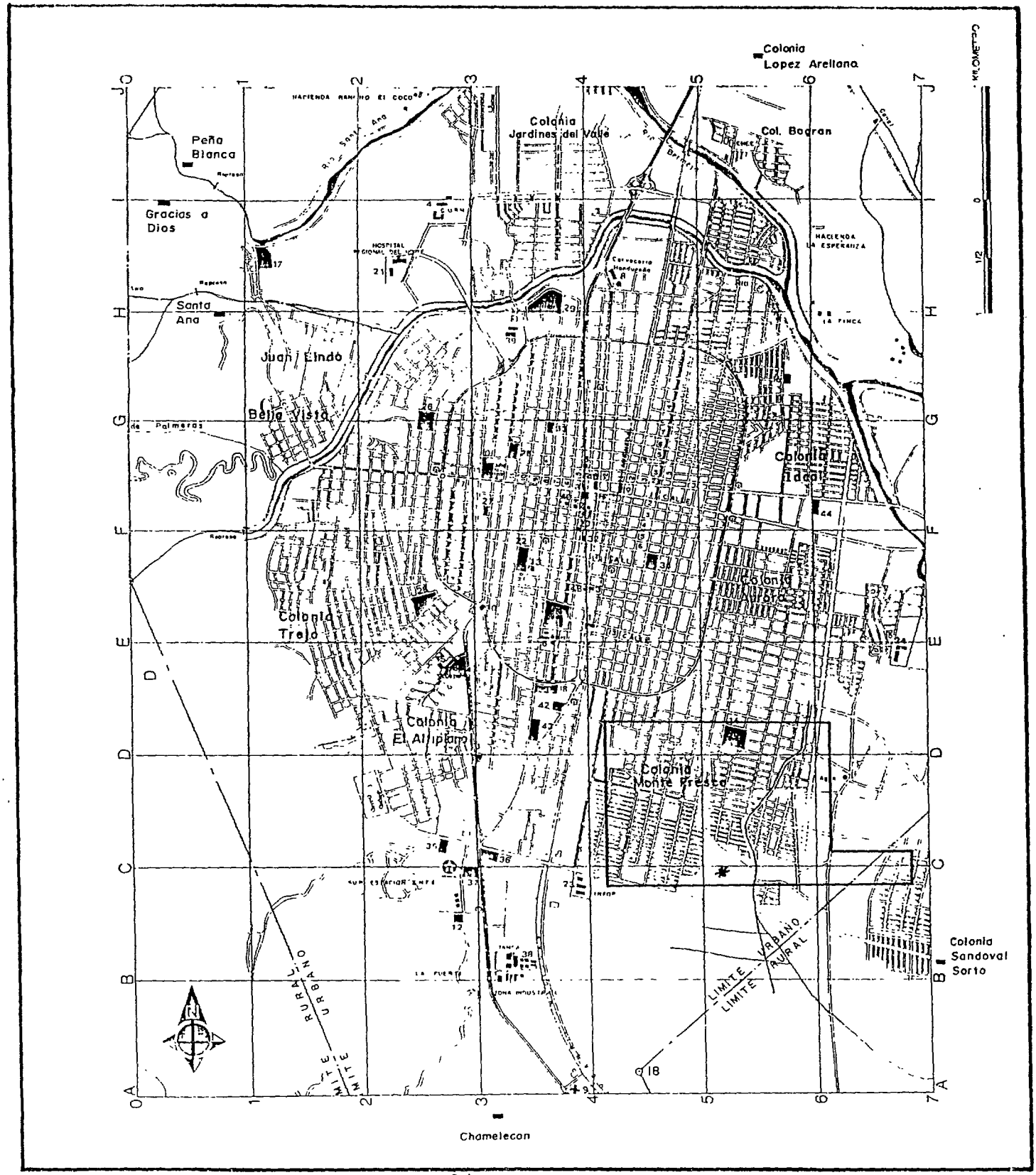
(1) It must be noted that these guidelines are conservative. Women who follow these guidelines after six months postpartum, or who have experienced only one vaginal bleed, may still have some decreased fertility if the recommended optimal breastfeeding behaviors are followed (see Table II). Furthermore, in many areas of the world, women may breastfeed for 18-24 months and remain amenorrheic for 12 months or more. These women may remain infertile for 12-15 months postpartum.

(2) Spotting that occurs during the first 56 days is not considered to be menses.

(3) "Full" breastfeeding includes exclusive or almost exclusive breastfeeding (occasional tastes of ritual foods or water), day and night, according to recommendations in Table II. "Nearly full" breastfeeding means that occasional non-breast feeds are given.

APPENDIX 2

Comunidades con Consejeras Voluntarias



- Peña Blanca
- Gracias a Dios
- Sta Ana
- Col. Lopez Arellano
- Paz Barnica
- Exitos de ANACH
- Col Gálvez
- Col Bueso
- Col Sandoval Sorto
- Col San Jorge - Chamelecón

* - Diez colonias del sector Sur-este Las Palmas

APPENDIX 3

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo del estudio fue evaluar la utilización de grupos de apoyo guiado por consejeras en lactancia materna previamente capacitadas en el uso de amenorrea lactacional como medio de espaciamiento de embarazos en comunidades peri-urbanas de la ciudad de San Pedro Sula, Honduras con el fin de mejorar el diseño y la implementación de esta estrategia. La Liga de Lactancia Materna ha capacitado hasta la fecha a más de 40 consejeras de lactancia quienes han estado reuniéndose desde el mes de enero de 1991. Durante la evaluación se realizó tres grupos focales y 42 entrevistas individuales con madres y consejeras activas e inactivas y se observaron cuatro reuniones de grupos de apoyo.

Durante los primeros seis meses del proyecto se certificó a 41 mujeres como consejeras de lactancia materna. La mayoría de las consejeras certificadas (70.6%) fueron identificadas en una pre-capacitación o capacitación de un comité de salud. De las 125 mujeres asistentes a la pre-capacitación, sólo el 54% de ellas fueron invitadas a una capacitación. De éstas, sólo el 63% fueron certificadas como consejera. En fin, sólo una tercera parte de las mujeres reclutadas llegó a ser consejeras. Se puede concluir que es necesario reclutar una cantidad de mujeres mucho mayor que el número de consejeras deseadas. Durante el segundo trimestre del proyecto, el porcentaje de mujeres contactadas que salieron como consejeras subió sustancialmente, tal vez debido a las mujeres que surgieron de los nuevos grupos de apoyo. Un mayor porcentaje de las mujeres reclutadas de los grupos de apoyo (79%) llegó a ser consejera en comparación con las mujeres reclutadas del comunidad o pre-capacitación (15%).

Entre enero y junio de 1991, la Liga formó un total de diez grupos de apoyo. El promedio de reuniones por grupo de cada mes fue de 2.5. Durante este período, el proyecto aconsejó a 176 mujeres con un total de 523 contactos. Casi la mitad de las madres asistentes son embarazadas. Cabe notar que la cobertura del proyecto subió entre el primero y segundo trimestre.

Sólo 28% (12) de las 42 consejeras certificadas entre enero y junio fueron activas al final del segundo trimestre. Aunque el número de mujeres asistentes a los grupos es relativamente bajo, se ha aconsejando a 2,191 mujeres durante los primeros seis meses del proyecto por medio de consejos informales impartidos por las consejeras. La mayor parte de las consejeras activas y no-activas han hecho contactos informales en lugares públicos como la calle, bus, pulpería, molino, etc. De igual manera, durante el primer trimestre del proyecto, las consejeras remitieron a un total de 79 mujeres para atención médica. La mayoría de las remisiones (43.5%) fue para atención prenatal, seguido por planificación familiar (20%) y en menor cantidades inmunización, diarrea e IRA.

Las consejeras conocen sus funciones y tienen una buena opinión del trabajo que realizan en la comunidad. En general, la motivación de ser consejera es aprender nuevas cosas y ayudar a otras madres. Algunas se han desanimado porque las madres no asisten a las reuniones o porque no aceptan sus consejos. Sin embargo, la disposición y positivismo del personal de la Liga es un apoyo efectivo, ya que sirve de ejemplo para las consejeras. Al principio, la mayor parte de las consejeras sintieron temores que han ido descendiendo y este cambio les da seguridad al manejar el grupo. Los maridos están de acuerdo con su participación y las consejeras opinan que no es difícil realizar sus funciones.

Un proyecto que depende de voluntarias siempre tiene que enfrentar el problema de la deserción. Las consejeras inactivas dejaron de participar por razones de trabajo y porque se sintieron desorientadas. Sin embargo, las consejeras inactivas siguen aconsejando en forma individual a otras madres sobre las ventajas de la leche materna.

En cuanto a las características de una consejera exitosa, tanto las consejeras como las madres consideran que una consejera debería de estar amamantando a su hijo porque es una fórmula de estimular a otras madres a que sigan su ejemplo. Las otras cualidades que debe reunir las consejeras son: ser amable, paciente y activa; no tener temor de hablar con otras personas; saber expresarse; y ser madre de varios hijos con experiencia en dar pecho. Las madres opinaron que las consejeras reunían todas las cualidades descritas.

En cuanto a la forma más práctica de reclutar nuevas consejeras, las consejeras activas han identificado madres asistiendo a reuniones que pueden ser capacitadas como nuevas consejeras. En general, las consejeras opinaron que la capacitación fue buena pero les gustaría recibir orientación sobre cómo hacer el trabajo de consejera. Según los comentarios de las consejeras el apoyo de la Liga ha sido suficiente.

El mayor problema que han enfrentado es que las madres no llegan a las reuniones. Además, a veces es difícil aconsejar a una madre porque entra en contradicción con el personal de salud. Algunas consejeras invitan para la reunión un día antes y otros en el momento de la reunión. La mayor parte de ellas no se han puesto de acuerdo con miembros de la comunidad para que les refieran madres. Las mujeres entrevistadas recomendaron otras estrategias para aumentar asistencia: 1) decir a familiares que les refieran embarazadas o madres lactantes; 2) informar al patronato para anunciar las reuniones; y 3) pedir a los participantes que invitan a amigas.

Para poder desarrollar estrategias para aumentar la asistencia en reuniones, intentamos entender la motivación de las mujeres. Las madres asisten a las reuniones para aprender sobre temas nuevos y para poder resolver algún problema o aclarar alguna duda. Continuaron asistiendo porque les gustaron las explicaciones y se dieron cuenta de la importancia del tema. Las madres se sienten interesadas cuando crea un ambiente de confianza donde puede expresarse y participan relatando sus experiencias. Las que nunca asistieron las razones que dieron fue por quehaceres en la casa a esa hora. Existen diferentes razones por las que las madres no siguen asistiendo a las reuniones incluyendo falta de interés, enfermedad, olvido y que no la volvieron a invitar. El trabajo que genera un ingreso hace que las madres no dispongan de tiempo para asistir a las reuniones. Las consejeras opinaron que las madres no llegan a las reuniones porque no tienen interés y han observado que las madres creen que es suficiente con sólo dar pecho y no tienen nada que aprender sobre lactancia materna.

Las madres activas y inactivas tienen una opinión positiva respecto a las reuniones que han asistido, porque han aprendido cosas que no sabían, las que han aplicado a sus hijos y también han podido trasmitir a otras madres. Aunque algunas madres sólo asistieron una vez a las reuniones, aprendieron nuevos conceptos los cuales han puesto en práctica. Sin embargo, algunas opinaron que se repetía mucho la misma información.

Las consejeras llenan dos informes para la Liga, el informe de contactos informales no representa ningún problema en el llenado, sin embargo con el informe de reunión tienen dificultad.

Debido a que un enfoque del proyecto es el método de amenorrea lactacional (MELA), se les preguntó a las madres sobre planificación familiar. La mayoría de las madres quieren posponer su próximo embarazo, sin embargo, casi todas comentaron que desconocen sobre planificación familiar. Las madres manifestaron muchos temores y creencias acerca de los métodos porque no tienen la información adecuada. La mayor parte de las madres solo ha recibido información incompleta sobre como espaciar sus embarazos.

En cuanto al MELA, las consejeras conocen los pasos pero les falta hacer más enfásis en que debe ser la amamantada día y noche y que cuando menstrúa se debe buscar otro método. Las madres piensan probarlo pero tienen miedo porque han conocido mujeres que han salido embarazadas dando de mamar. Se concluyó que las consejeras no tienen suficiente información para recomendar a las madres cuales métodos son apropiados durante la lactancia y cuando debe acudir para un método cuando no quieren salir embarazada.

El impacto potencial de este modelo de entrega de servicios es grande, ya que las madres son un efecto multiplicador de los conocimientos que se imparten en los grupos. Las cosas que más les ha impactado son el acercamiento madre-hijo que se logra a través del amamantamiento y los beneficios de la leche materna. Coinciden que las reuniones les ha servido para continuar amamantando a sus hijos. Las cambios que se informaron la mayoría de las madres fueron: 1) amamantar cuando habían pensado dar biberón; 2) prolongar el tiempo de amamantar; y 3) dar lactancia exclusiva. Además, muchas mujeres comentaron que asistir a las reuniones les sirvió para resolver algunos problemas o dudas respecto a la lactancia.

También ha cambiado la vida de las consejeras. Tanto las consejeras activas como las inactivas opinaron que su participación en la Liga ha tenido una influencia positiva. Han logrado sentirse más útiles al poder ayudar a otras madres y más seguras de hablar con otras personas. Su participación como consejera les ha ayudado darles mayor confianza en si mismas, adquirir nuevos conocimientos y tener más amistades. Además, el asistir a las reuniones ha aumentado el auto-estima de las mujeres porque les ayuda a tener éxito en amamantar a sus hijos y se dan cuenta que están proveyendo la mejor nutrición que existe para sus niños.

Las recomendaciones que surgieron de la evaluación incluyeron desarrollar estrategias para incrementar la credibilidad de las consejeras en la comunidad y modificar la capacitación para incluir orientación práctica en como invitar a las madres a las reuniones e información sobre otros temas de interés a las consejeras como planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y alimentación durante el embarazo. También se sugiere elaborar una guía de supervisión para el uso del personal de la Liga con las consejeras. Se recomienda mejorar la orientación que se le brinda a las consejeras sobre MELA, asegurando que aconsejen a las madres en el momento en que deja de ser un método apropiado.

Sugerencias para aumentar asistencia en las reuniones incluyeron: 1) desarrollar y diseminar un afiche anunciando los temas y fechas de reuniones; 2) utilizar estrategias como diplomas y rifas para motivar las madres a participar; 3) hacer mayor propaganda de los grupos de apoyo a nivel de la comunidad para apoyar el trabajo individual que hace cada consejera; y 4) desarrollar sistemas de referencia para que personal de salud refiera a las madres a las reuniones.

Finalmente, se debe sistematizar la supervisión que brinda el personal de la Liga para que sea más efectiva. Esto debe incluir: 1) preparar a la consejera para el desarrollo de la próxima reunión; 2) observar como se desarrolla la reunión, y 3) darle retroalimentación sobre su desempeño en la reunión. También sería conveniente revisar las hojas de informe y dar refrescamiento en su uso a las consejeras.

I. RESUMEN EJECUTIVO

A. ACTITUD HACIA EL PAPEL DE CONSEJERA

Las consejeras conocen sus funciones y tienen una buena opinión del trabajo que realizan en la comunidad. En general, la motivación de ser consejera es aprender nuevas cosas y ayudar a otras madres. Aunque expresaron satisfacción de ser consejera, algunas se han desanimado porque las madres no asisten a las reuniones o porque no aceptan sus consejos. Sin embargo, la disposición y positivismo del personal de la Liga es un apoyo efectivo, ya que sirve de ejemplo para las consejeras. Al principio, la mayor parte de las consejeras sintieron temores que han ido descendiendo y este cambio les da seguridad para manejar el grupo. Los maridos están de acuerdo con su participación como consejera y esta actitud contribuye a que realicen con más confianza el trabajo. Las consejeras opinaron que no es difícil realizar sus funciones, porque no necesitan mucho tiempo para realizar su trabajo.

El mayor problema que han enfrentado es que las madres no llegan a las reuniones y han empleado estrategias cómo salir a invitar de casa en casa el día de la reunión y buscar el lugar y la hora que más les convenga a las madres. Además, las consejeras tienen la experiencia de que a veces es difícil aconsejar a una madre porque entran en contradicción con los médicos y enfermeras y las madres no confían mucho en sus consejos.

Las consejeras no activas dejaron de participar por razones de trabajo y otras porque se sintieron desorientadas. Las consejeras no activas han aconsejado a otras madres sobre la importancia y ventajas de la leche materna.

RECOMENDACIONES

Se debe desarrollar estrategias para incrementar la credibilidad de las consejeras tales como:

1. *Proporcionarles una credencial.*
2. *Convocar a reuniones de la comunidad (patronato, comité de salud) para presentarles y pedir apoyo para su trabajo.*
3. *Acompañar a la consejera en visitas para dar seguimiento e invitar a las señoras.*
4. *Utilizar al personal de salud como recurso para demostrar apoyo a la consejera.*
5. *Recibirlas en las clínicas para que conozcan su presencia y referir pacientes a ellas.*
6. *Traer consejeras de otras comunidades para apoyarla.*
7. *Preparar emocionalmente a las consejeras sobre diferentes actitudes con que las madres reciben un mensaje y practicar con ellas como responderles a las madres.*

B. SELECCIÓN Y CAPACITACIÓN DE CONSEJERAS

El proceso de seleccionar nuevas consejeras de las participantes en los grupos de apoyo parece ser muy factible, ya que a casi todas las madres activas les gustaría ser consejeras para poder orientar a otras madres. Además, las consejeras activas han identificado madres que pueden ser consejeras en sus grupos de apoyo y observaron que es el lugar donde pueden evaluar si las mujeres reunen las características deseadas.

Tanto las consejeras como las madres consideran que una consejera debería de estar amamantando a su hijo porque es una forma de estimular a que otras madres sigan su ejemplo y las hace sentirse más seguras de lo que dicen.

Las madres opinaron que la función de las consejeras es orientarles sobre problemas o dudas relacionadas con lactancia materna y en particular orientar a las primerizas. Las cualidades que debe reunir las madres son: ser amable, paciente y activa; no tener temor de hablar con otras personas; saber expresarse; y ser madre de varios hijos con experiencia en dar pecho. Las madres opinaron que en su comunidad las consejeras reúnen las cualidades necesarias para realizar el trabajo.

A continuación se incluyen los criterios que se debe utilizar para identificar nuevas consejeras, según las consejeras; madres y personal de la Liga.

- estar amamantando o haya amamantado por un mínimo de seis meses;
- tener la experiencia de tener problemas de lactancia materna y lograr resolverlos;
- tener la experiencia de trabajar en otros grupos porque esto implica que fácilmente dialogan con otras madres;
- no tener problemas en su casa;
- tener facilidad de expresarse;
- tener facilidad para salir a invitar madres;
- llegar sola a las reuniones;
- ser puntual;
- traer invitadas a las reuniones;
- tener entusiasmo;
- ser una persona amable y paciente.

Las consejeras opinaron que capacitación para las nuevas consejeras debe ser la misma que recibieron ellas mismas profundizando en algunos temas. La parte de la capacitación que más les ayudó fue saber de posiciones para amamantar y las ventajas de la leche materna. Les gustaría recibir capacitación sobre otros temas y orientación sobre cómo hacer el trabajo de consejera. El contacto que tienen las consejeras entre ellas sólo se mantiene durante las reuniones mensuales de la Liga y los grupos de apoyo, pero consideran que necesitan mayor relación para apoyarse y motivarse.

Según los comentarios de las consejeras, el apoyo de la Liga ha sido suficiente. Algunas consejeras opinaron que necesitan ayuda de la Liga en cómo hacer un grupo, en particular en invitar a las madres.

RECOMENDACIONES

1. *La capacitación debe incluir orientación en como invitar madres a las reuniones, como preparar las reuniones, como llevar a cabo un grupo de apoyo y como transmitir el mensaje.*

2. *Se debe programar cursos de refrescamiento o un seminario para las consejeras para brindar nuevos temas y motivarles en su trabajo.*

3. *Incluir otros temas de interés a las consejeras como:*

   - *planificación familiar*
   - *enfermedades de los niños*
   - *enfermedades de transmisión sexual*
   - *alimentación durante el embarazo y lactancia*
   - *primeros auxilios*
   - *embarazo y parto*

4. *Promover la relación entre las consejeras*

C. ASISTENCIA A LAS REUNIONES

Algunas consejeras invitan a las madres para la reunión un día antes y otras en el momento de la reunión. La mayoría de las madres se enteraron de las reuniones a través de las consejeras. La mayor parte de las consejeras no se han puesto de acuerdo con miembros de la comunidad para que les refieren madres. Algunas han buscado estratégias para aumentar el número de madres a las reuniones como: decir a familiares que les refieren embarazadas o madres lactantes; informar al patronato para anunciar las reuniones y decir a las madres del grupo que traigan sus amigas.

Las madres tomaron la decisión de asistir a las reuniones para aprender sobre nuevos temas y para poder resolver algún problema o aclarar alguna duda. Por ejemplo, las embarazadas les motiva aprender y ver los cambios que ocurren en su cuerpo por el crecimiento del bebé.

Continuaron asistiendo porque les gustaron las explicaciones y se dieron cuenta de la importancia a tener conocimientos sobre lactancia materna. El ambiente del grupo es un medio que contribuye a que las madres continuen asistiendo a las reuniones. Por eso, las reuniones iniciales de los grupos de apoyo son decisivas para mantener la asistencia de las madres. Las madres se sienten interesadas cuando crea un ambiente de confianza donde puede expresarse y cuando participan relatando sus experiencias. Las madres sienten que las experiencias de unas sirve de aprendizaje a otras.

Las que nunca asistieron las razones que dieron fue por quehaceres en la casa a esa hora. Existen razones diferentes por las que las madres no siguen asistiendo a las reuniones incluyendo falta de interés, enfermedad, olvido y no la volvieron a invitar. El trabajo que genera un ingreso hace que las madres algunas veces no dispongan de tiempo para asistir a las reuniones. Algunas madres piensan que no llegan a las reuniones porque la comunidad no se ha dado cuenta de las reuniones y de que existen

consejeras.

Las consejeras opinaron que las madres no llegan a las reuniones porque no tienen interés y han observado que las madres creen que es suficiente con sólo dar pecho y no tienen nada que aprender sobre lactancia materna. El personal de la Liga mencionó otros factores que influyen, por ejemplo, problemas personales que existe entre las madres, porque a veces no quieren reunirse en ciertas hogares y el sueño y molestias de las embarazadas.

Ha sido más difícil motivar a las embarazadas, pero si se encuentran temas que sean de su interés como preparación para el parto, le podrían motivar. Las reuniones deben hacerse con madres lactantes y embarazadas porque las madres sirve de apoyo a las que están esperando, especialmente cuando es su primer hijo.

RECOMENDACIONES

1. *Enseñarles una mejor técnica para invitar a las madres en cual exploran con ellas su situación, buscando algo que les motive a asistir.*
2. *Desarrollar y diseminar un afiche anunciando los temas y fechas de las reuniones.*
3. *Hacer reuniones cada quince días.*
4. *Desglosar los temas en una lista de chequeo para ir cubriendo todos y no repetir los mismos.*
5. *Utilizar estratégias como diplomas, estrellitas, regalos a las madres que llevan amigos, una rifa para las madres con mayor participación, etc.*
6. *Explicar a las consejeras que no lo debe tomar personalmente cuando no lleguen las mujeres y plantear metas realistas que pueden cumplir.*
7. *Hacer mayor propaganda de los grupos de apoyo a nivel de la comunidad para apoyar el trabajo individual que hace cada consejera, dando a conocer objetivos y servicios que prestan a la madres los grupos de apoyo.*
8. *Cuando la ausencia de una madre se prolonga, visitarla para indagar sobre el motivo de las inasistencias. Se debe aprovechar la oportunidad de dar consejos y motivar su participación.*
9. *Hablarles sobre temas que les interese y que resuelvan algún problema o duda.*
10. *Desarrollar sistemas de referencia para que médicos, enfermeras y otras personas en la comunidad refieran madres a las reuniones.*
11. *Asegurar que la primera reunion tenga éxito a fin de que regresen las madres.*

D. ACTIVIDADES DE LAS CONSEJERAS

1. Opinión Sobre las Reuniones

Las madres activas y no-activas tienen una opinión positiva respecto a las reuniones que han asistido, porque han aprendido cosas que no sabían, las que han aplicado a sus hijos y también han podido trasmitir a otras madres los conocimientos adquiridos.

Es importante destacar que aunque algunas madres sólo asistieron una vez a las reuniones, aprendieron nuevos conceptos que les han puesto en práctica. Las madres opinaron que se han sentido satisfechas durante las reuniones, no se sienten aburridas y se sienten con confianza.

Las consejeras han observado que a las madres les llama la atención las orientaciones sobre lactancia materna, mientras a las embarazadas les interesa ver el proceso de crecimiento del bebé a través de láminas o películas. Para las consejeras los temas más importantes son: lactancia exclusiva, alimentación después de las seis meses y problemas y ventajas de lactancia. Las madres muestran interés especial por recibir orientación sobre planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, como atender un parto y como cuidar y tratar a los niños.

2. Contactos Informales

La mayor parte de las consejeras activas y no activas han hecho contactos informales en lugares públicas como la calle, bus, pulperia, molino, cuando van a traer agua, etc. Les hablan a las madres con niños en brazo, preguntándoles si dan pecho y dandoles consejos. También aconsejan a sus amigas y familiares.

3. Remisiones

Las consejeras han hecho remisiones a diferentes centros de asistencia para la salud, algunas han sido efectivos y otras no. En general, las remisiones a través de los cupones no tienen el efecto esperado. Además, algunas consejeras desconocen su uso.

RECOMENDACIONES

1. *Incorporar a más madres al grupo.*
2. *Tratar otros temas además de la lactancia.*
3. *Orientar a las embarazadas.*
4. *Hablar con los proveedores de servicios para concientizarles sobre el uso del cupón.*
5. *Orientar a las consejeras sobre el uso del cupón y llevarlas a visitar a las instituciones y conocer al personal que recibirá las madres de sus comunidades.*
6. *Dejar la consejera que manejen sin intervenir mucho, despejando dudas al final de la reunión.*
7. *Ayudarle a la consejera a sentir más segura, afirmando los conceptos de las consejeras en frente de las demás madres.*
8. *Observar e evaluar la reunión después con la consejera, ayudándola a aprender el proceso de autoevaluación.*

E. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SUPERVISIÓN

Para las consejeras el informe de contactos informales no representa ningún problema en el llenado, sin embargo con el informe de reunión tienen dificultad, se confunden, y les lleva bastante tiempo.

Se debe sistematizar la supervisión que brinda el personal de la Liga para que sea más efectiva. Esto debe incluir los siguientes elementos: 1) preparar a la consejera para el desarrollo de la proxima reuníon; 2) observar como se desarrolla la reunión y 3) darle retroalimentacíon sobre su desempeño en la reuníon.

RECOMENDACIONES

1. *Desarrollar una guia de supervisión para el uso del personal de la Liga con las consejeras.*

2. *Reunirse con la consejera antes y después de la reunión para planear su desarrollo y evaluar el grupo de apoyo.*

3. *Tomar notar de los comentarios durante las reuniones mensuales de las consejeras y pedirles ideas para mejorar el trabajo en las comunidades.*

4. *Mostrar los datos recolectados a las consejeras para motivarlas y proveer retroalimentación a su trabajo.*

F. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La mayoría de las madres quieren posponer su proximo embarazo un mínimo de tres años o ya terminar su vida reproductiva. Sin embargo, casí todas las madres comentaron que se desconocen sobre planificación familiar. Los métodos que más conocen o han oído hablar son la pastilla, dispositivo y esterilización. Las madres manifiestaron muchos temores y creencias acerca de los métodos porque no tienen la información adecuada.

La mayor parte de las madres han recibido información sobre como espaciar sus embarazos. Sin embargo esta información se da a travez de los medios masivos y no es muy completa. Algunas madres recibieron información al momento de su parto, pero más que todo consistió en darles una cita para que asistiera a los cuarenta días.

En cuanto al método de amenorrea lactacinal (MELA), las consejeras conocen los pasos pero les falta hacer más enfasis en que debe ser la amamantada día y noche y que cuando menstrua se debe buscar otro método.

Las madres tienen diferente opiniones acerca del uso de MELA, algunas piensan probarla y otras tienen miedo porque han conocido mujeres que han salido embarazadas dando de mamar. Casí todas las madres en riesgo de embarazarse están dando lactancia exclusiva o usando algún método de planificación. Todas las consejeras han hablado con las madres sobre MELA en sus reuniones y contactos informales. Pero no han dado información completa sobre su uso. Los resultados de la evaluación sugieren que las consejeras no tienen suficiente información para recomendar a las madres cuales métodos son apropiados durante la lactancia y cuando debe acudir para un método cuando no quieren salir embarazada.

RECOMENDACIONES

1. *Concientizar las consejeras sobre la importancia del tema, como enseñar sobre salud reproductiva y el uso apropiado de remisiones.*

2. *Orientar a las madres por parte de las consejeras y personal de la Liga sobre planificación familiar.*

3. *Desarrollar e implementar un sistema de seguimiento para las madres que desean planificar.*

4. *Mejorar la orientación que da las consejeras sobre MELA. Asegurar que están enseñando a las madres cuando deja de ser un método apropiado para ellas. Hacer incapié con las madres sobre el regreso de la menstruación, ya que la mayoría se fijan en los seis meses y ignoran la bajada de la regla como una señal que MELA ya no les proteje. Visitar a las madres para asegurar que lo está usando adecuademente y que consigan otro método al momento apropiado.*

5. *Distribuir las hojas sobre MELA a las madres para utilizar como lista de chequeo.*

6. *Arreglar que ASHONPLAFA de un curso en planificación familiar a las consejeras. Animar a las consejeras a ser distribuidores de ASHONPLAFA si no existe en la comunidad y tienen interés.*

7. *Enseñar a las madres cómo remitir madres para planificación familiar.*

G. IMPACTO

Las madres son un efecto multiplicador de los conocimientos que se imparten en los grupos dando a conocer a otras personas lo que aprenden. Las cosas que más les ha impactado a las madres son el acercamiento madre-hijo que se logre a travéz del amamantimiento, los beneficios de la leche materna en la salud del niño y como se forma el bebé en el útero.

Las madres coinciden que les ha sido útil las reuniones porque les ha servido para continuar amamantando sus hijos. Se pudo observar que casí todas las madres cambiaron su actitud y sus prácticas en cuánto a la alimentación de sus hijos en los primeros meses como resultado de su contacto con las consejeras. Los cambios que se observaron en la mayoría de las madres fueron: 1) amamantar cuando habían pensado dar biberón; 2) prolongar el tiempo de amamantar; y 3) dar lactancia exclusiva. Muchas mujeres comentaron que asistir a las reuniones les sirvió para resolver algunos problemas o dudas respecto a la lactancia.

El impacto del proyecto no se limita a las madres solamente, también ha cambiado la vida de las consejeras. Tanto las consejeras activas como las no-activas opinaron que su participación en la Liga ha tenido una influencia positiva. Han logrado sentirse más útiles al poder ayudar a otras madres y más seguras de hablar con otras personas. Su participación como consejera les ha ayudado darles mayor

confianza en si mismo, adquirir conocimientos nuevos, y tener más amistades. Además, el asistir a las reuniones ha aumentado el auto-estima de las mujeres porque les ayuda a tener éxito en amamantar a sus hijos y se dan cuenta que están proveyendo la mejor nutrición que existe a sus niños.

Plan de Acción para Implementar
las Recomendaciones de la Evaluación

1.	Desarrollo del afiche	Daysi
2.	Arreglar curso de planificación familiar para consejeras con ASHONPLAFA	Telma
3.	Crear un sistema de aumentar la credibilidad de las consejeras	Chepita, Judy
4.	Calandario de reuniones	Carol
5.	Poner escrito el proceso de selección de consejeras	Andrea
6.	Poner escrito como hacer efectiva el proceso de remisiones y arreglar reuniones con proveedores	Carol
7.	Desarrollar una guia de supervisión y evaluación de las reuniones	Chepita
8.	Establecer lineamientos para invitar a las madres y enseñar los a las consejeras	Chepita Daysi

APPENDIX 4

ENCUESTA MATERNO INFANTIL -M1

PROYECTO DE FORMACION DE GRUPOS DE APOYO COMUNITARIO/INTEGRACION DE SERVICIOS

Formulario (1) M1 (2) M2 ___ (1)

Boleto _____ ___ ___ ___ ___ (2)

(1) Grupo Control (2) Intervención ___ (3)

Código/Entrevistadora_____ ___ ___ (4)

Fecha: Mes_____ Dia _____ ___ ___ ___ ___ (5)

Barrio_____ ___ ___ (6)

Resultado de la entrevista: (1) Pendiente (2) Entrevista realizada (3) Ausente permanante (4) Rechazo (8) Otro_____ ___ (7)

Hora de inicio (0000-2400)____ ___ ___ ___ Hora de terminación____ ____ ____ ____
CODIFIQUE DURACION EN MINUTOS ___ ___ ___ ___ (8)
16

Nombre de la madre_____

Calle	Avenida	Pasaje	Bloque	No. Casa	Otros datos de identificación de la casa

DATOS GENERALES

- ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? _____ ___ ___ (9)
- ¿Cuál es su estado civil? (1) Soltera (2) Casada o Union Libre (3) Divorciada/Separada (4) Viuda ___ (10)
- ¿Vive en su casa el padre del hijo menor de un año? (1) Si (2) No ___ (11)
- ¿Cuál fue el grado o año mas alto que usted aprobó en la escuela, colegio, escuela técnica o universidad? (ENCIERRE CON UN CIRCULO EL ULTIMO AÑO QUE HA CURSADO EN EL ULTIMO NIVEL) ___ ___ (12)
22

1. Primaria	0	1	2	3	4	5	6
2. Escuela técnica/oficios		1	2	3	4	5	6
3. Secundaria		1	2	3	4	5	6
4. Universidad/superior		1	2	3	4	5	6 7 +

- ¿Es ud. asegurada o beneficiaria del IHSS? (1) Asegurada (2) Beneficiaria (3) Nada ___ (13)
- ¿Después de este parto ha estado separada de su bebé (1) Si, CONTINUE (2) No, PASE A PREGUNTA 18C ___ (14)
25

- ¿Por que motivo ha estado separada de su bebé? ___ ___ (15)
  - (1) Trabajo
  - (2) Trabajo y estudio
  - (3) Estudio
  - (4) Hospitalizada ¿Por cuanto tiempo?_____
  - (5) Viaje ¿Cuánto tiempo? _____
  - (6) Compras
  - (7) Motivos sociales
  - (88) Otro ¿Cual_____

NO ESTA TRABAJANDO O ESTUDIANDO, PASE A 18C

- ¿Qué edad tenía su bebé cuando ud. empezó a trabajar ó estudiar? ___ ___SEM (16)

(1)____Días (2)_____Semanas (3)____Meses (77) NR (CONTINUE)

8A. ¿Siguió trabajando o estudiando (1) Si, PASE A PREGUNTA 19
(2) No, CONTINUE

8B. (1) Que edad tuvo el bebé cuando dejó de trabajar o estudiar? (1) ___Dias

(2) ___Semanas (3) ___Meses (77) NR CODIFIQUE DURACION DE TRABAJO/ESTUDIO EN SEMANAS ___ ___ ___ ___SEM (17)
PASE A PREGUNTA 23
30

BEST AVAILABLE COPY

BEST AVAILABLE COPY

18C. ¿Esta usted con permiso por maternidad en su trabajo o en sus clases? (1) Si, CONTINUE (2) No, PASE A PREGUNTA 23 ___ (18)

19. ¿Dónde trabaja_____/estudia?_____

20. ¿Cuál es b será su horario de trabajo/estudio? (1) Diurna (2) Nocturna (3) Mixta (PARA TRABAJO Y ESTUDIO) ___ (19)

21. ¿Cuántos días trabaja/estudia (va a trabajar/estudiar) fuera de la casa por semana? ___ ___ (20)

(1)_____Días (66) No aplica

22. ¿Por lo regular, a qué hora sale (saldrá) de su casa?_____(9) NS NUMERO DE HORAS
a qué hora regresa (regresará) a su casa?_____(9) NS AFUERA_____ ___ ___HORAS (21)
regresa (regresará) a medio día? (1) Si (2) No (9) NS ___ (22)
lleva (llevará) al niño al trabajo? (1) Si (2) No (9) NS ___ (23)
39

23. ¿Cuántas veces ha estado embarazada (incluyendo abortos, nacidos muertos)? _____ ___ ___ (24)

24. ¿Cuántos hijos vivos tiene usted? _____ ___ ___ (25)

25. ¿Está embarazada actualmente? (1) Si, CONTINUE (2) No, PASE A PREGUNTA 28. (9) No sabe, PASE A PREGUNTA 27 ___ (26)

26. ¿Cuántos meses de embarazo tiene?(1)_____Meses, PASE A PREGUNTA 28

(99) No sabe, CONTINUE

27. ¿Cuál fue la fecha de su última regla (1)_____/____/____ (2) No tuvo menstruación
(77) No recuerda.

CONTROL PRENATAL

28.¿Le han aplicado anti-tetánica en los último cinco años? (1) Si (2) No (7) No recuerda ___ (27)
45

¿Asistió (asiste) a control prenatal a uno o mas de los siguientes lugares o con las siguientes personas? ¿Cuándo empezó a asistir a cada lugar? ¿Cuántas veces asistió a cada lugar para control prenatal? (MARQUE HASTA 4 LUGARES)

29. Asistió (asiste) a:	30. Mes de Embarazo de la Primera Visita	31. # Total de Visitas
1.CESAMO M.P.B. (1) Si		
2.CESAMO L.Palmas (1) Si		
3.Otro CESAMO/CESAR (1) Si		
4.Hospital Leo.Mart.V.(1) Si		
5.IHSS (1) Si		
6.Médico privado (1) Si		
7.Partera (1) Si		
8.Otro_____ (1) Si		
0.Ningún lugar/persona(1) Si	(0)No aplica	(0) No aplica

1A___ ___(28)___ ___MES(29)
___ ___(30)
2A___ ___(31)___ ___MES(32)
___ ___(33)
3A___ ___(34)___ ___MES(35)
___ ___(36)
4A___ ___(37)___ ___MES(38)
___ ___(39)
68

32. ¿Cuando usted estaba embarazada (o durante este embarazo) le dieron consejos sobre algún tema relacionado con el parto ó la alimentación y crianza del bebé? (1) Si, CONTINUE CON 32A (2) No, PASE A 32B ___ 70 (40)

32A: ¿Sobre que temas le dieron consejos?

32B: ¿Usted recuerda haber recibido consejos sobre los siguientes temas? (LEASE TODOS LOS TEMAS O LOS TEMAS QUE NO MENCIONO ESPONTANEAMENTE)

T E M A	ESPONTANEA	DIRIGIDA			
33.Lactancia materna (dar de mamar)	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) No recuerda	___ (41)
34.Lactancia materna exclusiva (solo pecho)	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) No recuerda	___ (42)
35.Preparación de los pezones	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) No recuerda	___ (43)
36.Espaciamiento de los embarazos	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) No recuerda	___ (44)
37.Preparación para el parto	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) No recuerda	___ (45)
38.Método de amenorrea lactacional	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) No recuerda	___ (46)
39.Trabajo y lactancia	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) No recuerda	___ (47)
40.Cuidados del recién nacido	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) No recuerda	___ (48)
41.Control del niño sano	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) No recuerda	___ (49)
42.Alimentación de la embarazada	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) No recuerda	___ (50) 80

ENCUESTADODRA: SI CONTESTO "NO" O "NO RECUERDA" A TODAS, PASE A LA PREGUNTA 46.CUALQUIER OTRA RESPUESTA: CONTINUE

SI LE DIERON ALGUN CONSEJO SOBRE LACTANCIA MATERNA, PREGUNTE:

43. ¿Hasta los cuantos meses le recomendaron darle solo pecho al niño sin agua o jugo ú otras leches ó alimentos?

(1) _____Meses (2) ____ Semanas (33) No recomendaron solo pecho (00) No recomendaron ningún tiempo (77) No recuerda ___ ___MES (51)

44. ¿Podría indicar dónde recibió estos consejos? (MARQUE HASTA 4 LUGARES) ___ ___ (52)
(1) CESAMO Las Palmas (6) Curso de preparación/parto (88) Otro _____ ___ ___ (53)
(2) CESAMO Miguel Paz B. (7) Grupo de Apoyo ___ ___ (54)
(3) Hospital Leonardo Martinez (8) Liga de Lactancia Materna ___ ___ (55)
(4) IHSS (9) Medios de comunicación masiva 89
(5) Clínica privada (77)No recuerda

45. ¿Quién (o quienes) le dieron estos consejos? (MARQUE HASTA 4 CONSEJEROS) ___ ___ (56)
(1) Médico (6) Vecina/Amiga_____ (88) Otro_____ ___ ___ (57)
(2) Enfermera (7) Compañero/esposo ___ ___ (58)
(3) Partera (8) Consejera lactancia _____ ___ ___ (59)
(4) Madre (9) Medios de comunicación masiva 97
(5) Suegra (77) No recuerda

==========

P A R T O

46. ¿Cuál es la edad actual de su bebé (de un año? _____Días ó ____ Semanas ó ___ Meses ___ ___SEM (60)

46A. Fecha de nacimiento del niño (de un año _____/_____/_____ _ _ _ _ _ _ (61)

47. Peso al nacer (1) _____ KGS. _____ LBS. (0099) No sabe ___ ___ ___ ___ (62) 107

48. ¿Dónde nació el niño?
(1) Hospital Leon.Mart. (3) Clínica/hospital privado (88) Otro_____ ___ ___ (63)
(2) Hospital IHSS (4) Casa _____ (nombre persona atendió)

49. ¿Fue normal, el parto, o hubo algún problema?
(1) Normal (2) Cesarea (3) Prematuro (88) Otro problema _____ ___ ___ (64)

BEST AVAILABLE COPY

50. ¿Desde que nació su niño, le han dado algún consejo sobre lactancia materna y/o planificación familiar?

(1) Si, PREGUNTELE ¿Cuales consejos? CUANDO TERMINE DE CONTESTAR ESPONTANEAMENTE, PREGUNTELE ¿Recuerda usted haber oido sobre... (MENCIONANDO LOS OTROS TEMAS DEL 51 AL 57 QUE ELLA NO MENCIONO — ___ 115 — (65)

(2) No, PREGUNTELE ¿Recuerda usted haber oido sobre.... (MENCIONANDO 51 AL 57)

(.7) No recuerda, PREGUNTELE, ¿Recuerda usted haber oido sobre....(MENCIONANDO 51 AL 57)

BEST AVAILABLE COPY

T E M A	ESPONTANEA	D I R I G I D A			
51. Darle solo pecho?	(1) Espontánea CONTINUE	(2) Si CONTINUE	(3) No PASE A PREGUNTA 52	(7) NR	___ (66)
51A Hasta los cuantos meses aconsejaron solo pecho?	(1) ___meses	(22)No dijeron		(77) NR	___ ___MES (67)
52.Cuando destetar (quitar el pecho) al niño?	(1) Espontánea CONTINUE	(2) Si CONTINUE	(3) No PASE PREGUNTA 53	(7) NR	___ (68)
52A.A los cuantos meses le dijeron que deberia destetar al niño?	(1) ___Meses	(22) Hasta que el niño quiere		(77) NR	___ ___MES (69)
53.Como poner al niño al pecho?	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) NR	___ (70)
54.Cuando introducir liquidos/alimentos?	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) NR	___ (71)
55.Que se debe dormir con el niño?	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) NR	___ (72)
56.Como y cuando sacar la leche?	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) NR	___ (73)
57.Como espaciar los embarazos?	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) NR	___ 126 (74)

F I L T R O: ENCUESTADORA: SI MENCIONO O CONTESTO "SI" AL 57, CONTINUE.

SI CONTESTO "NO" A LA PREGUNTA 57, Y MENCIONO O CONTESTO "SI" A ALGUNA OTRA PREGUNTA, PASE A LA PREGUNTA 60.

SI CONTESTO "NO" O "NO RECUERDA" A TODO, PASE A LA PREGUNTA 62.

58. (SI LE RECOMENDARON COMO ESPACIAR LOS EMBARAZOS) ¿Qué método le recomendaron para espaciar los embarazos ó planificar su familia? (MARQUE HASTA 4 METODOS MENCIONADOS) — ___ ___ (75)

(1) Lactancia materna (5) Minipildora (9) Ritmo (13) Todos — ___ ___ (76)
(2) Amenorrea lactacional (6) Condón (10) Billings/Simptotermal (88) Otro
(3) DIU (7) Espuma/foam/óvulos (11) Esterilización masculina _____ — ___ ___ (77)
(4) Pastilla (8) Retiro (12) Esterilización feminina (00) Ningún — ___ ___ (78)
133

59. ¿Al cuánto tiempo después del parto recomendaron el inicio del uso del método?
(1)_____Días (2)_____Semanas (3)_____Meses (00) No recomendaron tiempo (77) NR — ___ ___MES (79)

60. ¿Dónde recibió está(s) recomendaciones? (MARQUE HASTA 4 LUGARES)

(1) Hospital Leon. Mart. (6) Clínica L/M MSP (11) Medios de comunicación masiva — ___ ___ (80)
(2) Hospital IHSS (7) Clínica L/M IHSS (12) Grupo de apoyo — ___ ___ (81)
(3) CESAMO MPB (8) Clínica privada (77) No recuerda — ___ ___ (82)
(4) CESAMO Las Palmas (9) Liga de Lactancia Materna (88) Otro_____ — ___ ___ (83)
(5) Consultorio IHSS (10) ASHONPLAFA _____

61. ¿Quién le aconsejó? (MARQUE HASTA 4 PERSONAS)

(1) Médico (5) Suegra (9) Consejera de lactancia — ___ ___ (84)
(2) Enfermera (6) Vecina/amiga_____ (10) Otro personal de salud_____ — ___ ___ (85)
(3) Partera (7) Consejera P/F del IHSS (11) Distribuidora ASHONPLAFA — ___ ___ (86)
(4) Madre (8) Compañero/esposo (88) Otro_____ — ___ ___ (87)
151

62. ¿Le dió chupón al bebé? (1) Si (2) No — ___ (88)

63A. ¿Alguien le recomendó dar chupón al niño? (1) Si, CONTINUE (2) No (PASE A LA PREGUNTA 64) (7) No recuerda (PASE A LA PREGUNTA 64) — ___ (89)

63B. ¿Quien le aconsejó que le diera chupón? (1) Médico (2) Enfermera (3) Partera_____ (77)NR — ___ ___ (90)

(4) Familiar_____ (5) Vecina/amiga _____ (88)Otro personal de salud _____

CONTACTO INSTITUCIONAL

64. ¿En los últimos 15 días su bebé ha tenido:...(1) Diarrea? (2) Inf. Res.(IRA)? (0)Ninguna? (PASE A PREGUNTA 66) (8) Otra(s) enfermedad(es)?_____ (INDIQUE TODA ENFERMEDAD) — __ 157 — (91)

65. ¿El bebé ha comido menos ó dejado de comer por esta enfermedad? (1) Ha comido menos (2) Ha dejado de comer (3) No le ha afectado el apetito — __ — (92)

PARA LA PREGUNTA 66-69: ¿Desde que nació su bebé, lo ha llevado a:....(MARQUE LA FUENTE DE CONSULTA MAS USADA PARA CADA TIPO DE CONSULTA Y EL NUMERO TOTAL DE VISITAS A TODAS LAS FUENTES)

TIPO/CONSULTA	FUE A CONSULTA	FUENTE	# TTL VECES?		
66.Vacunación?	(1) Si (2) No	(1) CESAMO L.P. (4) Hosp. MSP (66) NA (2) CESAMO MPB (5) IHSS (88) Otro__ (3) CESAR (6) Medico privado _____	(1) ____veces (77) No recuerda	__(93)	__ __ (94) __ __ (95)
67.Crecimiento y Desarrollo?	(1) Si (2) No	(1) (4) (66) (2) (5) (88)_____ (3) (6) _____	(1)____ veces (77) No recuerda	__(96)	__ __ (97) __ __ (98)
68.Consulta por enfermedad?	(1) Si (2) No	(1) (4) (66) (2) (5) (88)_____ (3) (6) _____	(1)_____veces (77) No recuerda	__(99)	__ __ (100) __ __ (101)
69.Lactancia Materna?	(1) Si (2) No	(1) (4) (66) (2) (5) (7)Liga L/M (3) (6) (88)Otro_____	(1)_____veces (77) No recuerda	__(102)	__ __ (103) __ __ (104)

177

ALIMENTACION INFANTIL

70. ¿Alguna vez dió pecho a este niño? (1) Si, CONTINUE (2) No, (PASE A PREGUNTA 74) — __ — (105)

71. ¿Cuanto tiempo después del parto, tomó el pecho por primera vez? — __ __ — (106)
(1) Al nacer
(2) En la primera hora
(3) De una hora hasta completar las 7 horas
(4) De 8 horas hasta completar las 23 horas
(5) De 24 horas y más
(77) No recuerda
(88) Otro? _____

72. ¿Todavía sigue mamando? (1) Si (PASE A LA PREGUNTA 75) (2) No, CONTINUE — __ 182 — (107)

73. ¿Qué edad tuvo cuando dejó de tomar el pecho? (1)_____Dias (2)_____Semanas (3)_____Meses (777) No recuerda — __ __ __DIAS — (108)

74. ¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de darle pecho (o nunca le dió) al niño menor de un año? (MARQUE 1 SOLAMENTE) — __ __ — (109)
(1) Niño rechazó el pecho
(2) Se enfermó el niño
(3) Se enfermó la madre
(4) leche insuficiente
(5) Trabajo/estudio de madre
(6) No se llenaba/se secó
(7) Problemas de pezones
(8) Se embarazó
(9) Le recomendaron el destete
(10) Se destetó solo
(88) Otro_____

PARA PREGUNTA 75: Le voy a hacer algunas preguntas sobre la introducción de otros líquidos y alimentos solidos a su bebé. No es necesario darle estas cosas a su niño, solamente estamos pidiendo su colaboración para hacer una historia completa de su alimentación.

AGUA

75. ¿A qué edad empezó a tomar agua/agua azucarada?

(00) Nunca/solo tomó una vez, PASE A PREGUNTA 78 (1)____Dias (2)____Semanas (3)___Meses (777)NR — __ __ __DIAS — (110)
188

75A. ¿Siguió dandole agua al bebé? (1) Si, PASE A PREGUNTA 76 (2) No, CONTINUE

75B ¿A qué edad suspendió el agua (1)_____ dias (2) _____ Semanas (3) _____ Meses

(77) No Recuerda (CODIFIQUE DURACION _____ SEMANAS) (CONTINUE CON 76) — __ __SEM — (111)

BEST AVAILABLE COPY

76. Quisiera saber: Cuándo empezó a darle agua/agué azucarada regularmente a su bebé? | __ __ __DIAS (112)
193

(000)Nunca,PASE A PREGUNTA 78 (1)_____Días (2)_____Semanas (3)_____Meses (777) No recuerda

77. ¿Puede decirme:

¿Cuántos (1) traguitos ó (2) onzas tomó?	¿# de Veces tomó diario?	¿Con qué se la dió? (EN GENERAL)		
			__	(113)
(1) uno (2) dos	___ Veces	(1) cuchara (3) pepe	__ __	(114)
(3) más que dos		(2) taza/vaso (8) otro		
(7) no recuerda		(7) No recuerda	__	(115)

78. ¿Quién le aconsejó que le diera (o no diera) a tomar agua/agua azucarada? | __ __ (116)
(1) Ella misma/nadie (6) Médico (77) No recuerda
(2) Esposo/compañero (7) Partera
(3) Madre (8) Amiga/Vecina _____
(4) Suegra
(5) Enfermera (88)Otro _____

S O P A S, T E, C A F E, J U G O O F R E S C O S

79. ¿A qué edad empezó a dar sopas, tés, café, jugo o frescos a su bebe? (APUNTE FECHA MAS TEMPRANA DE CUALQUIER DE ESTOS LIQUIDOS)

(000) Nunca/solo tomó una vez, PASE A PREGUNTA 82 (1)____Días (2)____Semanas (3)___Meses (777)NR | __ __ __DIAS (117)
202

79A. ¿Siguió dandole estos liquidos al bebé? (1) Si, PASE A PREGUNTA 80 (2) No, CONTINUE

79B ¿A qué edad suspendió estos liquidos? (1)_____ días (2) _____ Semanas (3) _____ Meses ___

(77) No Recuerda (CODIFIQUE DURACION _____ SEMANAS) (CONTINUE CON 80) | __ __SEM (118)

80. Quisiera saber: Cuándo empezó a darle estos liquidos regularmente a su bebé?

(00) Nunca, PASE A PREGUNTA 82 (1)_____Días (2)_____Semanas (3)_____Meses (77) No recuerda | __ __ __DIAS (119)

81. ¿Puede decirme:

¿Cuántos (1) traguitos ó (2) onzas tomó?	¿# de Veces tomó diario?	¿Con qué se la dió? (EN GENERAL)		
			__	(120)
(1) uno (2) dos	___ Veces	(1) cuchara (3) pepe	__ __	(121)
(3) más que dos		(2) taza/vaso (8) otro	211	
(7) no recuerda		(7) No recuerda	__	(122)

82. ¿Quien le aconsejó que le diera (o no diera) a tomar estos liquidos? | __ __ (123)
(1) Ella misma/nadie (6) Médico (77) No recuerda
(2) Esposo/compañero (7) Partera
(3) Madre (8) Amiga/Vecina _____
(4) Suegra
(5) Enfermera (88)Otro _____

L E C H E D E L A T A/ B O L S A/ V A C A

83. ¿A qué edad empezó a dar leche de lata/bolsa/vaca a su bebé?

(000) Nunca/solo tomó una vez, PASE A PREGUNTA 87 (1)____Días (2)____Semanas (3)___Meses (777)NR | __ __ __DIAS (124)

83A. ¿Siguió dandole leche al bebe? (1) Si, PASE A PREGUNTA 84 (2) No, CONTINUE

83B ¿A qué edad suspendió la leche? (1)_____ días (2) _____ Semanas (3) _____ Meses ___

(77) No Recuerda (CODIFIQUE DURACION _____ SEMANAS) (CONTINUE CON 84) | __ __SEM (125)
219

84. Quisiera saber: Cuándo empezó a darle leche regularmente a su bebé?

(000) Nunca, PASE A PREGUNTA 87 (1)_____Días (2)_____Semanas (3)_____Meses (777) No recuerda | __ __ __DIAS (126)

BEST AVAILABLE COPY

BEST AVAILABLE COPY

85. ¿Puede decirme:

¿Cuántos (1) traguitos ó (2) onzas tomó?	¿# de Veces tomó diario?	¿Con qué se la dió? (EN GENERAL)		
(1) uno (2) dos (3) más que dos (7) no recuerda	___ Veces	(1) cuchara (3) pepe (2) taza/vaso (8) otro (7) No recuerda	___ ___ ___	(127) (128) (129)

224

86. ¿Qué marca de leche empezó a tomar primero?_____ ___ ___ (130)

86A. ¿Qué marca de leche toma ahora? _____ ___ ___ (131)

230

87. ¿Quién le aconsejó que le diera (o no diera) a tomar leche?
(1) Ella misma/nadie (6) Médico (77) No recuerda
(2) Esposo/compañero (7) Partera
(3) Madre (8) Amiga/Vecina _____
(4) Suegra
(5) Enfermera (88)Otro _____ ___ ___ (132)

F R U T A S Y V E G E T A L E S

88. ¿A qué edad le dió a probar frutas ó vegetales (puré, licuado o en cualquier forma) a su bebé? (APUNTE FECHA MAS TEMPRANA DE CUALQUIER DE LOS DOS TIPOS DE ALIMENTOS)

(00)Nunca, PASE A PREGUNTA 89A/solo probó una vez, PASE A PREGUNTA 89 (1)___Dias (2)____Semanas ___ ___SEM (133)
(3)____Meses (77)NR

88A. ¿Siguió dandole estos alimentos al bebé? (1) Si, PASE A PREGUNTA 89 (2) No, CONTINUE

88B ¿A qué edad suspendió estos alimentos (1)_____dias (2)_____ Semanas (3) _____ Meses

(77) No Recuerda CODIFIQUE DURACION _____SEMANAS (CONTINUE CON 89) ___ ___SEM (134)

236

89. Quisiera saber: 89A:¿Le ha dado de comer frutas o vegetales? (1)Si (2)No.PASE 90

¿Cuántos bocaditos? probó?	¿Con qué se lo dió?	¿A qué edad empezó a comer regularmente?	¿Cuántos bocaditos comió?	# de Veces comió diario	¿Con que se lo dió?	
(1) uno (2) dos (3) más que dos (7) no recuerda	(1) dedo (2) cuchara	(00) Nunca ( ) semanas ( ) meses (77) No recuerda	(1)uno (2)dos (3)más que dos (6)NA (7)NR	___ Veces (66)NA (77)NR	(1)dedo (2)cuchara (6)NA	___ (135) ___ (136) ___SEM (137) ___ (138) ___ (139) ___ (140)

245

90. ¿Quién le aconsejó que le diera (o no diera) a probar frutas/vegetales a su bebe? ___ ___ (141)
(1) Ella misma/nadie (6) Medico (77) No recuerda
(2) Esposo/compañero (7) Partera (88) Otro _____
(3) Madre (8) Amiga /Vecina_____
(4) Suegra
(5) Enfermera

A L I M E N T O S S O L I D O S

91. ¿A qué edad empezó a dar a probar otros alimentos sólidos a su bebé? (como atoles, poleadas, tortilla, pan, galletas, etc.)(APUNTE FECHA MAS TEMPRANA)

(00)Nunca, PASE A 92A/ solo probó una vez, PASE A PREGUNTA 92 (1)___Dias (2)____Semanas ___ ___SEM (142)
(3)____Meses (77)NR

91A. ¿Siguió dandole estos alimentos al bebé? (1) Si, PASE A PREGUNTA 92 (2) No, CONTINUE

91B ¿A qué edad suspendió estos alimentos (1)_____ dias (2) _____ Semanas (3) _____ Meses

(77) No Recuerda CODIFIQUE DURACION _____SEMANAS (CONTINUE CON 92) ___ ___SEM (143)

250

92. Quisiera saber: | 92A: ¿Le ha dado de comer alimentos sólidos? (1) Sí (2) No, PASE 93

¿Cuántos bocaditos? probó?	¿Con qué se lo dió?	¿A qué edad empezó a comer regularmente?	¿Cuántos bocaditos comió?	# de Veces comió diario	¿Con que se lo dió?
(1) uno (2) dos (3) más que dos (7) no recuerda	(1) dedo (2) cuchara	(00) Nunca ( ) semanas ( ) meses	(1) uno (2) dos (3) más que dos (6) NA (7) NR	___ Veces (66) NA (77) NR	(1) dedo (2) cuchara (6) NA

252 (144)
(145)
___ ___ SEM (146)
(147)
___ ___ (148)
(149)
259

93. ¿Quién le aconsejó que le diera (o no diera) a probar otros alimentos sólidos a su bebe? ___ ___ (150)
(1) Ella misma/nadie (6) Médico (77) No recuerda
(2) Esposo/compañero (7) Partera (88) Otro_____
(3) Madre (8) Amiga /Vecina_____
(4) Suegra
(5) Enfermera

SI LA MADRE INDICO QUE NUNCA DIO SOLAMENTE PECHO, PASE A PREGUNTA 95

94. ¿Cuánto tiempo ha dado solamente pecho a su bebé? (1) ____Días (2) ____Semanas ___ ___ ___DIAS (151)

(3)_____Meses (4) Todavía está dando

PARA LAS MADRES QUIENES YA DESTETARON AL NIÑO, PASE A LA PREGUNTA 102

95. ¿Cuál fue el intervalo de tiempo más largo que su bebé pasó sin mamar desde que él se despertó ayer ayer en la mañana y usted lo acostó ayer en la noche?

Mamó a las _____horas y volvió a mamar hasta las _____horas ___ ___HORAS (152)

96. ¿Cuál fue el intervalo de tiempo más largo que su bebé pasó sin mamar desde que usted lo acostó anoche hasta que él se despertó hoy en la mañana?

Mamó a las _____horas y volvió a mamar hasta las _____horas ___ ___HORAS (153)

97. ¿Se ordeñó ud. para sacar leche en las últimas 24 horas para su bebé? (1) Sí, CONTINUE CON ___ (154)
269

PREGUNTA 98 (2) No, PASE A PREGUNTA 102

98. ¿Cuántas veces se ordeñó en el día y la noche de ayer? (1)_____Veces (77) No recuerda ___ ___ (155)

99. ¿A que hora(s) se ordeñó usted en el día y la noche de ayer?

(1) _____ a.m. (5) _____ p.m.

(2) _____ a.m. (6) _____ p.m.

(3) _____ a.m. (7) _____ p.m.

(4) _____a.m. (8) _____ p.m.

100. ¿Su bebé tomó la leche ordeñada en: (1) Taza/vaso (2) Pepe (3) Cucharita (8) Otro _____ ___ (156)
(0) No la tomó, PASE A PREGUNTA 102

101. ¿Cuántas onzas de leche ordeñada tomó en total ayer? (1) _____ Onzas (77) NR (99) NS ___ ___ (157)
273

BEST AVAILABLE COPY

RECORDATORIO DE ALIMENTACION EN EL DIA DE AYER

102. Ahora quisiera preguntarle algo sobre lo que tomó y comió su bebé el día de ayer. Estamos haciendo estas preguntas detalladamente porque nos interesa entender mejor la relación entre la lactancia materna y el regreso de la menstruación después del nacimiento del niño. Con esta información esperamos ayudar al personal de salud a servirle mejor a las madres y niños de la comunidad.

TIEMPO	LIQUIDO/ALIMENTO SOLIDO	UNO/DOS/MAS QUE DOS TRAG./BOC./VECES (1, 2, 3)(T,B,ONZ,V)	¿CON QUE LO DIO? C,T,P,V,D	¿DIO PECHO PRIMERO? S, N
DESDE QUE EL NIÑO SE DESPERTO AYER HASTA QUE LA MADRE DESAYUNO				
DESPUES DEL DESAYUNO DE LA MADRE HASTA LA HORA DEL ALMUERZO				
DESDE LA HORA DEL ALMUERZO DE LA MADRE HASTA LA HORA DE LA CENA				
DESDE LA HORA DE LA CENA HASTA QUE SE ACOSTO AL NIÑO				
DESDE QUE SE ACOSTO AL NIÑO HASTA QUE EL NIÑO SE DESPERTO HOY EN LA MAÑANA				

A veces es bastante difícil recordar todo lo que toma ó come el bebé. Ahora, voy a mencionar algunos líquidos y alimentos. Por favor de verificar para mi si los dió ó no y cuando lo dió. Quiero aclarar que no es necesario darle todas estas cosas a su niño. Simplemente estamos tratando de llevar una lista lo más completa posible.

(1) agua/agua con azucar/arroz
(2) sopas/té/café/jugo/frescos
(3) leche de lata/bolsa/vaca
(4)frutas/vegetales
(5)otros alimentos
(6)leche materna
(7)purés, atoles, papillas, poleadas, licuados
(8)leche materna ordeñada

BEST AVAILABLE COPY

103. ¿Por lo general, lo que consiste/tomó su hijo(a) ayer fue lo mismo de siempre?
(1) Sí (2) No (9) No sabe (SI DICE NO, O NO SABE, PREGUNTE PORQUE? _____ | __ 275 (158)

_____

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas de la lactancia: (DIRIGIDA) (MARQUE TODOS APLICABLES)

Problema	Sí	No	Problema	Sí	No		
	(1)	(2)		(1)	(2)		
(104) No tenía pezón	(1)	(2)	(110) Enfermedad madre _____	(1)	(2)	__(159)	__ __(165)
(105) Poca leche/leche insuficiente	(1)	(2)	(111) Dolor/grietas/en el pezon	(1)	(2)	__(160)	__ (166)
(106) No se llenaba/leche no servía	(1)	(2)	(112) Mastitis/abceso	(1)	(2)	__(161)	__ (167)
(107) Congestión/pletora	(1)	(2)	(113) Problemas por trabajo o estadía fuera de casa	(1)	(2)	__(162)	__ (168)
(108) Enfermedad niño	(1)	(2)	(114) Otro _____	(88)		__ __(163)	__ __ (169)
(109) Embarazo y lactancia	(1)	(2)	(115) Ningún problema, PASE A PREG. 118	(1)	(2)	__(164)	__ (170)

282

116. ¿En algún lugar le dieron consejos sobre su problema de lactancia?_____ | __ __ (171)

_____

(INDIQUE LUGAR GENERAL Y TIPO DE CONSEJERO: HOSPITAL, CLINICA DE LACTANCIA, MEDICO, PARTERA, ETC.)

117. ¿Continuó dando pecho después? (1) Sí (2) No | __ (172)

118. ¿Dónde duerme el niño? (1) Con madre (2) Solo (3) Con otra persona _____ (INDIQUE PARENTEZCO) | __ (173)

119. ¿Siempre ha dormido allí desde que nació? (1) Sí (PASE A PREGUNTA 121) (2) No, CONTINUE | __ (174)

120. ¿De qué edad a qué edad duermió su bebé con usted?
De: ____ Días A: ____ Días (77) No recuerda CODIFIQUE DURACION _____SEMANAS | __ __SEM 296 (175)
____ Semanas ____ Semanas
____ Meses ____ Meses

FILTRO 121. PARA LAS MADRES QUE YA DESTETARON, PASE A PREGUNTA 122

121. ¿Cuántas veces mamó el niño ayer después que usted lo acostó hasta que él se despertó por la mañana?
(1)____veces (2) Duerme toda la noche (3) Continuamente (a cada rato) (99) No sabe | __ __ (176)

==========

E S P A C I A M I E N T O D E L O S E M B A R A Z O S

122. ¿Después de la dieta (40 días) ha tenido la regla? (1) Sí (2) No (PASE A LA PREGUNTA 126) | __ (177)

123. ¿Al cuánto tiempo después del parto vino la regla? (1)____Semanas (2) ____Meses (77) NS | __ __SEM (178)

124. ¿Después de que la vino por primera vez se ha presentó mensualmente? | __ 303 (179)

(1) Sí (PASE A LA PREGUNTA 126) (2) No, CONTINUE

125. ¿A los cuántos meses se regularizó? _____Meses (00)No se ha regularizado todavía | __ __MES (180)

126. ¿Cuánto tiempo considera usted que debe haber entre un hijo y otro?

(0) Menos de un año (1)_____años (22) No importa (99)No sabe | __ __ (181)

127. ¿Considera usted que la lactancia materna puede proteger a la madre de un embarazo?
(1) Sí, CONTINUE (2) No, PASE A PREGUNTA 129 (3) A veces/No es seguro, CONTINUE (9) NS, CONTINUE | __ 308 (182)

BEST AVAILABLE COPY

BEST AVAILABLE COPY

128. ¿Cuàndo cree usted que la lactancia materna es más efectiva para espaciar los embarazos? PREGUNTE RIMERO SIN DIRIGIR LA PREGUNTA, SI NO CONTESTA ESPONTANEAMENTE, PREGUNTELE: ¿Es efectivo....

ES EFECTIVO...	ESPONTANEA	DIRIGIDA				
1. Cuando es frecuente	(1) Espontànea	(2) Si	(3) No	(9) No sabe	___ 309	(183)
2. Cuando es solamente pecho	(1) Espontànea	(2) Si	(3) No	(9) No sabe	___	(184)
3. Cuando la madre no ha menstruado	(1) Espontànea	(2) Si	(3) No	(9) No sabe	___	(185)
4. Cuando el niño es menor de seis meses	(1) Espontànea	(2) Si	(3) No	(9) No sabe	___	(186)
5. Cuando el niño despierta varias veces de noche	(1) Espontànea	(2) Si	(3) No	(9) No sabe	___	(187)

129. ¿Después de un parto, en que momento debe la madre empezar a usar algún método diferente a la lactancia materna para no salir embarazada?

(1) _____Semanas (2)____Meses (95) Al venir la menstruación (99) No sabe
(93) Después de la dieta (00) Nunca
(94) Al iniciar relaciones sexuales (88) Otro _____

___ ___ MESES (188)
314

130. Cuál fue el último método que usted usó antes de salir embarazada con este bebé? ___ ___ (189)

(0) Ningún método (5) Minipildora (10) Billings/Simptotermal
(1) Lactancia materna (6) Condón (11) Esterilización masculino
(2) Amenorrea lactacional (7) Espuma/foam/óvulos (12) Esterilización feminino
(3) DIU (8) Retiro (88) Otro
(4) Pastilla (9) Ritmo _____

SI LA MADRE ACTUALMENTE ESTA EMBARAZADA PASE A PREGUNTA 136

131. ¿Actualmente, está usando algún método para no salir embarazada? (1) Si, CONTINUE (2)No, PASE A LA PREGUNTA 141 ___ (190)

132. ¿Cuál método está usando? ___ ___ (191)

(1) Lactancia materna (5) Minipildora (9) Ritmo (88) Otro___
(2) Amenorrea lactacional (6) Condón (10) Billings/Simpto-termal
(3) DIU (7) Espuma/foam/ovulos (11) Esterilización masculina _____
(4) Pastilla (8) Retiro (12) Esterilización feminina

133. ¿Dónde consiguió el método? ___ ___ (192)
321

(1) CESAMO Las Palmas (6) Clínica privada (11) Clínica Apostoles de Salud
(2) CESAMO MPB (7) ASHONPLAFA
(3) Hospital Leon.Mart. (8) Puesto/distrib. (12) Amiga/Vecina _____
(4) IHSS (9) Iglesia episcopal
(5) Farmacia (10) Iglesia católica (88) Otro _____

134. ¿Quién la referió? ___ ___ (193)

(1) Ella misma/nadie (6) Madre (11) Vecina/Amiga _____ (88) Otro
(2) Médico (7) Suegra (12) Promotora de P/F del IHSS _____
(3) Enfermera (8) Otro pariente (13) Consejera de lactancia _____
(4) Partera (9) Sacerdote (14) Medios de comunicación masiva_____ (77) NR
(5) Compañero (10) Distrib/comunit.

135. ¿Cuánto tenía el bebé cuando empezó a usar el método? ___ ___SEM (194)
(0) Desde que nació (1)_____Semanas (2) ____Meses (77) No recuerda
325

ARA PREGUNTA 136: ¿Desde el nacimiento del bebe ha usado algún (ó algún otro) método? (1) Si, CONTINUE Y MARQUE HASTA 4 METODOS UTILIZADOS (2) No, PASE A PREGUNTA 141

136. Método que ha utilizado	137. ¿Dónde consiguió (aprendió) método?	138. ¿Quién la refirió (orientó)?	139. Edad del niño al iniciar método (SEM)	140. Edad del niño al dejar método (SEM)	CODIGOS PARA 137		
					(1) CESAMO Las Palmas (2) CESAMO MPB (3) Hospital Leon. Martínez	__ __	(195)
1. LACTANCIA MATERNA (1) Si					(4) IHSS (5) Clínica privada	__ __(196) __ __	(197)
					(6) ASHONPLAFA		
2. AMENORREA LACTACIONAL (1) Si					(7) Puesto/distr. (8) Iglesia episcop. (9) Iglesia catól.	__ __SEM	(198)
						__ __SEM	(199)
3. DIU (1) Si					(10) Clínica Apost. de salud (11) Amiga/vecina	335 __ __	(200)
4. PASTILLAS (1) Si					(12) Farmacia. (13) Ella misma/nadie (88) Otro_____	__ __(201) __ __	(202)
5. MINI-ILDORA (1) Si						__ __SEM	(203)
					CODIGOS PARA 138	__ __SEM	(204)
6. ESPUMA/ JULOS (1) Si					(1) Ella misma/nadie (2) Médico	345	
					(3) Enfermera	__ __	(205)
7. CONDON/ RESERVATIVO (1) Si	(66)NA	(66)NA			(4) Partera (5) Compañero/esposo	__ __(206) __ __	(207)
					(6) Madre		
8. RITMO (1) Si					(7) Suegra	__ __SEM	(208)
					(8) Sacerdote		
9. RETIRO (1) Si	(66)NA	(66)NA			(9) Distrib/comun.	__ __SEM	(209)
					(10) Vecina/amiga	355	
10. BILLINGS/ IMPTOTERMAL (1) Si					_____	__ __	(210)
					(11) Consejera/lactancia		
11. ESTERILI. MASC. (1) Si					(12) Consejera P/F /IHSS	__ __(211) __ __	(212)
					(13) Medios masivos	__ __SEM	(213)
12. ESTERIL. FEM. (1) Si					_____	__ __SEM	(214)
					(66) No aplica	365	
13. OTRO					(77) No recuerda (88) Otro_____		
_____ (1) Si							

F I L T R O: ENTREVISTADORA: PARA LAS MADRES QUE MENCIONARON LACTANCIA MATERNA O AMENORREA LACTACIONAL COMO METODO, PASE A PREGUNTA 146

141. ¿Ha oido ud. del método de amenorrea lactacional (1) Si, CONTINUE (2) No, PASE A PREGUNTA 143 __ (215)

142. ¿Ha usado ud. el método de amenorrea lactacional para no salir embarazada? (1) Si, CORRIJA LAS PREGUNTAS 132 ó 136 Y LUEGO, PASE A PREGUNTA 146 (2) No, CONTINUE __ (216)

143. ¿Despues del nacimiento de este bebe, ha usado ud. la lactancia para no salir embarazada? __ (217)

(1) Si, CORRIJA PREGUNTAS 132 ó 136 Y LUEGO, PASE A PREGUNTA 146
(2) No, CONTINUE

144. F I L T R O: ENTREVISTADORA: SI ESTA USANDO ALGUN METODO O ESTA EMBARAZADA, PASE A LA PREGUNTA 146

144. ¿Porqué no (está usando) (ha usado) ningún método desde este último parto? __ (218)
(1) No tengo marido, CONTINUE 370
(2) No tengo relaciones sexuales (dieta), PASE A 147

(8) Otro_____ , PASE A 146

BEST AVAILABLE COPY

BEST AVAILABLE COPY

145. ¿Désde cuando no ha tenido marido?

(91) Desde el embarazo (2) Desde que el bebé tuvo ____días ó _____semanas ó_____meses
CODIFIQUE TIEMPO SIN MARIDO EN ____SEMANAS — __ __SEM (219)
371

146. ¿Cuánto tiempo después de este último parto volvió a tener relaciones sexuales?

(00) No he tenido todavia (1)____Semanas ___Meses (77)No recuerda — __ __SEM (220)

147. ¿Cuándo es aconsejable que la mujer empiece a tener relaciones sexuales otra vez después del nacimiento del niño?

(1) A las _____Semanas (2) A(1)(los) _____ mes(es) (99) No sabe
CODIFIQUE EN _____SEMANAS — __ __SEM (221)

148. ¿Le gustaría aprender más sobre la lactancia materna y la planificación familiar? — __ (222)
(1) Si (2) No, PASE A PREGUNTA 151 (9) No sabe, PASE A PREGUNTA 151

149. ¿Que día podría venir a una reunión aqui en el vecindario para hablar más sobre estos temas? — __ __ (223)
378
(1) lunes (3) miercoles (5) viernes (7) domingo (9)ningún día
(2) martes (4) jueves (6) sabado (8) cualquier día

150. ¿A qué hora podría venir a la reunión?

(1)_____ a.m. (2)_____ p.m. (3)_____ noche (44) cualquier hora — __ __HORAS (224)

151. ENCUESTADORA: VERIFIQUE DONDE LA MADRE DEJA AL NIÑO CUANDO SALE DE LA CASA, DEL DIAGNOSTICO, PREGUNTA 19. CODIFIQUE AQUI (1) A (9) _____ — __ (225)

152. ENCUESTADORA: VERIFIQUE EL ESQUEMA DE VACUNACION DEL NIÑO, DEL DIAGNOSTICO PREGUNTA 20: ADECUADA PARA LA EDAD (1) INADECUADA PARA LA EDAD (2) — __ (226)
383

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO

---

153. CODIFIQUE: USO DEL METODO DE AMENORREA LACTACIONAL

Pautas	# Pregunta(s)	Puntaje/Si (1) No (0)		Si puntaje
1. Mujer amenorreica actualmente ó hasta los 6 meses del niño	46,122-125	(1)	(0)	suma 5, uso del método es (fue) adecuado
2. Lactancia frecuente	95-99,121	(1)	(0)	
3. No introducción liq/ alimentos <4 meses	75,76,79,80 83,84,88,89A, 91,92A	(1)	(0)	Si puntaje suma 4 ó menos, uso del método es (fue) inadecuado
4. No más 2 traguitos/ bocaditos alimentos/ liquidos	77,81,85,89 89A,92,92A,103	(1)	(0)	
5. Niño con lactancia exclusiva actual ó duración hasta >4 meses	46,94	(1)	(0)	SUMA _____

384 (227)

ENCUESTA MATERNOINFANTIL M2
PROYECTO DE FORMACION DE GRUPOS DE APOYO A LA MADRE LACTANTE

1. Formulario (1) M1 (2)M2 — (1)

2. Boleto _____ — (2)

3.(1) Grupo Control (2) Intervención — (3)

4. Código/Entrevistadora_____ — (4)

5. Fecha: Mes_____ Dia _____ — (5)

6. Barrio_____ — (6)

7. Resultado de la entrevista: (1) Pendiente (2) Entrevista realizada (3) Ausente permanante — (7)

(4) Rechazo (8) Otro_____

8. Hora de inicio (0000-2400)____ ____ ____ ____ Hora de terminación____ ____ ____ ____ — (8)
CODIFIQUE DURACION EN MINUTOS __ __ — 16

9.Nombre de la madre_____

10. _____ _____ _____ _____ _____
Calle Avenida Pasaje Bloque No. Casa Otros datos de identificación de la Casa

==========

DATOS GENERALES

11. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? _____ — (9)

12. ¿Cuál es su estado civil? (1) Soltera (2) Casada o Union Libre (3) Divorciada/Separada (4) Viuda — (10)

13. ¿Vive en su casa el padre del hijo menor de un año? (1) Si (2) No — (11)

14. ¿Cuál fue el grado o año mas alto que usted aprobó en la escuela, colegio, escuela técnica o universidad? (ENCIERRE CON UN CIRCULO EL ULTIMO AÑO QUE HA CURSADO EN EL ULTIMO NIVEL) — (12)

1. Primaria	0	1	2	3	4	5	6	
2. Escuela técnica/oficios		1	2	3	4	5	6	
3. Secundaria		1	2	3	4	5	6	
4. Universidad/superior		1	2	3	4	5	6	7+

— 22

15. ¿Es ud. asegurada o beneficiaria del IHSS? (1) Asegurada (2) Beneficiaria (3) Nada — (13)

16. ¿Después de este parto ha estado separada de su bebé (1) Si, CONTINUE (2) No, PASE A PREGUNTA 18C — (14)
— 25

17. ¿Por que motivo ha estado separada de su bebé? — (15)

(1) Trabajo
(2) Trabajo y estudio
(3) Estudio
(4) Hospitalizada ¿Por cuanto tiempo? __
(5) Viaje ¿Cuánto tiempo?
(6) Compras
(7) Motivos sociales
(88) Otro ¿Cual

SI NO ESTA TRABAJANDO O ESTUDIANDO, PASE A 18C

18. ¿Qué edad tenía su bebé cuando ud. empezó a trabajar ó estudiar?

(1) Días (2)_ Semanas (3) Meses (77) NR (CONTINUE) — __ __SEM — (16)

18A. ¿Siguió trabajando o estudiando (1) Si, PASE A PREGUNTA 19
(2) No. CONTINUE

18B. ¿Qué edad tuvo el bebé cuando dejó de trabajar o estudiar? (1) __Días

(2) ____Semanas (3)___ Meses (77) NR CODIFIQUE DURACION DE TRABAJO/ESTUDIO EN SEMANAS _____ _____ — __ __SEM — (17)
— 30

PASE A PREGUNTA 23

BEST AVAILABLE COPY

18C. ¿Esta usted con permiso por maternidad en su trabajo o en sus clases? (1) Si, CONTINUE
(2) No, PASE A PREGUNTA 23 — (18)

19. ¿Dónde trabaja /estudia?

20. ¿Cuál es ó será su horario de trabajo/estudio? (1) Diurna (2) Nocturna (3) Mixta (PARA TRABAJO Y ESTUDIO) — (19)

21. ¿Cuántos días trabaja/estudia (va a trabajar/estudiar fu... a la casa por semana? — (20)
(1) ____Días (66) No aplica

BEST AVAILABLE COPY

22. ¿Por lo regular, a qué hora sale (saldrá de su casa? ____ (9) NS NUMERO DE HORAS __ __ HORAS (21)
a qué hora regresa (regresará a su casa? _____ (9) NS AFUERA _____ __ (22)
regresa (regresará) a medio día? (1) Si (2) No (9) NS __ (23)
Lleva (llevará)al niño al trabajo?(1) Si (2) No (9) NS 39

23. ¿Cuántas veces ha estado embarazada (incluyendo abortos, nacidos muertos)? ____ __ __ (24)

24. ¿Cuántos hijos vivos tiene usted? _____ __ __ (25)

25. ¿Está embarazada actualmente? (1) Si, CONTINUE (2) No, PASE A PREGUNTA 28. __ (26)
(9) No sabe, PASE A PREGUNTA 27

26. ¿Cuántos meses de embarazo tiene?(1)_____ Meses, PASE A PREGUNTA 28

(99) No sabe, CONTINUE

27. ¿Cuál fue la fecha de su última regla (1)____/____/____ (2) No tuvo menstruación
(77) No recuerda

==========

CONTROL PRENATAL

28.¿Le han aplicado anti-tetánica en los último cinco años? (1) Si (2) No (7) No recuerda __ (27)
45

¿Asistió (asiste) a control prenatal a uno o mas de los siguientes lugares o con las siguientes personas?
¿Cuándo empezó a asistir a cada lugar? ¿Cuántas veces asistió a cada lugar para control prenatal?
(MARQUE HASTA 4 LUGARES)

29. Asistió (asiste) a:	30. Mes de Embarazo de la Primera Visita	31. # Total de Visitas
1.CESAMO M.P.B. (1) Si		
2.CESAMO L.Palmas (1) Si		
3.Otro CESAMO/CESAR (1) Si		
4.Hospital Rivas (1) Si		
5.IHSS (1) Si		
6.Médico privado (1) Si		
7.Partera (1) Si		
8.Otro_____ (1) Si		
0.Ningún lugar/persona(1) Si	(0)No aplica	(0) No aplica

1A__ __(28)____MES(29)
__ __(30)
2A__ __(31)____MES(32)
__ __(33)
3A__ __(34)____MES(35)
__ __(36)
4A__ __(37)____MES(38)
__ __(39)
68

32. ¿Cuándo usted estaba embarazada (o durante este embarazo) le dieron consejos sobre algún tema relacionado con el parto ó la alimentación y crianza del bebé? (1) Si, CONTINUE CON 32A __ (40)
(2) No, PASE A 32B 70

32A: ¿Sobre que temas le dieron consejos?
32B: ¿Usted recuerda haber recibido consejos sobre los siguientes temas? (LEASE TODOS LOS TEMAS O LOS TEMAS QUE NO MENCIONO ESPONTANEAMENTE)

T E M A	ESPONTANEA	DIRIGIDA			
33. Lactancia materna (dar de mamar)	(1)Espontánea	(2)Si	(3)No	(7)NR	(41)
34. Lactancia materna exclusiva(solo pecho)	(1)Espontánea	(2)Si	(3)No	(7)NR	__ (42)
35. Preparación de los pezones	(1)Espontánea	(2)Si	(3)No	(7)NR	__ (43)
36. Espaciamiento de los embarazos	(1)Espontánea	(2)Si	(3)No	(7)NR	__ (44)
37. Preparación para el Parto	(1)Espontánea	(2)Si	(3)No	(7)NR	__ (45)
38. Método de amenorrea lactacional	(1)Espontánea	(2)Si	(3)No	(7)NR	__ (46)
39. Trabajo y Lactancia	(1)Espontánea	(2)Si	(3)No	(7)NR	__ (47)
40. Cuidados del recién nacido	(1)Espontánea	(2)Si	(3)No	(7)NR	__ (48)
41. Control del niño sano	(1)Espontánea	(2)Si	(3)No	(7)NR	__ (49)
42. Alimentación de la embarazada	(1)Espontánea	(2)Si	(3)No	(7)NR	__ (50)
					80

Sector Salud
Comunidad

ENCUESTADORA: SI CONTESTO "NO" O "NO RECUERDO" A TODAS, PASE A LA PREGUNTA 46.
CUALQUIER OTRA RESPUESTA: CONTINUE

BEST AVAILABLE COPY

80

SI LE DIERON ALGUN CONSEJO SOBRE LACTANCIA MATERNA, PREGUNTE:

42. ¿Hasta los cuántos meses le recomendaron darle solo pecho al niño sin agua o jugo ó otras leches ó alimentos?

_____Meses (2) ____ Semanas (33) No recomendaron solo pecho (00) No recomendaron ningún tipo (77) NR — — MES (51)

43. Podría indicar donde recibio estos consejos? (MARQUE HASTA 4 LUGARES)

(1) CESAMO Las Palmas
(2) CESAMO Miguel Paz B.
(3) Hospital Rivas
(4) IHSS
(5) Clinica privada
(6) Curso de preparacion/parto
(7) Grupo de Apoyo
(8) Liga de Lactancia Materna
(9) Medios de comunicación masiva
(77) NR
(10) Comunidad
(88) Otro _____

— — (52)
— — (53)
— — (54)
— — (55)
89

44. ¿Quién (o quienes) le dieron estos consejos? (MARQUE HASTA 4 CONSEJEROS)

(1) Medico
(2) Enfermera
(3) Partera
(4) Madre
(5) Suegra
(6) Vecina/Amiga _____
(7) Compañero/esposo
(8) Consejera lactancia _____
(9) Medios de comunicación masiva
(77) No recuerda
(88) Otro _____

— — (56)
— — (57)
— — (58)
— — (59)
97

P A R T O

46. ¿Cual es la edad actual de su bebé (de un año? _____Dias ó ____ Semanas ó ___ Meses — — SEM (60)

46A. Fecha de nacimiento del niño (de un año _____/_____/_____ CORROBORE----- — — — — — — (61)

47. Peso al nacer (1) _____ KGS. _____ LBS. (0999) NS CORROBORE---- — — — — (62)
107

48. ¿Dónde nació el niño?

(1) Hospital Rivas
(2) Hospital IHSS
(3) Clinica/hospital privado
(4) Casa _____ (nombre persona)
(88) Otro _____

— — (63)

49. ¿Fue normal, el parto, o hubo algun problema?

(1) Normal (2) Cesarea (3) Prematuro (88) Otro problema _____ — — (64)

50. ¿Desde que nació su niño, le han dado algun consejo sobre lactancia materna y/o planificación familiar?

(1) Si, PREGUNTELE ¿Cuales consejos? (CUANDO TERMINE DE CONTESTAR ESPONTANEAMENTE (SI LO HACE), PREGUNTELE:
¿Recuerda usted haber oido sobre... (MENCIONANDO LOS OTROS TEMAS DEL 51 AL 57 QUE ELLA NO MENCIONO) — (65)
115

(2) No, PREGUNTELE ¿Recuerda usted haber oido sobre.... (MENCIONANDO 51 A 57)

(77) No recuerda, PREGUNTELE, ¿Recuerda usted haber oido sobre....(MENCIONANDO 51 A 57)

T E M A	ESPONTANEA	D I R I G I D A			
51. Darle solo pecho?	(1) Espontanea CONTINUE		(3) No PASE A PREGUNTA 52	(7) NR	— (66)
51A. Hasta los cuantos meses aconsejaron solo pecho?		(2)____ Meses	(3) No dijeron	(77) NR	— — MES (67)
52. Cuando destetar(quitar el pecho)?	(1) Espontánea CONTINUE	(2) Si CONTINUE	(3) No PASE A PREGUNTA 53	(7) NR	— (68)
52A. A los cuantos meses le dijeron que deberia destetar al niño?		(2)____ Meses	(22) Hasta q'el niño quiere	(77) NR	— — MES (69)
53. Como poner al niño al pecho?	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) NR	— (70)
54. Cuando introducir liquidos/alimentos	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) NR	— (71)
55. Que se debe dormir con el niño?	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) NR	— (72)
56. Como y cuando sacar la leche?	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) NR	— (73)
57. Como espaciar los embarazos?	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(7) NR	(74)
					126

F I L T R O: ENCUESTADORA SI MENCIONO O CONTESTO "SI" AL 57, CONTINUE.

SI CONTESTO "NO" A LA PREGUNTA 57, Y MENCIONO O CONTESTO "SI" A ALGUNA OTRA PREGUNTA,

PASE A LA PREGUNTA 60.

SI CONTESTO "NO" A LA PREGUNTA 57 Y NO MENCIONO, PASE A LA PREGUNTA 62.

BEST AVAILABLE COPY

BEST AVAILABLE COPY

58. (SI LE RECOMENDARON COMO ESPACIAR LOS EMBARAZOS) ¿Qué método le recomendaron para espaciar los embarazos ó planificar su familia? (MARQUE HASTA 4 METODOS MENCIONADOS) __ __ (75)

(1) Lactancia materna (5) Minipildora (9) Ritmo (13) Todos __ __ (76)
(2) Amenorrea lactacional (6) Condón (10) Billings/Sinptotermal (88) Otro
(3) DIU (7) Espuma/foam/óvulos (11) Esterilización masculina _____ __ __ (77)
(4) Pastilla (8) Retiro (12) Esterilización feminina (00) Ningún __ __ (78)
133

59. ¿Al cuánto tiempo después del parto recomendaron el inicio del uso del método? __ __MES (79)
(1)_____Días (2)_____Semanas (3)_____Meses (00) No recomendaron tiempo (77) NR

60. ¿Dónde recibió esta(s) recomendaciones? (MARQUE HASTA 4 LUGARES)
(1) Hospital Rivas (6) Clínica L/M MSP (11) Medios de comunicación masiva __ __ (80)
(2) Hospital IHSS (7) Clínica L/M IHSS (12) Grupo de apoyo __ __ (81)
(3) CESAMO MPB (8) Clínica privada (13) Vecindad (77)NR __ __ (82)
(4) CESAMO Las Palmas (9) Liga de Lactancia Materna (88) Otro_____ __ __ (83)
(5) Consultorio IHSS (10) ASHONPLAFA _____

61. ¿Quién le aconsejó? (MARQUE HASTA 4 PERSONAS)
(1) Médico (5) Suegra (9) Consejera de lactancia_____ __ __ (84)
(2) Enfermera (6) Vecina/amiga_____ (10) Otro personal de salud_____ __ __ (85)
(3) Partera (7) Consejera P/F del IHSS (11) Distribuidora ASHONPLAFA __ __ (86)
(4) Madre (8) Compañero/esposo (88) Otro_____ __ __ (87)
151

62. ¿Le dió chupón al bebé? (1) Si (2) No __ (88)

63A. ¿Alguién le recomendó dar chupón al niño? (1) Si, CONTINUE __ (89)
(2) No (PASE A LA PREGUNTA 64)
(7) NR (PASE A LA PREGUNTA 64)

63B. ¿Quien le aconsejó que le diera chupón? (1) Médico (2) Enfermera (3) Partera_____
(4) Familiar_____ (5) Vecina/amiga _____ (9) Consejera de Lactancia __ __ (90)
(77)NR (88)Otro personal de salud _____

==========

CONTACTO INSTITUCIONAL

64. ¿En los últimos 15 días su bebé ha tenido:...(1) Diarrea? (2) Inf. Res.(tos o gripe)? (91)
(3) Diarrea y tos/gripe (0)Ninguna? (PASE A PREGUNTA 66) 157
(8) Otra(s) enfermedad(es)?_____ (INDIQUE TODA ENFERMEDAD)

65. ¿El bebé ha comido menos ó dejado de comer por esta enfermedad? (1) Ha comido menos __ (92)
(2) Ha dejado de comer (3) No le ha afectado el apetito

PARA LA PREGUNTA 66-69: ¿Desde que nació su bebé, lo ha llevado a:....(MARQUE LA FUENTE DE CONSULTA MAS USADA PARA CADA TIPO DE CONSULTA Y EL NUMERO TOTAL DE VISITAS A TODAS LAS FUENTES)

TIPO/CONSULTA	FUE A CONSULTA		FUENTE			# TTL VISES		
66.Vacunación?	(1) Si	(2) No	(1) CESAMO L.P. (2) CESAMO MPB (3) CESAR	(4) Hosp. MSP (5) IHSS (6) Médico privado	(66)NA (88)Otro _____	(1)___Veces (77) No recuerda	__(93) __ __ __ __	(94) (95)
67. Crecimiento y Desarrollo?	(1) Si	(2) No	(1) (2) (3)	(4) (5) (7)	(66) (88) __ _____	(1)___Veces (77) No recuerda	__(96) __ __ __ __	(97) (98)
68. Consulta por enfermedad	(1) Si	(2) No	(1) (2) (3)	(4) (5) (6)	(66) (88)__ _____	(1)___Veces (77) No recuerda	__(99) __ __ __ __	(100) (101)
Lactancia materna?	(1) Si	(2) No	(1) (2) (3)	(4) (5) (6)	(66) (88) __ _____	(1)___Veces (77) No recuerda	__(102) __ __ __ __ 177	(103) (104)

==========

ALIMENTACION INFANTIL

70. ¿Alguna vez dió pecho a este niño? (1) Si, CONTINUE (2) No, (PASE A PREGUNTA 74) __ (105)

71. ¿Cuanto tiempo después del parto, tomó el pecho por primera vez?
(1) Al nacer (4) De 8 horas hasta completar las 23 horas (77) No recuerda __ __ (106)
(2) En la primera hora (88) Otro? _____
(3) De una hora hasta completar las 7 horas (5) De 24 horas y más

72. ¿Todavía sigue mamando? (1) Si (PASE A LA PREGUNTA 75) (2) No, CONTINUE __ (107)
182

73. ¿Qué edad tuvo cuando dejó de tomar el pecho? (1) _____Días (2) _Semanas (3)_____Meses DIAS (108)

BEST AVAILABLE COPY

82

74. ¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de darle pecho (o nunca le dió) al niño menor de un año? (MARQUE 1 SOLAMENTE)

(1) Niño rechazó el pecho
(2) Se enfermó el niño
(3) Se enfermó la madre
(4) leche insuficiente
(5) Trabajo/estudio de madre
(6) No se llenaba/se secó
(7) Problemas de pezones
(8) Se embarazó
(9) Le recomendaron el destete
(10) Se desteto solo
(88) Otro_____

__ __ 186 (109)

74A. ¿Hubieron (hubo) otras razones porqué dejó de darle pecho al bebé(o nunca le dió? (MARQUE HASTA 2 RAZONES ADICIONALES)

(1) Niño rechazó el pecho
(2) Se enfermó el niño
(3) Se enfermó la madre
(4) leche insuficiente
(5) Trabajo/estudio de madre
(6) No se llenaba/se secó
(7) Problemas de pezones
(8) Se embarazó
(9) Le recomendaron el destete
(10) Se desteto solo
(88) Otro_____

__ __ (110)
__ __ (111)

SIGA PREGUNTA 75: Le voy a hacer algunas preguntas sobre la introducción de otros líquidos y alimentos solidos a su bebé. No es necesario darle estas cosas a su niño, solamente estamos pidiendo su colaboración para hacer una historia completa de su alimentación.

A G U A

75. ¿A qué edad empezó a tomar agua/agua azucarada?

(00) Nunca/solo tomó una vez, PASE A PREGUNTA 78 (1)____Días (2)____Semanas (3)___Meses (777)NR

__ __ __DIAS 192 (112)

75A. ¿Siguió dandole agua al bebé? (1) Si, PASE A PREGUNTA 76 (2) No, CONTINUE

75B ¿A qué edad suspendió el agua (1)_____ dias (2) _____ Semanas (3) _____ Meses

(77) No Recuerda (CODIFIQUE DURACION _____ SEMANAS) (CONTINUE CON 76)

__ __SEM (113)

76. Quisiera saber: Cuándo empezó a darle agua/agua azucarada regularmente a su bebé?

(000)NuncaPASE A PREGUNTA 78 (1)_____Dias (2)_____Semanas (3)_____Meses (777)NR

__ __ __DIAS 197 (114)

77. ¿Puede decirme:

¿Cuántos (1) traguitos ó (2) onzas tomó?	¿# de Veces tomó diario?	¿Con qué se la dió? (EN GENERAL)
(1) uno (2) dos (3) más que dos (7) no recuerda	___ Veces	(1) cuchara (3) pepe (2) taza/vaso (8) otro (7) no recuerda

__ (115)
__ __ (116)
__ (117)

78. ¿Quién le aconsejó que le diera (o no diera) a tomar agua/agua azucarada?

(1) Ella misma/nadie
(2) Esposo/compañero
(3) Madre
(4) Suegra
(5) Enfermera
(6) Médico
(7) Partera
(8) Amiga/Vecina _____
(13)Consejera de Lactancia
(88)Otro _____
(77) No recuerda

__ __ (118)

S O P A S, T E, C A F E, J U G O O F R E S C O S

79. ¿A qué edad empezó a dar sopas, tés, café, jugo o frescos a su bebe? (APUNTE FECHA MAS TEMPRANA DE CUALQUIER DE ESTOS LIQUIDOS)

(000) Nunca/solo tomó una vez, PASE A PREGUNTA 82 (1)____Dias (2)____Semanas (3)___Meses (777)NR

__ __ __DIAS 206 (119)

79A. ¿Siguió dandole estos liquidos al bebé? (1) Si, PASE A PREGUNTA 80 (2) No, CONTINUE

79B ¿A qué edad suspendió estos liquidos? (1)_____ dias (2) _____ Semanas (3) _____ Meses ___
(77) No Recuerda (CODIFIQUE DURACION _____ SEMANAS) (CONTINUE CON 80)

__ __SEM (120)

80. Quisiera saber: Cuándo empezó a darle estos liquidos regularmente a su bebé?
(00) Nunca, PASE A PREGUNTA 82 (1)_____Dias (2)_____Semanas (3)_____Meses (77)NR

__ __ __DIAS (121)

81. ¿Puede decirme:

¿Cuántos (1) traguitos ó (2) onzas tomó?	¿# de Veces tomó diario?	¿Con qué se la dió? (EN GENERAL)
(1) uno (2) dos (3) más que dos (7) no recuerda	___ Veces	(1) cuchara (3) pepe (2) taza/vaso (8) otro (7) No recuerda

__ (122)
__ __ (123)
__ (124)

82. ¿Quien le aconsejó que le diera (o no diera) a tomar estos liquidos?

(1) Ella misma/nadie
(2) Esposo/compañero
(3) Madre
(4) Suegra
(5) Enfermera
(6) Médico
(7) Partera
(8) Amiga/Vecina_____
(13)Consejera de lactancia
(77)NR
(88)Otro
_____

__ __ (125)

BEST AVAILABLE COPY

L E C H E D E L A T A/ B O L S A/ V A C A

83. ¿A qué edad empezó a dar leche de lata/bolsa/vaca a su bebé? — 220 ___ ___DIAS (126)

(000) Nunca/solo tomó una vez, PASE A PREGUNTA 87 (1)____Dias (2)____Semanas (3)____Meses (777)NR

83A. ¿Siguió dandole leche al bebé? (1) Si, PASE A PREGUNTA 84 (2) No, CONTINUE

83B ¿A qué edad suspendió la leche? (1)_____ dias (2) _____ Semanas (3) _____ Meses ____ (77) No Recuerda (CODIFIQUE DURACION _____ SEMANAS) (CONTINUE CON 84) — 225 ___SEM (127)

84. Quisiera saber: Cuándo empezó a darle leche regularmente a su bebé? — ___ ___ ___DIAS (128)

(000) Nunca, PASE A PREGUNTA 87 (1)_____Dias (2)_____Semanas (3)_____Meses (777) No recuerda

85. ¿Puede decirme:

¿Cuántos (1) traguitos ó (2) onzas tomó?	¿# de Veces tomó diario?	¿Con que se la dió? (EN GENERAL)
(1) uno (2) dos (3) más que dos (7) no recuerda	____Veces	(1) cuchara (3) pepe (2) taza/vaso (8) otro (7) No recuerda

228 — (129)
___ ___ (130)
___ (131)

86. ¿Qué marca de leche empezó a tomar primero?_____ — ___ ___ (132)

86A. ¿Qué marca de leche toma ahora? _____ — 234 ___ (133)

87. ¿Quién le aconsejó que le diera (o no diera) a tomar leche? — ___ ___ (134)
(1) Ella misma/nadie (6) Médico (77) No recuerda
(2) Esposo/compañero (7) Partera
(3) Madre (8) Amiga/Vecina _____
(4) Suegra (13)Consejera de Lactancia
(5) Enfermera (88)Otro _____

F R U T A S Y V E G E T A L E S

88. ¿A qué edad le dió a probar frutas ó vegetales (puré, licuado o en cualquier forma) a su bebé? (APUNTE FECHA MAS TEMPRANA DE CUALQUIER DE LOS DOS TIPOS DE ALIMENTOS)

(00)Nunca,PASE A PREGUNTA 89A/solo probó una vez, PASE A PREGUNTA 89 (1)___Dias (2)____Semanas (3)____Meses (77)NR — ___ ___SEM (135)

88A. ¿Siguió dandole estos alimentos al bebé? (1) Si, PASE A PREGUNTA 89 (2) No, CONTINUE

88B ¿A qué edad suspendió estos alimentos (1)_____ dias (2) _____ Semanas (3) _____ Meses — 240 ___ ___SEM (136)

(77) No Recuerda CODIFIQUE DURACION _____SEMANAS (CONTINUE CON 89)

89. Quisiera saber: 89A:¿Le ha dado de comer frutas o vegetales? (1)Si(2)No,PASE 90

¿Cuántos bocaditos? probó?	¿Con qué se lo dió?	¿A que edad empezó a comer regularmente?	¿Cuántos bocaditos comió?	# de Veces comió diario	¿Con que lo dió?
(1) uno (2) dos (3) más que dos (7) no recuerda	(1) dedo (2) cuchara	(00) Nunca ( ) semanas ( ) meses (77) No recuerda	(1)uno (2)dos (3)más que dos (6)NA (7)NR	___ Veces (66)NA (77)NR	(1)dedo (2)cu- chara (6)NA

___ (137)
___ (138)
___ ___SEM (139)
___ (140)
___ ___ (141)
___ (142)
249

90. ¿Quién le aconsejó que le diera (o no diera) a probar frutas/vegetales a su bebe? — ___ ___ (143)
(1) Ella misma/nadie (6) Médico (77) No recuerda
(2) Esposo/compañero (7) Partera (88) Otro _____
(3) Madre (8) Amiga /Vecina_____
(4) Suegra (13)Consejera de Lactancia
(5) Enfermera

A L I M E N T O S S O L I D O S

91. ¿A qué edad empezó a dar a probar otros alimentos sólidos a su bebé? (como atoles, poleadas, tortilla, pan, galletas, etc.)(APUNTE FECHA MAS TEMPRANA)

(00)Nunca,PASE A 92A/ solo probó una vez, PASE A PREGUNTA 92 (1)___Dias (2) ___ Semanas (3) ___ Meses (77) NR — ___ ___SEM (14-

BEST AVAILABLE COPY

91A. ¿Siguió dandole estos alimentos al bebé? (1) Si, **PASE A PREGUNTA 92** (2) No, CONTINUE

91B ¿A qué edad suspendió estos alimentos (1)_____ días (2) _____ Semanas (3) _____ Meses

(77) No Recuerda CODIFIQUE DURACION _____SEMANAS (CONTINUE CON 92)

92. Quisiera saber: 92A: ¿Le ha dado de comer alimentos sólidos? (1)Si(2)No, PASE 93

¿Cuántos bocaditos probó?	¿Con qué se le dió?	¿A qué edad empezó a comer regularmente?	¿Cuantos bocaditos comió?	# de veces comió diario	¿Con que lo dio?
(1) uno (2) dos (3) más que dos (7) no recuerda	(1) dedo (2) cuchara	(00) nunca ( ) semanas ( ) meses	(1) uno (2)dos (3) más que dos (6) NA (7) NR	_____Veces (66) NA (77) NR	(1) dedo (2) cuchara (6) NA

93. ¿Quién le aconsejó que le diera (o no diera) a probar otros alimentos sólidos a su bebe? (152)
(1) Ella misma/nadie (6) Médico (77) No recuerda
(2) Esposo/compañero (7) Partera (88) Otro_____
(3) Madre (8) Amiga /Vecina_____
(4) Suegra (13)Consejera de lactancia
(5) Enfermera

SI LA MADRE INDICO QUE NUNCA DIO SOLAMENTE PECHO, **PASE A PREGUNTA 95**

94.¿Cuánto tiempo ha dado solamente pecho a su bebé? (1) ____Días (2)____Semanas ___ ___ ___DIAS (153)

(3)_____Meses (4) Todavia está dando

PARA LAS MADRES QUIENES YA DESTETARON AL NIÑO, **PASE A LA PREGUNTA 102**

95. ¿Cuál fue el intervalo de tiempo más largo que su bebé pasó sin mamar desde que él se despertó ayer en la mañana y usted lo acostó ayer en la noche? ___ ___HORAS (154)

Mamó a las _____horas y volvió a mamar hasta las _____horas

96. ¿Cuál fue el intervalo de tiempo más largo que su bebe pasó sin mamar desde que usted lo acostó anoche hasta que el se despertó hoy en la mañana? ___ ___HORAS (155)

Mamó a las _____horas y volvió a mamar hasta las _____horas

97. ¿Se ordeño ud. para sacar leche en las últimas 24 horas para su bebé? (1) Si, CONTINUE CON PREGUNTA 98 (2) No, **PASE A PREGUNTA 102** (156)

98. ¿Cuántas veces se ordeñó en el día y la noche de ayer? (1)_____Veces (77) No recuerda ___ ___ (157)

99. ¿A que hora(s) se ordeño usted en el día y la noche de ayer?

(1) _____ a.m. (5) _____ p.m.

(2) _____ a.m. (6) _____ p.m.

(3) _____ a.m. (7) _____ p.m.

(4) _____a.m. (8) _____ p.m.

100. ¿Su bebé tomó la leche ordeñada en: (1) Taza/vaso (2) Pepe (3) Cucharita (8) Otro_____ ___ (158)

(0) No la tomó, **PASE A PREGUNTA 102**

101. ¿Cuántas onzas de leche ordeñada tomó en total ayer? (1) _____ Onzas (77) NR (99) NS ___ ___ (159)

BEST AVAILABLE COPY

RECORDATORIO DE ALIMENTACION EN EL DIA DE AYER

102. Ahora quisiera preguntarle algo sobre lo que tomó y comió su bebé el día de ayer. Estamos haciendo estas preguntas detalladamente porque nos interesa entender mejor la relación entre la lactancia materna y el regreso de la menstruación después del nacimiento del niño. Con esta información esperamos ayudar al personal de salud a servirle mejor a las madres y niños de la comunidad.

TIEMPO	LIQUIDO/ALIMENTO SOLIDO (INDIQUE NOMBRE ESPECIFICO DEL ALIMENTO)	UNO/DOS/MAS QUE DOS TRAG./BOC./VECES (1, 2, 3)(T,B,ONZ,V)	¿CON QUE LO DIO? C,T,P,V,D	¿DIO PECHO PRIMERO? S, N
DESDE QUE EL NIÑO SE DESPERTO AYER HASTA QUE LA MADRE DESAYUNO				
DESPUES DEL DESAYUNO DE LA MADRE HASTA LA HORA DEL ALMUERZO				
DESDE LA HORA DEL ALMUERZO DE LA MADRE HASTA LA HORA DE LA CENA				
DESDE LA HORA DE LA CENA HASTA QUE SE ACOSTO AL NIÑO				
DESDE QUE SE ACOSTO AL NIÑO HASTA QUE EL NIÑO SE DESPERTO HOY EN LA MAÑANA				

A veces es bastante dificil recordar todo lo que toma ó come el bebé. Ahora, voy a mencionar algunos liquidos y alimentos. Por favor de verificar para mi si los dió ó no y cuando lo dió. Quiero aclarar que no es necesario darle todas estas cosas a su niño. Simplemente estamos tratando de llevar una lista lo más completa posible. (MARQUE TODO LO APLICABLE E INDIQUELO EN EL CUADRO)

(1) agua/agua con azucar/arroz
(2) sopas/té/café/jugo/frescos
(3) leche de lata/bolsa/vaca
(4) frutas/vegetales
(5) frijoles/tortilla/arroz
(6) leche materna
(7)leche materna ordeñada
(8)crema/aceite/margarina/ice cream/manteca mantequilla/otra grasa
(9)mango/papaya/zanahoria/ayote/ otra fruta o vegetal amarillo
(10)purés/atoles/papillas/poleadas/licuados
(11)espinaca/berro/
(12)yema de huevo o huevo entero
(13)miel/azucar/dulces
(14)sal (cuando cocina o en la mesa
(15)carne/pescado
(88)otros alimentos

TODAS, CONTINUE CON PREGUNTA #103

103. ¿Por lo general, lo que comió/tomó su hijo fue lo mismo de siempre? (1) Si (2) No 9) NS

SI DICE NO O NO SABE, PREGUNTE: ¿PORQUÉ?

279 (160)

BEST AVAILABLE COPY

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas de la lactancia: (DIRIGIDA) (MARQUE TODOS APLICABLES)

Problema	Si (1)	No (2)	Problema	Si (1)	No (2)		
(104) No tenía pezón	(1)	(2)	(110) Enfermedad madre _____	(1)	(2)	__(161)	__ __(167)
(105) Poca leche/leche insuficiente	(1)	(2)	(111) Dolor/grietas en el pezón	(1)	(2)	__(162)	__ (168)
(106) No se llenaba/leche no servía	(1)	(2)	(112) Mastitis/abceso	(1)	(2)	__(163)	__ (169)
(107) Congestión/pletora	(1)	(2)	(113) Problemas por trabajo o estadía fuera de casa	(1)	(2)	__(164)	__ (170)
(108) Enfermedad niño (Cuál?) _____	(1)	(2)	(114) Otro _____	(1)	(2)	__ __(165)	__ __(171)
(109) Embarazo y lactancia	(1)	(2)	(115) Ningún problema, PASE A PREG. 118	(1)	(2)	__(166)	__ (172)

286

116. ¿En algún lado le dieron consejos sobre su problema de lactancia? _____ (173)

(INDIQUE LUGAR GENERAL Y TIPO DE CONSEJERO: HOSPITAL, CLINICA DE LACTANCIA, MEDICO, PARTERA, ETC.) 295 __

117. ¿Continuó dando pecho después? (1) Sí (2) No __ (174)

118. ¿Dónde duerme el niño? (1) Con ella (2) Solo (3) Con otra persona _____ (INDIQUE PARENTEZCO) __ (175)

119. ¿Siempre ha dormido allí desde que nació? (1) Sí (PASE A PREGUNTA 121) (2) No, CONTINUE __ (176)

120. ¿De qué edad a qué edad durmió el bebé con usted? (177)
De: ___ Días A: ___ Días (77) No recuerda CODIFIQUE DURACION ___SEMANAS
___ Semanas ___ Semanas
___ Meses ___ Meses
300 __SEM

FILTRO 121. PARA LAS MADRES QUE YA DESTETARON, PASE A PREGUNTA 122

121. ¿Cuántas veces mamó el niño anoche desde que usted ~~lo acostó hasta que él~~ se despertó hoy en la mañana? __ __ (178)
(1)____Veces (92) Duerme todo la noche (93) Continuamente (a cada rato) (99) No sabe

ESPACIAMIENTO DE LOS EMBARAZOS

122. ¿Después de la dieta (40 días?) le ha venido la regla? (1) Sí (2) No (PASE A LA PREGUNTA 126) __ (179)

123. ¿Al cuánto tiempo después del parto le vino la regla? (1)___Semanas (2) ___Meses (77) NR __ __SEM (180)

124. ¿Después de que le vino por primera vez se presentó mensualmente? (181)
(1) Sí (PASE A LA PREGUNTA 126) (2) No, CONTINUE 307

125. ¿A los cuántos meses se regularizó? _____Meses (00)No se ha regularizado todavía __ __MES (182)

126. ¿Cuánto tiempo considera usted que debe haber entre un hijo y otro? __ __ (183)
(0) Menos de un año (1) _____Años (22) No aporta (99)No sabe

127. ¿Considera usted que la lactancia materna puede proteger a la madre de un embarazo? (184)
(1) Sí, CONTINUE (2) No, PASE A PREGUNTA 128A (3) A veces/No es seguro, CONTINUE 312
(9) NS, CONTINUE

128. ¿Cuándo cree usted que la lactancia materna es más efectiva para espaciar los embarazos? PREGUNTE PRIMERO SIN DIRIGIR LA PREGUNTA, SI NO CONTESTA ESPONTANEAMENTE, PREGUNTELE: ¿Es efectivo....

ES EFECTIVO...	ESPONTANEA	DIRIGIDA			
1. Cuando es frecuente	(1) Espontánea	(2) Sí	(3) No	(9) No sabe	(185) 313
2. Cuando es suficiente pecho	(1) Espontánea	(2) Sí	(3) No	(9) No sabe	__ (186)
3. Cuando la madre no ha menstruado	(1) Espontánea	(2) Sí	(3) No	(9) No sabe	__ (187)
4. Cuando el niño es menor de seis meses	(1) Espontánea	(2) Sí	(3) No	(9) No sabe	__ (188)
5. Cuando el niño despierta varias veces de noche	(1) Espontánea	(2) Sí	(3) No	(9) No sabe	(189) 317

SI CONTESTO LA PREGUNTA 128, PASE A LA PREGUNTA 129

BEST AVAILABLE COPY

128A ¿Cuándo cree que la lactancia materna puede ser más efectiva para espaciar los embarazos?

PREGUNTE PRIMERO SIN DIRIGIR LA PREGUNTA, SI NO CONTESTA ESPONTANEAMENTE, PREGUNTELE: ¿Puede ser más efectivo....

ES EFECTIVO...	ESPONTANEA	DIRIGIDA				
1. Cuando es frecuente	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(9) No sabe	318	(190)
2. Cuando es solamente pecho	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(9) No sabe	___	(191)
3. Cuando la madre no ha menstruado	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(9) No sabe	___	(192)
4. Cuando el niño es menor de seis meses	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(9) No sabe	___	(193)
5. Cuando el niño despierta varias veces de noche	(1) Espontánea	(2) Si	(3) No	(9) No sabe	___	(194)

129. ¿Después de un parto, en qué momento debe la madre empezar a usar algún método diferente a la lactancia materna para no salir embarazada?
(1) _____Semanas (2)_____Meses (95) Al venir la menstruación (99) No sabe
(93) Después de la dieta (90) Nunca
(94) Al iniciar relaciones sexuales (88) Otro _____

___ ___ MESES (195)
325

130. Cuál fue el último método que usted usó antes de salir embarazada con este bebé?
(0) Ningún método (5) Minipildora (10) Billings/Simptotermal
(1) Lactancia materna (6) Condón (11) Esterilización masculina
(2) Amenorrea lactacional (7) Espuma/foam/óvulos (12) Esterilización femenina
(3) DIU (8) Retiro (88) Otro
(4) Pastilla (9) Ritmo _____

___ ___ (196)

SI LA MADRE ACTUALMENTE ESTA EMBARAZADA PASE A PREGUNTA 136

131. ¿Actualmente, está usando algún método para no salir embarazada? (1) Si, CONTINUE
(2)No, PASE A LA PREGUNTA 136

(197)
327

132. ¿Cuál método está usando?
(1) Lactancia materna (5) Minipildora (9) Ritmo (88) Otro_____
(2) Amenorrea lactacional (6) Condón (10) Billings/Simpto-termal
(3) DIU (7) Espuma/foam/óvulos (11) Esterilización masculina _____
(4) Pastilla (8) Retiro (12) Esterilización femenina

___ ___ (198)

133. ¿Dónde consiguió o aprendió el método?
(1) CESAMO Las Palmas (6) Clínica privada (11) Clínica Apóstoles de Salud
(2) CESAMO MPS (7) ASHONPLAFA
(3) Hospital Rivas (8) Puesto/distrib. (12) Amiga/Vecina _____
(4) IHSS (9) Iglesia episcopal (13) Consejera de lactancia _____
(5) Farmacia (10) Iglesia católica (88) Otro _____

___ ___ (199)

134. ¿Quién la refirió?
(1) Ella misma/nadie (6) Madre (11) Vecina/Amiga _____ (88) Otro
(2) Médico (7) Suegra (12) Promotora de P/F del IHSS
(3) Enfermera (8) Otro pariente (13) Consejera de lactancia _____
(4) Partera (9) Sacerdote (14) Medios de comunicación masiva_____ (77) NP
(5) Compañero (10) Distrib/comunit.

___ ___ (200)

135. ¿Cuándo tenía el bebé cuando empezó a usar el método?

(0) Desde que nació (1)_____Semanas (2) _____Meses (77) No recuerda

___ ___ SEM (201)
334

PARA PREGUNTA 136: ¿Desde el nacimiento del bebe ha usado algún (ó algún otro) método? (1) Si, CONTINUE Y MARQUE HASTA 4 METODOS UTILIZADOS (2) No, PASE A PREGUNTA 141

136. Método utilizado	137. Dónde consiguió (aprendió) método?	138. ¿Quién le referió (orientó)?	139. Edad del niño al iniciar método(SEM)	140. Edad del niño al dejar método(SEM)
1. LACTANCIA MATERNA (1)Si				
2. AMENORREA LACTACIONAL(1)Si				
3. DIU (1)Si				
4. PASTILLA(1)Si				
5. MINI-PILDORA (1)Si				
6.ESPUMA /OVULOS (1)Si				
7.CONDON /PRESERVA. (1)Si	(66)NA	(66)NA		
8.RITMO (1)Si				
9.RETIRO (1)Si	(66)NA	(66)NA		
10.BILLINGS/ SIMPTOTERM.(1)Si				
11.ESTERILI. MASC. (1)Si				
12.ESTERILI. FEM. (1)Si				
88.OTRO (1)Si				

CODIGOS PARA 137
(1)Las Palmas
(2)CESAMO MPB
(3)Hospital Rivas
(4)IHSS
(5)Clinica privada
(6)ASHONPLAFA
(7)Puesto/distribu.
(8)Igles. Episcopal
(9)Igles. catol.
(10)Clinica Apost./Salud
(11)Amiga/vecina
(12)Farmacia
(13)Ella/nadie
(14)Vecindad
(15)Grupo de Apoyo
(88)Otro_____

CODIGOS PARA 138
(1)Ella/nadie
(2)Médico
(3)Enfermera
(4)Partera
(5)Compañero
(6)Madre
(7)Suegra
(8)Sacerdote
(9)Dist. Com/ASHONPLAFA
(10)Vecina/amiga
_____
(11)Consejera L/M
(12)Consejera P/F/IHSS
(13)Medios masivos
_____
(66)No Aplica
(77)No Recuerda
(88)Otro_____

__ __ (202)
__ __(203)__ __(204)
__ __SEM (205)
__ __SEM (206)
344
__ __(207)
__ __(208)__ __(209)
__ __SEM (210)
__ __SEM (211)
354
__ __ (212)
__ __(213) __ __(214)
__ __SEM (215)
__ __SEM (216)
364
__ __ (217)
__ __(218)__ __(219)
__ __SEM (220)
__ __SEM (221)
374

FILTRO: ENTREVISTADORA: PARA LAS MADRES QUE MENCIONARON LACTANCIA MATERNA O AMENORREA LACTACIONAL COMO METODO, PASE A PREGUNTA 146

141. ¿Ha oido ud. del método de amenorrea lactacional (1) Si, CONTINUE
(2) No, PASE A PREGUNTA 143 — 376 (222)

142. ¿Ha usado ud. el método de amenorrea lactacional para no salir embarazada? (1) Si, CORRIJA LAS PREGUNTAS 132 ó 133 Y LUEGO, PASE A PREGUNTA 146 (2) No, CONTINUE — __ (223)

143. ¿Después del nacimiento de este bebe, ha usado ud. la lactancia para no salir embarazada?
(1) Si, CORRIJA PREGUNTAS 132 ó 133 Y LUEGO, PASE A PREGUNTA 146
(2) No, CONTINUE — __ (224)

144. F I L T R O: ENTREVISTADORA: SI ESTA USANDO ALGUN METODO O ESTA EMBARAZADA, PASE A LA PREGUNTA 146

144. ¿Porqué no (está usando) (ha usado) ningún método desde este último parto?
(1) No tengo marido CONTINUE
(2) No tengo relaciones sexuales (dieta), PASE A 147
(8) Otro_____ , PASE A 146
379 (225)

145. ¿Desde cuando no ha tenido marido?

(91) Desde el embarazo. (2) Desde que el bebé tuvo ____días ó _____semanas ó _____meses
CODIFIQUE TIEMPO SIN MARIDO EN ____SEMANAS
__ __SEM (226)
380

146. ¿Cuánto tiempo después de este último parto volvió a tener relaciones sexuales?

(00) No ha tenido todavia (1)____Semanas ___Meses (77)No recuerda — __ __SEM (227)

147. ¿Cuándo es aconsejable que la mujer empiece a tener relaciones sexuales otra vez después del nacimiento del niño?

(1). A las _____Semanas (2) A(1)(los) _____ mes(es) (99) No sabe
CODIFIQUE EN _____SEMANAS
__ __SEM (228)

BEST AVAILABLE COPY

8. ¿Hay alguna señora aquí en el vecindario (colonia, barrio) adiestrada para aconsejar sobre ctancia materna, amenorrea lactacional o MELA? — 386 (229)

(1) Si, ¿Como se llama? _____ (2) No, PASE A 151

9. ¿Ella le ha aconsejado a usted? (1) Si (2) No, PASE A 151 — (230)

0. ¿Sobre qué le ha aconsejado? — (231)
(1) Lactancia Materna
(2) MELA ó Amenorrea Lactacional
(3) Lactancia Materna y Amenorrea Lactacional
(4) Lactancia Materna y Planificación Familiar
(5) MELA ó Amenorrea Lactacional y P.F.
(6) Planificación Familiar
(77)No recuerda (88)Otro_____

51. ¿Hay un grupo de mujeres en el vecindario (colonia, barrio) que se reune para platicar sobre ctancia materna, amenorrea lactacional o MELA? — (232)

(1) Si (2) No/NS, PASE A 153

52. ¿Ha asistido o participado en una (o varias) de las reuniones de este grupo? — 391 (233)

(1) Si (2) No

53. ¿Esta casa es aquilada o propia? (1)Aquilada (2)Propia (3)Cuartería — 392 (234)

54. ¿Qué tipo de literatura ha leido en el ultimo año? SEGÓN LA RESPUESTA, CODIFIQUE SI PUEDE LEER O NO.

tema ¿En qué leyó? — 393 (235)

55. ¿Puede enseñarme el carnet de vacunas del niño?
NCUESTADORA: COPIA EL CARNET EN EL CUADRO ABAJO. LAS FECHAS QUE ESTAN EN LAPIZ, SE DEBE COPIAR EN LAPIZ. LAS ECHAS QUE ESTAN EN TINTA, SE DEBE COPIAR CON BOLIGRAFO. — 394 (236)

NOMBRE			F.N.	
VACUNA	FECHAS			
	1ERA DOSIS	2NDA DOSIS	3ERA DOSIS	REFUERZO
BCG		XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
POLIO				
DPT				
SARAMPION			XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
OTROS				

Se codifica: ADECUADO PARA EDAD (1) Si (2) No 3) Perdió el carnet

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO

BEST AVAILABLE COPY

HOJA DE TRABAJO PARA RECORDATORIO DE ALIMENTACION

de Boleta_____

PARA PREGUNTA 102:

Líquido	# de veces	¿Cantidad total trag./bocas/onz.	¿Cómo lo dió? (En general)	¿Dió pecho primero? (En general)		
Agua/agua con azucar	(1) ____veces	(0) NA (1) 1 tr. (4) 1oz. (2) 2 tr. (5) 2oz. (3) 2+ tr. (6) 2+oz. (77)NR (88)Otro	(0) No aplica (1) cucharita (2) taza/vaso (3) pepe (8) otro	(0) No aplica (1) si (2) no (3) a veces	__ __ 395 __ __ __ __	(237) (238) (239) (240)
Sopa, té café/jugo/ fresco	(1) ____veces	(0) NA (1) 1 tr. (4) 1oz. (2) 2 tr. (5) 2oz. (3) 2+ tr. (6) 2+oz. (77)NR (88)Otro	(0) no aplica (1) cucharita (2) taza/vaso (3) pepe (8) otro	(0) no aplica (1) si (2) no (3) a veces	__ __ __ __ __ __ 406	(241) (242) (243) (244)
Leche/lata bolsa/vaca	(1) ____veces	(0) NA (1) 1 tr. (4) 1oz. (2) 2 tr. (5) 2oz. (3) 2+ tr. (6) 2+oz (77)NR (88)Otro	(0) no aplica (1) cucharita (2) taza/vaso (3) pepe (8) otro	(0) no aplica (1) si (2) no (3) a veces	__ __ __ __ __ __ 412	(245) (246) (247) (248)
Leche materna	_____Veces				__ __	(249)

Alimento	# de veces	¿En general cuántos bocaditos comió?	¿Cómo lo dió?	¿dio pecho primero?		
Frutas/ vegetales purés, licuados	(1)_____veces	(1) 1 bc. (4) 1oz. (2) 2 bc. (5) 2 oz. (3) 2+ bc. (6) 2+oz. (77)NR (88)Otro (0)NA	(0) no aplica (1) cucharita (2)taza/vaso(3)pepe (4)dedo (8) Otro	(0) no aplica (1) si (2) no (3) a veces	__ __ __ __ __ __ 420	(250) (251) (252) (253)
Otros alimentos atoles,poleada,	(1)_____veces	(0) NA (1) 1 bc. (4) 1oz. (2) 2 bc. (5) 2oz. (3) 2+ bc. (6) 2+oz. (77)NR (88)Otro	(0) no aplica (1) cucharita (2) taza/vaso (3) pepe (4)dedo (8)Otro	(0) no aplica (1) si (2) no (3) a veces	__ __ __ __ __ __ 426	(254) (255) (256) (257)
Grasas	(1)_____veces	(0) NA (1) 1 bc. (4) 1oz. (2) 2 bc. (5) 2oz. (3) 2+ bc. (6) 2+oz. (77)NR (88)Otro	(0) no aplica (1) cucharita (2) taza/vaso (3) pepe (4)dedo (8)Otro	(0) no aplica (1) si (2) no (3) a veces	__ __ __ __ __ __ 432	(258) (259) (260) (261)
Alimentos con Vitamina A	(1)_____veces	(0) NA (1) 1 bc. (4) 1oz. (2) 2 bc. (5) 2oz. (3) 2+ bc. (6) 2+oz. (77)NR (88)Otro	(0) no aplica (1) cucharita (2) taza/vaso (3) pepe (4)dedo (8)Otro	(0) no aplica (1) si (2) no (3) a veces	__ __ __ __ __ __ 438	(262) (263) (264) (265)
Alimentos con hierro	(1)_____veces	(0) NA (1) 1 bc. (4) 1oz. (2) 2 bc. (5) 2oz. (3) 2+ bc. (6) 2+oz. (77)NR (88)Otro	(0) no aplica (1) cucharita (2) taza/vaso (3) pepe (4)dedo (8)Otro	(0) no aplica (1) si (2) no (3) a veces	__ __ __ __ __ __ 444	(266) (267) (268) (269)

BEST AVAILABLE COPY

APPENDIX 5

PROGRAMA DE APOYO A LA MADRE LACTANTE
Liga de la Lactancia Materna de Honduras
Apdo 512, 4ta Calle, 5 6 Aves , N I # 504
Telefono 57-9869 • Fax 58 1930
San Pedro Sula

HOJA DE CONTACTOS INFORMALES

Nombre _____

Comunidad _____

Fecha _____

MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES CON:

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

PECHO Y OTROS LIQUIDOS / ALIMENTOS

SIN PECHO

CON REGLA

MADRES DE NIÑOS DE 6-12 MESES :

CON LACTANCIA MATERNA

SIN PECHO

MUJERES EMBARAZADAS

REMISIONES

CONTROL PRENATAL	PLANIFICACION FAMILIAR

MADRES DE NIÑOS MAYORES DE 12 MESES:

CON LACTANCIA MATERNA

OTROS CONTACTOS

REMISIONES

VACUNAS	DIARREA	IRA	OTROS

CISA 1011C 12/91 #0040 MA

TEMAS DE DISCUSION Y OBSERVACIONES _____

_____

PROGRAMA DE APOYO A LA MADRE LACTANTE

Liga de la Lactancia Materna de Honduras
Apdo. 512, 4ta. Calle, 5-6 Aves , N. E., # 504
Teléfono. 57-9869 •Fax: 58-1930
San Pedro Sula

HOJA DE REUNIONES

Nombre _____

Comunidad _____

Fecha _____

MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES CON:

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	
NUEVAS	SIGUIENTES

PECHO Y OTROS LIQUIDOS / ALIMENTOS	
NUEVAS	SIGUIENTES

SIN PECHO	
NUEVAS	SIGUIENTES

CON REGLA	
NUEVAS	SIGUIENTES

MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES CON:

CON LACTANCIA MATERNA	
NUEVAS	SIGUIENTES

SIN PECHO	
NUEVAS	SIGUIENTES

MUJERES EMBARAZADAS

NUEVAS	SIGUIENTES

REMISIONES

CONTROL PRENATAL	PLANIFICACION FAMILIAR

MADRES DE NIÑOS MAYORES DE 12 MESES

CON LACTANCIA MATERNA	
NUEVAS	SIGUIENTES

OTRAS ASISTENTES

NUEVAS	SIGUIENTES

REMISIONES

VACUNAS	DIARREA	IRA	OTROS

CISA 100 TD 12/91 #0439 MA

TEMAS DE DISCUSION Y OBSERVACIONES _____

_____

_____

LIGA DE LA LACTANCIA MATERNA

FICHA DE MADRES

CODIGO NO. _____

Nombre de la madre _____ Dirección _____ Comunidad _____

Nombre del consejero _____ Remitido por _____ Fecha Probable del parto _____

Fecha del primer contacto _____ Meses de _____ Contactos durante: _____

Nombre del bebe _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Peso al nacer _____

Lugar de nacimiento _____ Total contactos durante _____ Embarazo: _____

FECHA			REUNION	CONTACTO	EDAD DEL BEBE					PESO	PECHO	INICIACION DE							PLAN FAM		VACUNA	DIARREA	IRA
DIA	MES	AÑO			MES	1 a 3	3 a 5	6 a 11	12 +			AGUA	JUGO	LECHE	COMIDA	TASA	PEPE	REGLA	REM	METODO			

Observaciones o problemas _____

CISA 200 TD 12/91 #0441

APPENDIX 6

PROGRAMA DE JORNADAS DE CAPACITACION PARA PERSONAL DE ENFERMERIA
LIGA DE LA LACTANCIA MATERNA
HOSPITAL NACIONAL MARIO CATARINO RIVAS
SAN PEDRO SULA
22 de OCTUBRE AL 26 DE NOVIEMBRE

Ier Dia	OBJETIVOS	METODOLOGIA
I. Bienvenida y Pretest		Pre-test escrito
II. Introducción		Discusión e Intercambio de Experiencia:
III. Importancia de la Lactancia Materna para el Niño con Su Salud Comprometida	Comprender la Importancia Crítica de la Lactancia en la Recuperación del Niño con Salud Comprometida	Discusión participativa Video
IV. Factores de la lactancia materna que ayudan al niño con su sistema de salud comprometido	Comprender como la leche materna y la lactancia materna se combina para lograr que el niño con su salud comprometida sale adelante	Video Discusión Participativa
A. Composición bioquimica de la leche materna B. Inmunología de la Leche Materna C. Importancia de la Interacción con la Madre	Conocer los componentes de la leche que juegan papeles importantes en la recuperación del niño	
IIndo Dia		
V. Manejo de la Lactancia Materna en el Niño Hospitalizado y la Madre Separado de su Niño A. Niño: 1. Niño Prematuro 2. Ictericia 3. Infecciones 4. Problemas Congénitos 5. Gemelos 6. Dificultad de Succión/ Confusión de Pezones 7. Niño en Pediatria	Entender y Poder aplicar las normas de manejo de la lactancia en la alimentación del niño con salud comprometida	Discusión Video
B. Madre: 1. Problemas de Pezones 2. Problemas del Pecho 3. Insuficiencia de Leche	Conocer las dificultades que tiene la madre por la separación madre/hijo y poder apoyar la lactancia bajo estas circunstancias	Video Discusión
VI. Estratégias para Involucrar a la Madre en el Cuidado del Niño en Neonatología y Pediatria	Desarrollar estrategias para un uso más eficiente del recurso materno en los servicios de Pediatria y Neonatologia.	Trabajo de Grupo Discusión
VII. Posttest y Clausura		

BEST AVAILABLE COPY

APPENDIX 7

Liga de la Lactancia Materna

COMPROBANTE DE REMISION

Nombre: _____

Direccion _____

Referido a: _____

Motivo de Referencia _____

_____

Quien la Refiere _____

Fecha: _____

_____

Firma de quien Refiere

Nº 17786

LIGA DE LA LACTANCIA MATERNA

CUPON DE REMISION

Nº 17786

Nombre de la madre: _____ Nombre del niño: _____

Direccion _____ Fecha _____

REFERIDO A:

(1) ASHONPLAFA
(2) HOSPITAL RIVAS
(3) I.H.S.S.
(4) CESAMO Las Palmas
(5) Miguel Paz Barahona
(6) Grupo de Apoyo
Dirección: _____
(7) Otros: _____

MOTIVO DE REFERENCIA:

(1) Control de Niño Sano
(2) Diarrea
(3) I.R.A.
(4) Vacuna
(5) Control Prenatal
(6) Lactancia Materna
(7) Planificación Familiar
(8) Otros _____

Firma persona que refiere _____

Cargo que desempeña: (1) Médico (2) Enfermera (3) Consejera de Lactancia (4) Promotora ASHONPLAFA (5) Otro: _____

27

APPENDIX 8

APPENDIX 3

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO PARA MUJERES REMITIDAS PARA PLANIFICACION FAMILIAR

(llenar del cupón)

Nombre: _____

Dirección: _____

A. Referido a:
(1) Ashonplafa
(2) Hospital Catarino Rivas
(3) Puesto de Salud Miguel Paz Barahona
(4) IHSS
(5) Otro: _____ (especifique)

B. Motivo:
(1) Planificación Familiar _____ C. (especifique metodo)
(2) Control Prenatal
(3) Enfermedad Nino
(4) Enfermedad Mujer

D. Remitida Por: _____ (nombre de consejera)

E. Mes de Remisión: _____

F. Mes de Entrevista: _____

1. Le dió _____ (nombre de consejera) un cupón para acudir a _____ (nombre de lugar) para conseguir un método de planificación familiar?

(1) Si (2) No (recordarle y si no recuerda, terminar la entrevista)

2. Por qué decidió Ud. usar un método de planificación familiar?

(1) Quiere espaciar
(2) Quiere limitar (Ya no quiere hijos)
(3) Otro _____

3. Cuándo le dió el cupón ya le había venido la regla?

(1) Si (2) No

4. Qué edad tenía su bebé cuando recibió el cupón? _____

5. Todavía daba de mamar a su bebé cuando recibió el cupón?

(1) Si (2) No **(pase a # 8)**

SI EL BEBE TENIA MENOS DE 6 MESES AL RECIBIR EL CUPON SEGUIR CON LA PREGUNTA #6, SI TENIA 6 MESES O MAS PASAR A PREGUNTA #8

6. Daba algún otro líquido o sólido (agua, leche, etc.) además de la leche materna a su bebé al momento de recibir el cupón?

(1) Si (pase a #8) (2) No (9) No Aplica

7. Daba de mamar durante la noche a su bebé?

(1) Si (2) No (9) No Aplica

(NO PREGUNTAR, SOLO CALCULAR)

7a. Estaba dando lactancia exclusiva al recibir el cupón?

(1) Si (2) No

---

8. Para qué le dijó la consejera que le sirvía el cupón?

(1) recibir servicio gratis
(2) recibir servicio más barato
(3) recibir servicio más rapido
(4) recibir mejor calidad de servicio
(5) Otro:_____

9. Le explicó la consejera cómo usarlo? (1) Si (2) No

10. La consejera de lactancia le aconsejó sobre como espaciar los embarazos?

(1) Si (2) No (pase a #12)

11. Qué le dijo?

(1) Mela (5) Pastilla
(2) Abstinencia (6) Otro_____
(3) DIU (9) No aplica
(4) Minipíldora

12. Sabía que método de planificación familiar deseaba usar antes de ir al lugar de referencia?

(1) Si (2) No (pase a #14)

13. Cuál?

(1) DIU (5) Patilla
(2) Minipíldora (6) Otro_____
(3) Esterilización (9) No aplica
(4) Abstinencia

14. Asistió al lugar donde la refirió?

(1) Si (pase a #19) (2) No

15. Por qué no? _____

---

16. Asistió a algún otro lugar para planificación familiar?

(1) Si (2) No (pase a #38) (9) No aplica

17. Dónde asistió?_____

18. Por qué escogió este lugar?_____

_____

19. A quién presentó su cupón?

(1) A la que apunte
(2) Otro_____
(9) No aplica

20. Cómo la trataron?

(1) No cobró (4) Bien
(2) Amable (5) Otro_____
(3) Rapido (9) No aplica

21. Recibió un método de planificación familiar?

(1) Si (pase a #23) (2) No (9) No aplica

22. Por qué no recibió ningún método?_____

_____

_____

SI NO RECIBIO NINGUN METODO PASE A #38

23. Cuál?

(1) DIU (5) Pastilla
(2) Minipíldora (9) No aplica
(3) Esterlización

24. Por qué escogió este método?_____

_____

_____

25. Quién la atendió? (1) Doctora (2) Enfermera
(3) Otro_____
(9) No aplica

26. Le explicó esa persona como usar el método?

(1) Si (2) No (pase a #28) (9) No aplica

27. Qué le dijo esa persona acerca de como usar el método?

_____

_____

28. Le explicó sobre los posibles problemas asociados con el uso de este método?

(1) Si (2) No (pase a #30) (9) No aplica

29. Qué le dijo?_____

30. El uso del método le ha causado algún problema?

(1) Si (2) No (pase a #32) (9) No aplica

31. Cuál(es)?_____

_____

32. Le explicó que debería hacer si presentara algún problema?

(1) Si (2) No (pase a #34) (9) No aplica

33. Qué le dijeron?_____

_____

34. Qué instrucciones le dió sobre cuando volver?

(1) Le dió cita (2) Le dio tiempo para regresar

(3) Otro_____

35. Para cuándo le dió la siguiente cita?_____

36. Todavia está usando este método? (1) Si (pase a 40) (2) No

37. Si no, porqué no está usando el método?_____

_____

38. Está haciendo algo para no salir embarazada?

(1) Si (2) No (pase a #42) (9) No aplica

39. Qué?

(1) DIU (5) Pastilla
(2) Minipíldora (6) MELA
(3) Esterilización (7) Otro_____
(4) Abstinencia (dieta) (9) No aplica

40. Piensa seguir usando este método?

(1) Si (termina la entrevista) (2) No (9) No aplica

41. Por qué no?_____

_____

42. Le gustaría usar algún método de planificación familiar?

(1) Si (2) No (pase a #44) (9) No aplica

43. Cuál?

(1) DIU (5) Pastilla
(2) Minipíldora (6) MELA
(3) Esterilización (7) Otro_____
(4) Abstinencia (dieta) (9) No aplica

44. Por qué no?_____

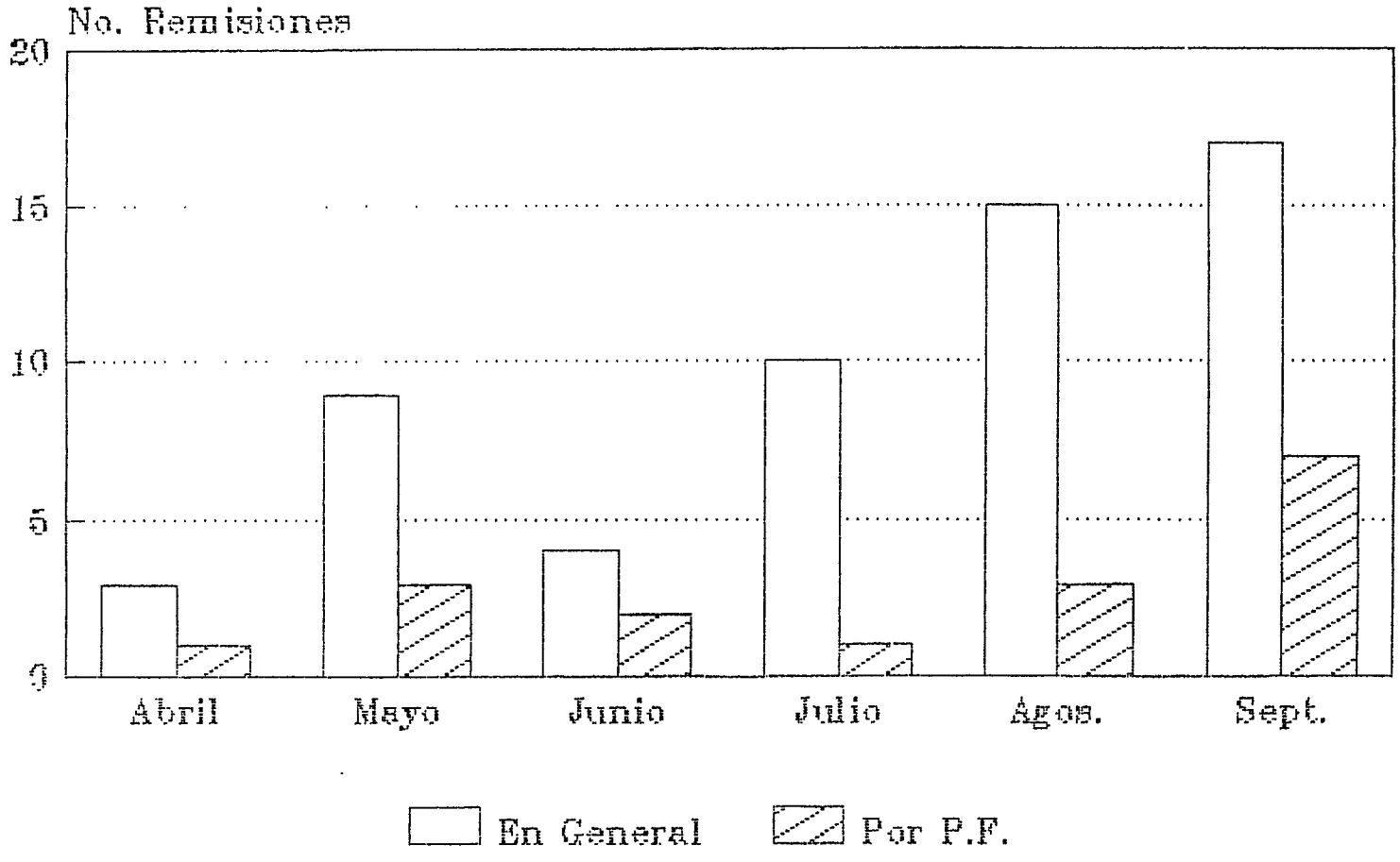
_____

MUCHAS GRACIAS. SU INFORMACION NOS VA A AYUDAR A COORDINAR MEJOR LA ASISTENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD AL PUBLICO.

APPENDIX 9

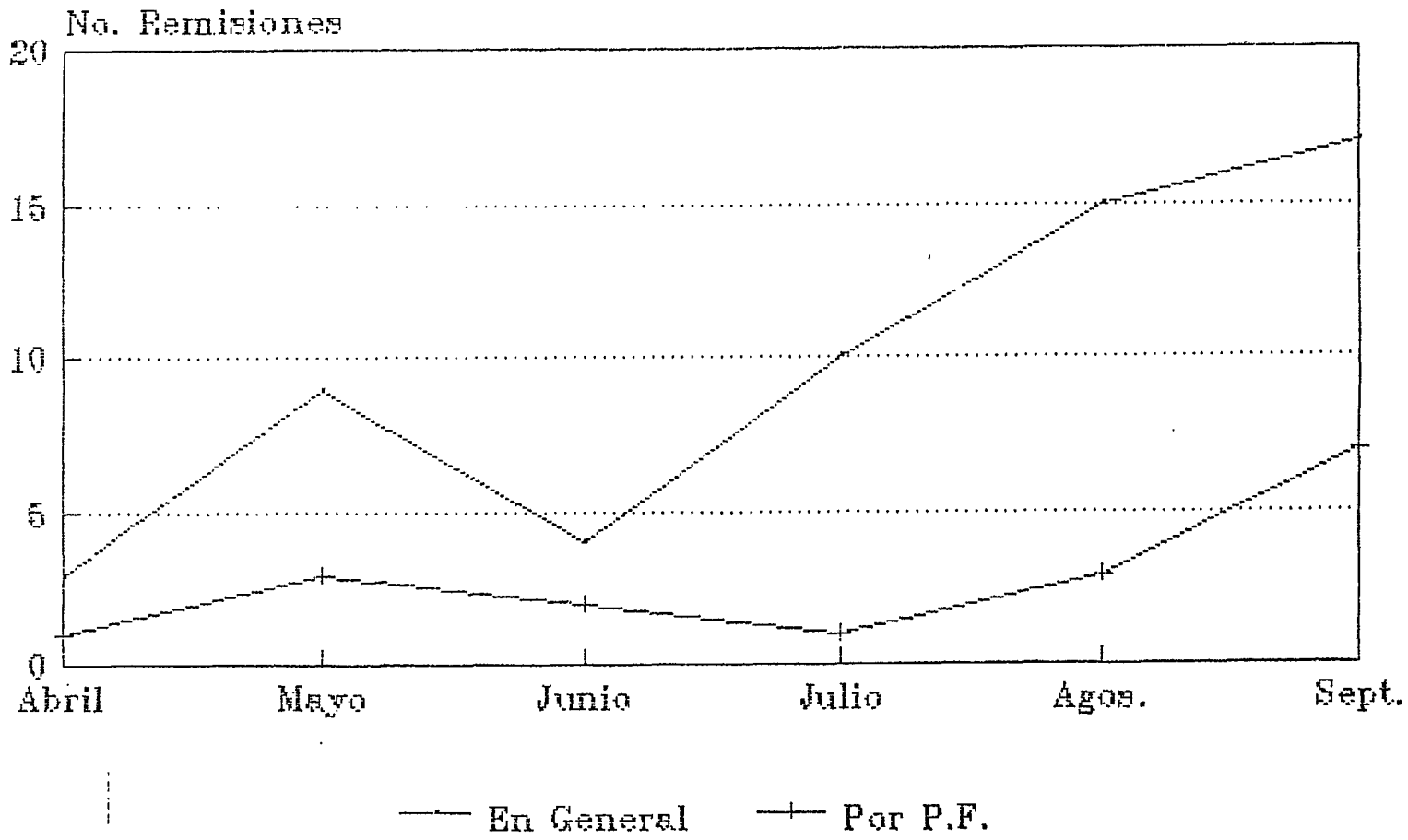
APPENDIX 4

No. Remisiones En General y Por P.F. Sector Suroeste (1991)



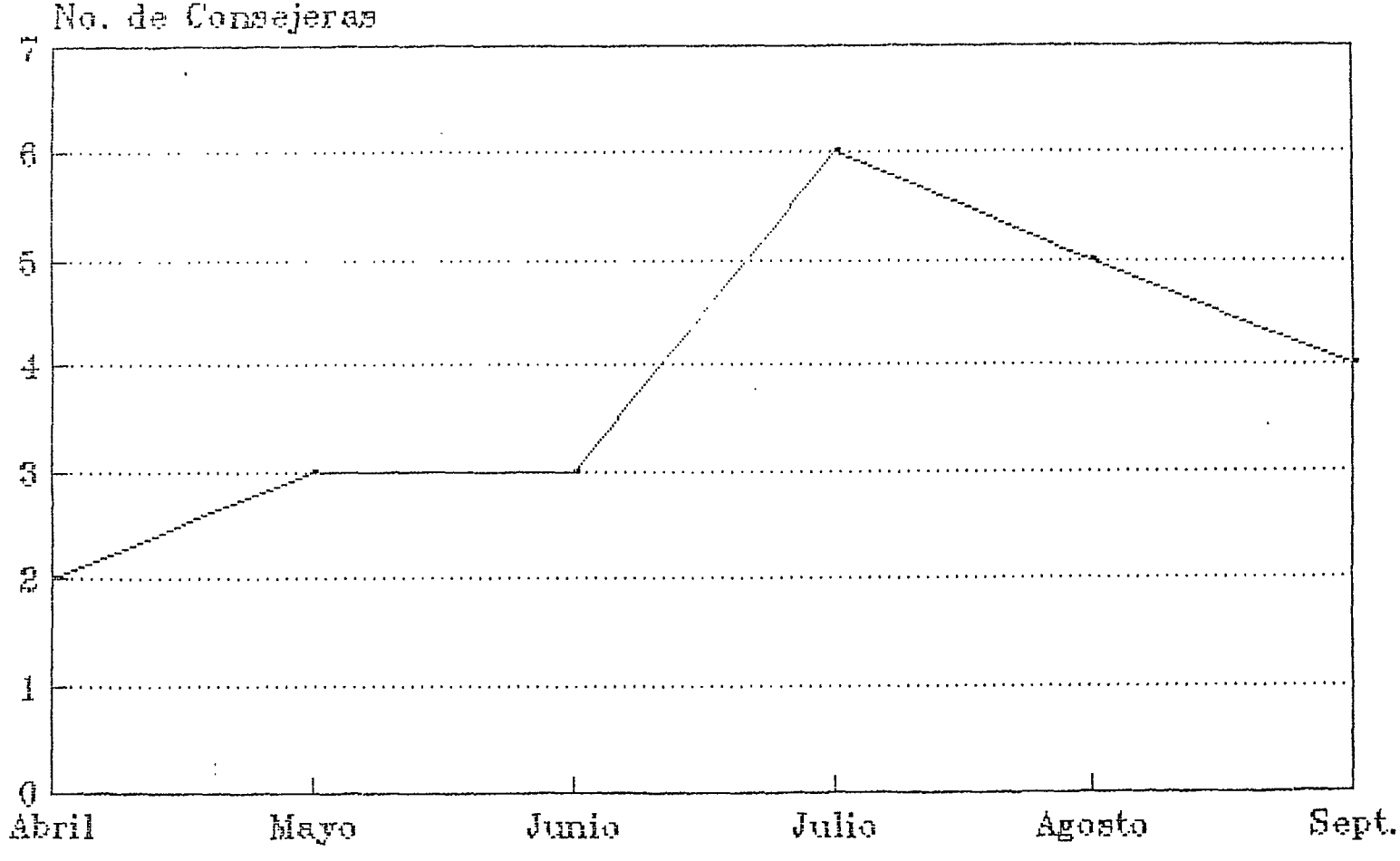
Total = 64 (6 sin fecha)

No. Remisiones En General y Por P.F.
Sector Suroeste (1991)



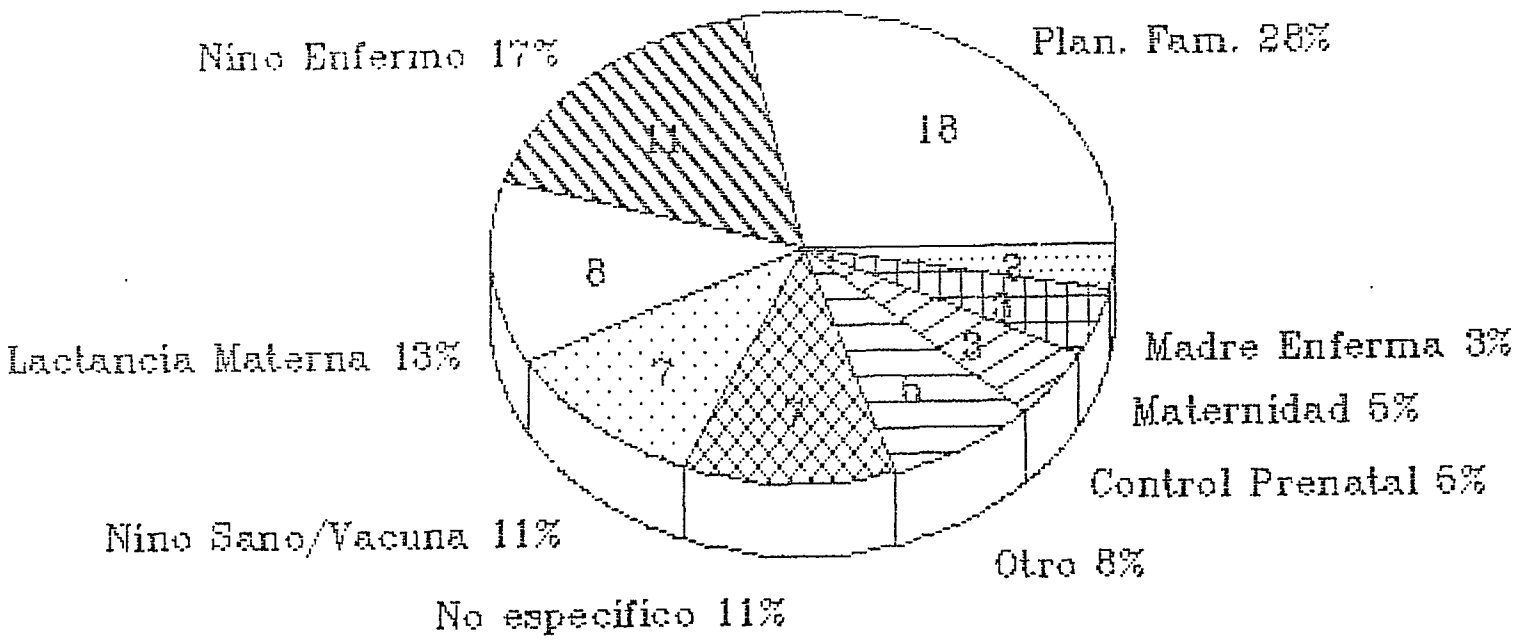
Total = 64 (6 sin fecha)

No. Consejeras Informando Remisiones
Sector Suroeste (Abril-Sept., 1991)



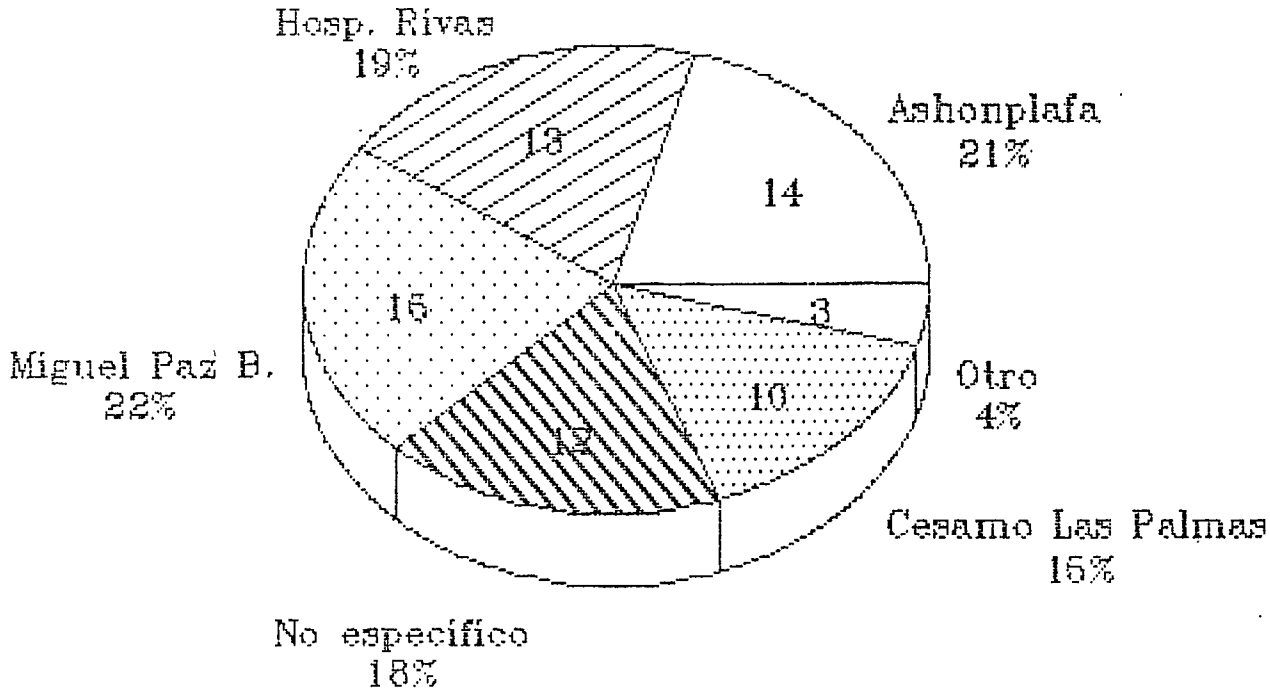
N=22

Motivos por Remisiones por Consejeras
Sector Suroeste (Abril-Sept., 1991)

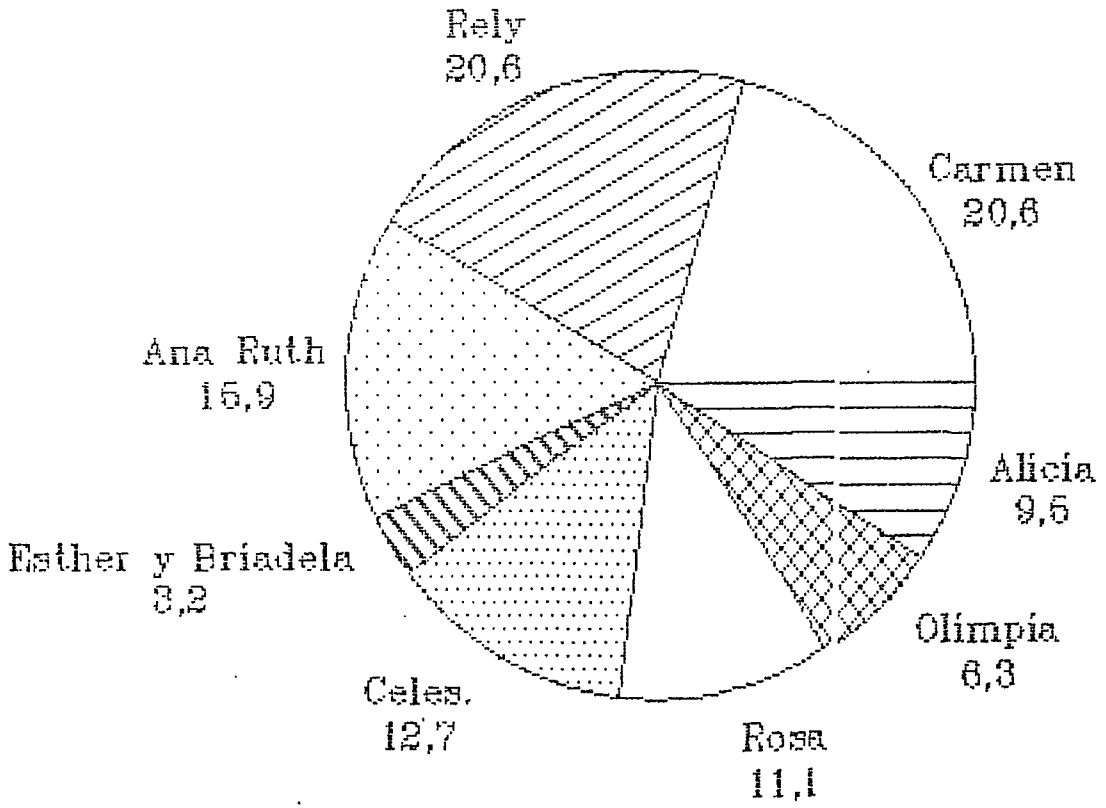


N=64

Lugar de Remisiones
Sector Suroeste (Abril–Sept., 1991)



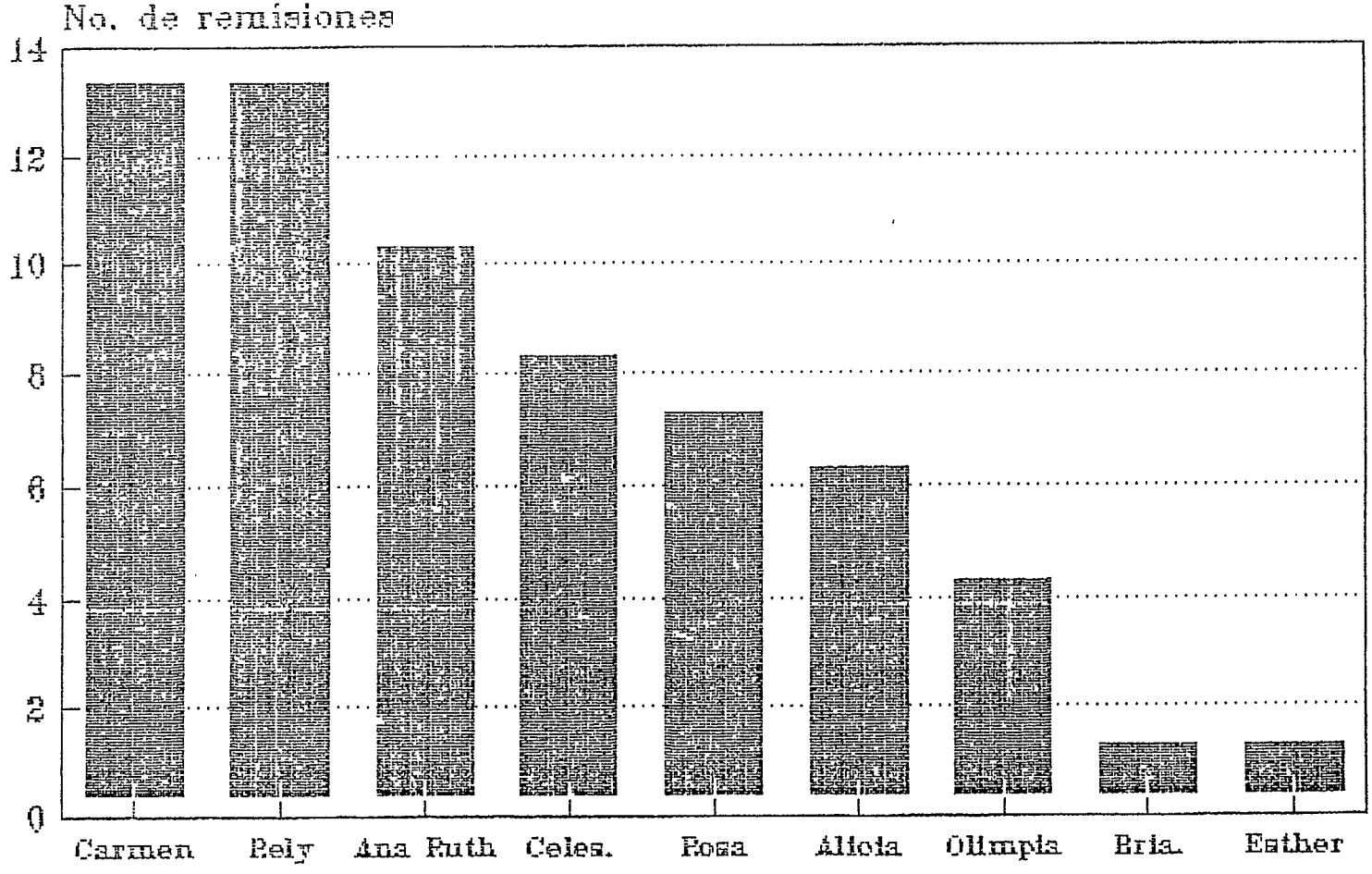
Remisiones Por Consejeras
Sector Suroeste (1991)



n=63

55% de las remisiones son de 3 consejras

No. de Remisiones Por Consejera
Sector Suroeste (Abril-Sept, 1991)



N=63

APPENDIX 10

APPENDIX 1

PREGUNTAS PARA LOS GRUPOS DE TRABAJO

1. Cómo podemos ajustar la selección y capacitación de las consejeras para aumentar el número de consejeras así cómo su calidad? Se debe capacitar a un mayor número de consejeras o un menor número por más tiempo?

   Considerar los siguientes puntos:

   - proceso de selección
   - criterios de selección (Cuáles son las características de las consejeras con mayor y menor exito?)
   - tipo de capacitación que se debe dar
   - temas para incluir en la capacitación
   - seguimiento
   - motivación y concientización sobre su compromiso

2. Cómo podemos asegurar y aumentar asistencia en las reuniones?

   Considerar los siguientes puntos:

   - cómo invitar a las madres a las reuniones
   - frecuencia de reuniones
   - ajustes al modelo para generar más interés y participación en las reuniones

3. Qué cambios podemos hacer en las reuniones para motivar mayor participación y lograr que las mujeres implementan los consejos?

   Considerar los siguientes puntos:

   - temas
   - dinámica del grupo (Son grupos de apoyo o charlas? Cómo podría hacer la reunión más como grupo de apoyo? Piensan que es apropiado/adecuado usar el modelo de grupo de apoyo con estas mujeres? Por qué?)
   - participación del personal de la Liga
   - como asegurar que regresen las madres

4. Qué debe ser la participación del personal de la Liga en las comunidades?

   Considerar los siguientes puntos:

   - seguimiento a las consejeras
   - sostenimiento del modelo
   - papel en las reuniones
   - plan de retiro de la comunidad

5. Cómo debe responder La Liga al deseo de las madres a espaciar su proximo embarazo por un mínimo de tres años?

Considerar los siguientes puntos:

- capacitación de las consejeras
- remisiones
- orientación sobre planificación familiar
- provisión de métodos
- enseñanza de MELA
- seguimiento
- transición de MELA a otro método cuando ya no es apropiado

6. Qué cambios podemos hacer para aumentar la implementación de los consejos impartidos?

Considerar los siguientes puntos:

- como aumentar la credibilidad de las consejeras
- que otros recursos podría utilizar en la comunidad
- es importante involucrar a la comunidad?
- seguimiento individual a las madres

7. Cómo se puede mejorar el sistema de información, monitoreo y supervisión del proyecto?

Considerar los siguientes puntos:

- Los informes que llenan las consejeras proveen información oportuna para evaluar el avance del proyecto?
- Usan los datos recolectados para proveer retroalimentación?
- Recolectan datos que no utilizan? Hace falta recolectar datos que necesitan?
- Les cuesta mucho a las consejeras a llenar sus informes? Por qué? Creen que son confiables los datos recolectados?
- Es adecuado el sistema de supervisión de las consejeras? Cómo lo podría mejorar?

APPENDIX 11

LIGA DE LA LACTANCIA MATERNA DE HONDURAS
TALLER DE CAPACITACION PARA LOS CAPACITADORES
DE FACILITADORES DE GRUPOS DE APOYO
(dos dias de entrenamiento, un dia de práctica y un dia de retroalimentación)
5-8 de noviembre de 1991/Hotel Sula

Primer dia

Introducción

A. Introducciones personales
- Nombre y compartiendo algo de nuestras vidas
- Qué quiere Ud. aprender en este taller?
- Qué tipo de apoyo quiere Ud.?
- Qué tipo de apoyo puede dar?
- Una experiencia positiva en su trabajo

B. Los principios de los Grupos de Apoyo
- -Cuidándonos
- -Estableciendo límites
- -Compartiendo el liderazgo
- -Hablando de las contradicciones
  - dar/recibir
  - poder/limites
  - habilidades/necesidades
  - logros/errores

La Capacitación de los Capacitadores

A. Nuestra agenda para este Taller
Los temas:
- -Modelar
- -Enseñar
- -Practicar
- -Observar, platicar y aprender unos de otros

B. Una Estructura para Grupos de Apoyo
- -Anuncios
- -Estructurando el tiempo
- -Observaciones de la reunión anterior
- -Función colectiva e Individual
- -Despedida

C. La experiencia de un grupo actual: utilizando el modelo del Support Group Training Project, los miembros determinen su propio trabajo.

D. Platicando: una discusión sobre los grupos que acabamos de tener.

Almuerzo

Como Capacitar a Facilitadores

A. Que es un grupo de apoyo
- -Definiciones
- -La importancia de la ayuda práctica
- -La importancia del apoyo fuera del grupo
- -Los principios del liderazgo

B. Una Estructura para Grupos y Acuerdos
- -La confianza
- -La confidencialidad
- -Las respuestas
- -Un foco positivo /la celebración

C. Como empezar un Grupo

Relacionarse con la Comunidad
- un proceso de dar apoyo
- la relación entre el facilitador y la comunidad
- ideas creativas

Formando un grupo
- apoyo para los facilitadores
- haciendo entrevistas iniciales con los participantes
- decisiones a hacer antes de la primera reunión

La primera reunión
- como promover la confianza
- necesidades prácticas

D. Papeles de un Facilitador

Organizador

Modelo de:
- alguien que toma riesgos
- alguien que no tiene que ser "el experto"

Maestro de habilidades
- como escuchar bien
- como dar buen apoyo

La persona que pone atención al grupo en total

La persona que aclara los límites
- la necesidad de apoyo fuera del grupo
- como protegernos en la ayuda ayudando a otros

Por qué y cómo trabajar con un co-facilitador
- para modelar apoyo
- para modelar diferencias
- para atender al contento y al proceso del grupo
- para compartir tareas

BEST AVAILABLE COPY

Segundo Día

Bienvenida

E. El proceso del Grupo y Técnicas de Facilitación
   - -Como crear y mantener el balance en el grupo
   - -Como promover la discusión (intercambio)
   - -Como motivar a las miembros del grupo a participar
   - -Como tratar con las diferencias entre miembros
   - -Como manejar el conflicto en el grupo
   - -Problemas de asistencia
   - -Como manejar las emociones muy fuertes en el grupo
   - -Como facilitar - la transición a un grupo independiente

Grupos de Práctica: Se divide a los capacitadores en cinco grupos pequeños, para preparar la presentación de cada sección del contenido del curso. Cada grupo va a tomar una sección. Para el tercer día, un representante de cada grupo va a presentar su sección a las consejeras comunitarias. En la siguiente parte de nuestra agenda hoy, estos representantes van a practicar en dar unos diez minutos de sus presentaciones a todos nosotros.

Las presentaciones de los Capacitadores. Cada representante de un grupo pequeño presenta unos diez minutos de su sección del contenido del curso. Después, vamos a discutir las presentaciones.

Almuerzo

Aplicaciones de este Modelo de Grupos en Honduras

A. Adaptaciones para Poblaciones Especiales
B. Apoyo para La Lactancia Materna
C. Tipos de Estructuras
   - Temas
   - Platicas
   - Fiestas
   - Rotando turnos es facilitar
   - Grupos sin citas
   - Tomando turnos sin contar tiempo
D. Como Combinar Grupos de Apoyo con Actividades, por ejemplo, con Artesanias o Cooperativas de Empleo

Como Motivar y Dar Apoyo a las Facilitadoras Voluntarias

A. Apoyando a los que Dan Apoyo
   - -Apoyo para voluntarias en sus propias vidas
   - -Grupos de consultación

B. Definiciones Especificas de Papeles de Voluntarias
   - Deberes claros
   - El proceso mutuo de evaluación

C. Incentivos y Reconocimiento Público

Palabras Finales y Despedida

BEST AVAILABLE COPY

APPENDIX 12

Socio-Demographic Characteristics of Control and Contact[1] Groups from Endline Survey[2]		
CHARACTERISTICS	CONTROL (n=435)	CONTACT W/COUNSELOR (n=59)
Age:		
<20 or >34	32.8	28.8
21-34 years	67.2	71.2
Mean Age	24.7	23.6
Marital status:		
Married	76.8	88.1
Single	23.2	11.9
Educational level:		
None	3.4	1.7
Primary	60.5	69.5
Secondary	32.4	20.3
Other	3.7	8.5
Work:		
Outside home	18.4	11.9
In home	81.6	88.1

[1]Contact group is defined as women in the experimental group who have met with a counselor and/or attended a support group.

[2]The differences between the control and contact groups are statistically insignificant (X^2 test).

Postpartum Advice Received by Women in Control and Contact Groups from Endline Survey			
	CONTROL (n=435)	CONTACT (n=59)	SIGN.[7]
Received Postpartum Advice	53.3	62.7	NS
Source of Postpartum Information	(n=362)	(n=57)	
MSP	48.3	42.1	
IHSS	34.8	22.8	
Community	10.8	29.9	
Other	6.1	5.3	0.0001
Received Information regarding:	(n=435)	(n=59)	
Exclusive Breast Feeding	76.8	89.8	0.05
Positioning Baby	56.3	81.4	0.001
Introduction of liquids or other foods	52.2	76.3	0.001
How to extract milk	44.1	69.5	0.001
Child should sleep w/ mother	38.4	62.7	0.001
Exclusive Breast Feeding for 6 mos.	31.0	52.5	0.01
% Received Family Planning Information	52.7	67.7	0.04
Method Recommended:	(n=209)	(n=38)	NS
IUD	60.8	65.8	
Surgical	19.6	18.4	
Hormonal	19.1	13.2	
LAM	0.5	2.6	

[7]The differences between the control and contact groups are statistically significant (X^2 test) at this level.

LAM Knowledge by Control and Contact Groups from Endline Survey			
	CONTROL(n=435)	CONTACT (n=59)	SIGN.[8]
Breast feeding is a means of spacing pregnancies	25.3	54.2	.0001
SPONTANEOUS RESPONSE: Knowledge of LAM Guidelines			
Exclusive Breast feeding	3.7	15.2	0.001
Amenorrheic	1.8	5.1	NS
Child < 6 months	2.1	10.2	0.01
Number of Rules Known: 1	5.7	15.3	0.0001
2	1.0	5.1	
3	0.0	1.7	
DIRECTED RESPONSE: Knowledge of LAM Guidelines			
Exclusive Breast Feeding	27.1	40.7	0.05
Amenorrheic	23.9	44.1	0.001
Child < 6 months	18.9	39.0	0.001
Number of Rules Known: 1	10.6	15.3	0.001
2	11.0	23.7	
3	20.3	12.4	

[8]The differences between the control and contact group are statistically significant (X^2 test) at this level.

Introduction of Food by Control and Contact Groups from Endline Survey			
	CONTROL	CONTACT	SIGN.[9]
Average age (in days) when foods are introduced:	(n=435)	(n=59)	
Water	59.0	90.1	.005
Juice and other liquids	106.0	138.7	.005
Artificial milk	56.1	70.2	NS
Fruits and Vegetables	130.7	139.8	NS
Other solid food	152.6	164.6	NS

[9]The differences between the control and contact groups are statistically significant (X^2 test or T test) at this level.

Feeding Practices (according to 24 Hour recall) by Control and Contact Group from Endline Survey			
	CONTROL	CONTACT	SIGN.[10]
Children <= 24 weeks:	n=222	n=24	NS
Exclusive Breast feeding	21.6	33.3	
Mixed Feeding	64.0	54.2	
Weaned	14.4	12.5	
Children > 24 Weeks:	n=213	n=35	0.0001
Exclusive Breast feeding	2.8	14.2	
Mixed Feeding	66.7	82.9	
Weaned	30.5	2.9	

[10]The differnces between the control and contact group are statistically significant (X^2 test) at this level.

Reported Problems with Breast Feeding by Control and Contact Groups from Endline Survey			
	CONTROL (n=435)	CONTACT (n=59)	SIGN.[11]
Breast Feeding Problems:	46.9	35.6	NS
Type: Inverted Nipple	10.1	11.9	
Nipple Pain	9.1	16.9	
Full Breasts	7.8	8.5	
Mastitis/Abscess	1.8	1.7	
Insufficient Milk Production	18.6	13.6	
Child is Not Satisfied	10.3	10.2	
Pregnancy	0.7	0.0	
Child's Illness	2.2	3.4	
Mother's Illness	3.4	0.0	
% Received Advice for Problem	14.2	16.9	
Source: Informal	(n=62) 17.7	(n=10) 40.0	
Formal	53.9	60.0	
Continued Breast Feeding	(n=201) 64.2	(n=21) 81.0	NS

[11]The differences between the control and contact groups are statistically significant (X^2 test) at this level.

Postpartum Amenorrhea and Contraceptive Use by Control and Contact Groups from Endline Survey			
	CONTROL (n=435)	CONTACT (n=59)	SIGN.[12]
Current Contraceptive Use	39.2 (n=423)	43.9 (n=57)	NS
If Menstruating, % Using Contraceptive	(n=200) 43.5	(n=19) 52.6	
Method: IUD	(n=87) 26.4	(n=10) 60.0	
Tubal Ligation	11.5	10.0	
Hormonal	27.9	20.0	
Breast Feeding	14.9	0.0	
Other	19.5	10.0	
If Amenorrheic, % Using Contraceptive	(n=235) 31.1	(n=40) 35.0	
Method: IUD	(n=73) 21.9	(n=14) 14.3	0.03
Tubal Ligation	30.1	14.3	
Hormonal	5.5	7.1	
Breast Feeding	17.8	50.0	
Other	24.6	14.3	
Source of Information: Formal	(n=137) 50.7	(n=22) 27.2	
Informal	43.3	72.7	.03

[12]The differences between control and contact groups are statistically significant (X^2 test) at this level.

Current and Previous Contraceptive Use by Control and Contact Groups from Endline Survey			
	CONTROL (n=435)	CONTACT (n=59)	SIGN.[13]
% Using Contraceptives Currently	39.2	43.9	
Method:	(n=160)	(n=24)	
IUD	24.4	33.3	
Hormonal	17.5	12.5	
Breast Feeding	16.3	29.2	
Tubal Ligation	20.0	12.5	
Other	21.8	12.5	
% Using Contraceptives Before Most Recent Pregnancy	31.5	25.4	
Method:	(n=137)	(n=15)	NS
IUD	21.2	20.0	
Hormonal	62.0	60.0	
Breast Feeding	0.7	6.7	
Tubal Ligation	0.0	13.3	
Other	16.7	25.4	

[13]The differences between the control and contact groups are statistically significant (X^2 test) at this level.

LAM Knowledge and Correct Use Among Women Currently Using Breast Feeding[14] as a Birth Spacing Method Contact Group and No Contact from Endline Survey			
	No Contact (n=85)	CONTACT (n=7)	SIGN.[15]
Knowledge of LAM Rules:			
Exclusive Breast Feeding	74.1	85.7	NS
Amenorrheic	22.4	71.4	0.02
Child < 6 Months	38.3	71.4	NS
Use of LAM:			
Exclusively Breast Feeding	18.8	0.0	NS
Amenorrheic	74.1	100.0	NS
Child < 6 Months	48.2	14.3	NS
Number of Criteria Met: 0	20.0	0.0	NS
1	42.4	85.7	
2	30.6	14.3	
3	7.1	0.0	

[14]No women reported use of LAM, possibly due to lack of familiarity with the name.

[15]The differences between the control and contact groups are statistically significant (X^2 test) at this level.

Obstetric Characteristics of Women in Control and Contact Groups from Endline Survey[3]		
CHARACTERISTICS	CONTROL (n=435)	CONTACT W/ COUNSELOR (n=59)
% IHSS Affiliation	39.1	30.5
Parity:		
First pregnancy	32.2	39.0
2 - 3	43.0	35.6
4 or more	24.8	25.4
% Received Prenatal Care	80.5	72.9
Site: MSP	42.3	44.2
IHSS	32.6	30.2
Other	25.1	25.6
Trimester Care Begun:	(n=349)	(n=43)
First	62.2	69.8
Second or Third	37.8	30.3
Age of Child:		
<= 24 weeks	49.7	54.1
> 24 weeks	50.3	55.9
Mean Age of Child	22.7	25.3
Location of Birth:	(n=435)	(n=59)
MSP	53.6	64.4
IHSS	29.9	20.3
Other	16.5	15.3

[3]The differences between the control and contact groups are statistically insignificant (X^2 test).

Breast Feeding Practices of Women in Control and Contact Groups from Endline Survey			
	CONTROL (n=435)	CONTACT (n=59)	SIGN.[4]
Ever Breast Fed	98.6	98.3	NS
Average Duration of Exclusive Breast Feeding (Days)	42.7	72.7	.005
Timely Suckling	(n=428)	(n=57)	NS
At birth	54.4	64.9	
1 - 7 hours	30.6	24.6	
8 hours or more	15.0	10.5	
Gave the Baby a "chupon"[5]	39.1	35.6	NS
Baby sleeps with Mother	76.1	78.0	NS
Has Given Artificial Milk	67.4	42.4	.0001
Regularly Given Artificial Milk	57.9	32.2	.0001

[4]The differences between the control and contact groups are statistically significant (X^2 or T test) at this level.

[5]A chupon is a pacifier-like object made of herbs wrapped in gauze and soaked in sweet or bittersweet liquids.

Prenatal Advice Received by Women in Control and Contact Groups from Endline Survey			
	CONTROL	CONTACT	SIGN.[6]
Source of Prenatal Information:	(n=297)	(n=45)	0.0001
MSP	36.0	20.0	
IHSS	39.1	28.9	
Community	8.1	28.9	
Other	16.8	26.7	
From whom:	(n=299)	(n=45)	0.0001
Doctor/Nurse	88.3	51.1	
Counselor	3.0	40.0	
Other	8.7	8.9	
Received Information Regarding:	(n=435)	(n=59)	
Breast Feeding	58.2	69.5	NS
Exclusive Breast Feeding	53.1	61.0	NS
Nipple preparation	44.1	61.0	.01
Spacing pregnancies	39.3	55.9	.01
LAM	4.6	10.2	NS

[6]The differences between the control and contact group are statistically significant (X^2 test) at this level.

APPENDIX 13

Socio-Demographic Characteristics of Women by Control and Experimental Groups and by Survey				
	BASELINE		ENDLINE	
	CONTROL (n=369)	EXPER. (n=479)	CONTROL (n=435)	EXPER. (n=487)
Age[1]: < 20 years	22.8	19.6	19.3	20.7
20 - 34 years	67.2	71.6	74.9	72.7
> 34 years	10.0	8.8	5.7	6.6
Mean Age:	25.3	25.2	24.7	24.9
Marital Status[2]: Married	82.1	82.5	76.8	82.8
Single	17.9	17.5	23.2	17.2
Educational Level[3]:				
None	4.6	7.1	3.4	3.5
Primary	66.7	66.4	60.5	65.1
Secondary	21.4	21.3	32.4	28.3
Other	7.3	5.2	3.7	3.1
Work[4]: Outside home	12.5	16.5	18.4	15.6
In home	87.5	83.5	81.6	84.4
Contact With Counselor[5]	0	0	3.9	12.1
Attended a Support Group	0	0	0.5	7.4

[1]The difference between the baseline and endline surveys for the control group is statistically significant (X^2 test).

[2]The difference between the control and experimental groups is statistically significant (X^2 test) at endline.

[3]The differences between the surveys for both the control and experimental groups are statistically significant (X^2 test).

[4]The difference between the surveys for the control group is statistically significant (X^2 test).

[5]Contact with counselor is defined as women who met individually with a counselor and/or attended a support group.

Obstetric Characteristics by Study Group and Survey				
	BASELINE		ENDLINE	
	CONTROL (n=369)	EXPER. (n=479)	CONTROL (n=435)	EXPER. (n=487)
IHSS Affiliation[6]	28.5	28.4	39.1	34.3
Parity: First pregnancy	31.4	30.1	32.2	33.5
2 - 3 pregnancies	36.9	37.6	43.0	37.6
4 or more	31.7	32.4	24.8	29.0
Mean Parity	2.9 (2.1)	3.0 (2.1)	2.7 (2.0)	2.8 (2.1)
% Received Prenatal Care	83.2	80.2	80.5	76.6
Location of Prenatal Care:[7]	(n=307)	(n=384)	(n=350)	(n=373)
MSP	41.7	36.7	42.3	44.0
IHSS	24.4	27.9	32.6	32.2
Private	23.5	25.0	22.3	23.3
Midwife	10.1	8.9	1.4	0.3
Other	0.3	1.6	1.4	0.3
Prenatal Care Begun:[8] 1st trimester	54.5	50.7	62.2	57.6
2nd trimester	33.1	38.1	29.5	33.2
3d trimester	12.5	11.3	8.3	9.1
Location of Birth: MSP	57.2	51.8	53.6	56.5
IHSS	23.3	24.6	29.9	25.7
Private Hosp.	7.3	7.7	5.1	6.0
Home	12.2	15.9	11.5	11.9

[6]The difference between the baseline and endline survey for the control group is statistically significant (X^2 test).

[7]The differences between the baseline and endline surveys for both study groups are statistically significant (X^2 test).

[8]The difference between the baseline and endline surveys for the experimental group is statistically significant (X^2 test).

Characteristics of Child (Under 1 year) by Study Group and Survey				
	BASELINE		ENDLINE	
	CONTROL	EXPER.	CONTROL	EXPER.
Mean Age of Child:	24.6	25.2	24.4	24.3
Weight of Child (at birth):	(n=345)	(n=446)	(n=400)	(n=437)
< 2.5 kilograms	7.8	6.7	8.0	8.9
> 2.5 kilograms	92.2	94.3	92.0	91.1

Breast Feeding Practices by Study Group and Survey				
	BASELINE		ENDLINE	
	CONTROL (n=369)	EXPER. (n=479)	CONTROL (n=435)	EXPER. (n=487)
Prevalence of:				
Exclusive Breast Feeding	10.8	9.2	7.6	9.9
Mixed Feeding	71.6	69.9	72.2	71.4
Weaned	17.6	20.9	20.2	18.7
Ever Breast Fed	97.8	97.5	98.6	98.4
Timely Suckling[9]	64.4	72.2	54.4	55.9
Average Duration of Exclusive Breast Feeding (in Days)[10]	36.6	35.6	42.7	42.6
Average Age (in days) of Weaning	110.9	97.8	92.7	80.5
Gave the Child a "Chupon"[11]	48.5	53.0	39.1	45.4

[9]The differences between the surveys for the control and experimental groups are statistically significant (X^2 test); $p<0.0005$.

[10]The differences between the surveys for the control and experimental groups are statistically significant (t test); $p<0.05$.

[11]The difference between the control and experimental groups is statistically significant (X^2 test), at endline; $p<0.05$.

Feeding Practices (according to 24 hour recall) by Study Group and Survey				
	BASELINE		ENDLINE	
	CONTROL	EXPER.	CONTROL	EXPER.
Children < 24 Weeks Old:[12]	(n=181)	(n=217)	(n=222)	(n=239)
Exclusive Breast Feeding	28.2	17.0	21.6	27.2
Mixed Feeding	60.2	71.0	64.4	58.6
Weaned[13]	11.6	12.0	14.0	14.2
Children > 24 Weeks Old:	(n=188)	(n=262)	(n=213)	(n=248)
Exclusive Breast Feeding	2.1	3.6	2.8	6.1
Mixed Feeding	69.1	64.1	66.7	68.1
Weaned	28.7	32.3	30.5	25.8

[12]The difference between the groups at baseline is statistically significant (X^2 test);$p<.03$. The difference between the surveys for the experimental group is statistically significant (X^2 test); $p<.02$.

[13]The child is being given artificial milk and/or other foods.

Introduction of Foods by Study Group and Survey				
	BASELINE		ENDLINE	
	CONTROL	EXPER.	CONTROL	EXPER.
Average age (in days) when foods were introduced:				
Water[14]	49.9	51.5	59.1	61.8
Other liquids[15]	97.9	99.2	105.9	109.5
Artificial Milk	53.6	54.0	56.1	52.9
Fruits and Vegetables	133.7	128.3	130.7	129.8
Other solid foods	165.3	152.6	152.6	154.9

[14]The differences between the baseline and endline surveys for both the control and experimental groups are statistically significant (X^2 test); $p<0.05$.

[15]The differences between the surveys for the control and experimental groups are statistically significant (X^2 test); $p<0.05$.

Family Planning Indicators by Study Group and Survey				
	BASELINE		ENDLINE	
	CONTROL (n=369)	EXPER. (n=479)	CONTROL (n=435)	EXPER. (n=487)
Mean Age of Child (in weeks) when Resumed Sexual Relations:	(n=210) 11.7	(n=279) 11.5	(n=271) 11.2	(n=282) 11.98
Mean Age of Child (in weeks) when Initiated Contraceptive Use	(n=110) 12.2	(n=180) 8.1	(n=132) 10.3	(n=146) 7.7
Current Contraceptive Use	(n=349) 42.4	(n=453) 47.7	(n=423) 39.2	(n=478) 34.3
Contraceptive Use by Age of the Child:				
< 3 months[16]	32.2	36.8	34.6	25.6
3 - 6 months[17]	53.2	62.0	47.0	45.8
> 6 months	62.5	24.0	0.0	18.8

[16]The difference between the experimental and control groups at endline is statistically significant (X^2 test);$p<0.05$. The difference between the surveys for the experimental group is statistically significant (X^2 test); $p<0.01$.

[17]The difference between the surveys is statistically significant (X^2 test);$p<0.01$.

Family Planning Methods by Study Group and Survey				
	BASELINE		ENDLINE	
	CONTROL	EXPER.	CONTROL	EXPER.
% Using Contraception, If Menstruating	(n=157) 47.1	(n=211) 55.9	(n=200) 43.5	(n=210) 47.1
Method Being Used:	(n=74)	(n=118)	(n=87)	(n=99)
Total Effective Methods[18]:	73.0	82.2	77.0	91.0
IUD	29.7	33.1	26.4	36.4
Hormonal	22.9	23.7	27.6	31.3
Tubal Ligation	12.2	13.6	11.5	16.2
Local	8.1	11.9	11.5	7.1
Total Other Methods:	27.0	17.8	23.0	9.0
Breast Feeding	2.7	3.4	14.9	3.0
Rhythm	24.3	14.4	8.1	6.0
% Using Contraception, Not Menstruating	(n=212) 38.7	(n=268) 41.0	(n=235) 31.0	(n=277) 22.4
Method Being Used:	(n=82)	(n=110)	(n=73)	(n=62)
Total Effective Methods:	70.7	66.4	74.0	72.6
IUD	19.5	21.8	21.9	21.0
Hormonal	3.6	3.6	5.5	22.6
Tubal Ligation	34.1	25.4	30.1	14.5
Local	13.4	15.4	16.4	14.5
Total Other Methods:	29.3	33.6	26.0	27.4
Breast Feeding	20.8	24.5	17.8	21.0
Rhythm	8.5	9.1	8.2	6.4

[18]The difference between the control and experimental groups is statistically significant (X^2 test), at endline.

LAM Knowledge by Study Group and Survey				
	BASELINE		ENDLINE	
	CONTROL (n=369)	EXPER. (n=479)	CONTROL (n=435)	EXPER. (n=487)
Breast feeding is a Means for Spacing Pregnancies	17.9	15.4	25.3	24.7
SPONTANEOUS RESPONSE: Knowledge of LAM Guidelines				
Exclusive Breast Feeding[19]	1.4	1.0	3.7	4.7
Amenorrheic[20]	1.4	0.6	1.8	2.7
Child < 6 months	1.1	0.6	2.1	1.6
Number of Rules Known:				
1	3.3	1.9	5.7	6.4
2	0.3	0.2	0.9	1.0
3	0.0	0.0	0.0	0.2
Mean # Rules Known[21]	0.04 (0.23)	0.02 (0.16)	0.08 (0.3)	0.09 (0.34)
DIRECTED RESPONSE: Knowledge of LAM Guidelines				
Exclusive Breast Feeding[22]	21.7	17.3	27.1	23.0
Amenorrheic[23]	14.4	13.6	23.9	20.1
Child < 6 Months[24]	11.9	7.9	18.8	17.9

[19]The difference between the surveys for the experimental group is statistically significant (X test); $p<0.001$

[20]The difference between the surveys for the experimental group is statistically significant (X test); $p<0.02$.

[21]The differences between the surveys for the control and experimental groups are statistically significant (t test); $p< 0.01$.

[22]The difference between the surveys for the experimental group is statistically significant (X test); $p< 0.03$.

[23]The differences between the surveys for the control and experimental groups are statistically significant (X test); $p<0.01$.

Number of Rules Known[25]:				
1	9.5	6.7	10.6	10.2
2	7.0	7.9	11.0	11.5
3	8.1	5.4	12.4	9.2
Mean # of Rules Known	0.5 (0.94)	0.39 (0.85)	0.7 (1.1)	0.6 (1.0)

[24]The differences between the surveys for the control and experimental groups are statistically significant (X test); $p<0.01$.

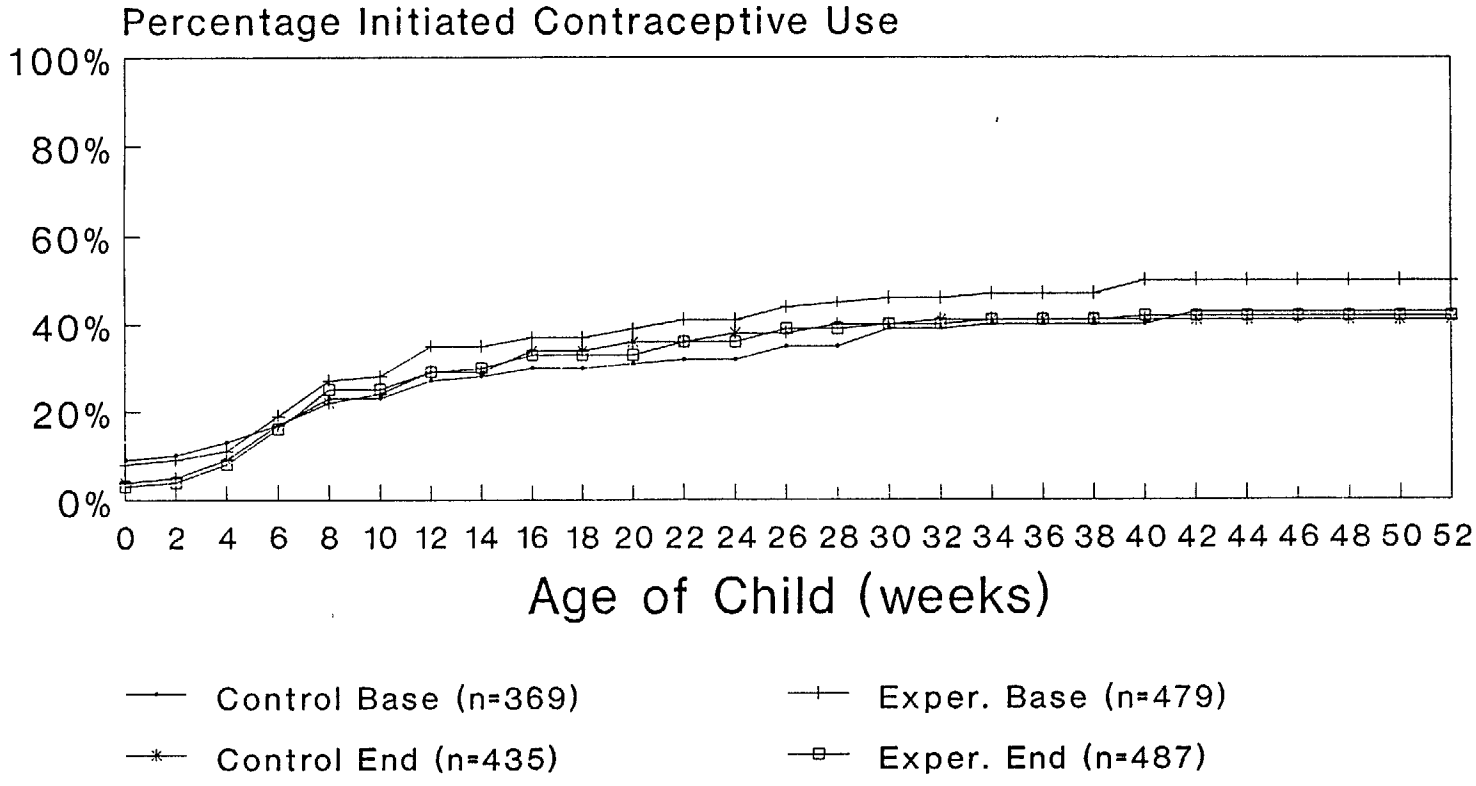
[25]The differences between the surveys for the control and experimental groups are statistically significant (t test); $p<0.01$.

LAM Knowledge and Correct Use Among Women Currently Using Breast Feeding as a Birth Spacing Method	
	TOTAL (n=92)
Knowledge of LAM Rules:	
Exclusive Breast Feeding	76.1
Amenorrheic	26.1
Child < 6 Months	41.3
Use of LAM:	
Exclusively Breast Feeding	17.4
Amenorrheic	76.1
Child < 6 Months	45.7
Number of Criteria Met:	
0	18.5
1	45.7
2	29.3
3	6.5

APPENDIX 14

Percentage of Women Who Have Initiated Contraceptive Use (Effective Methods)

By Survey and Study Group

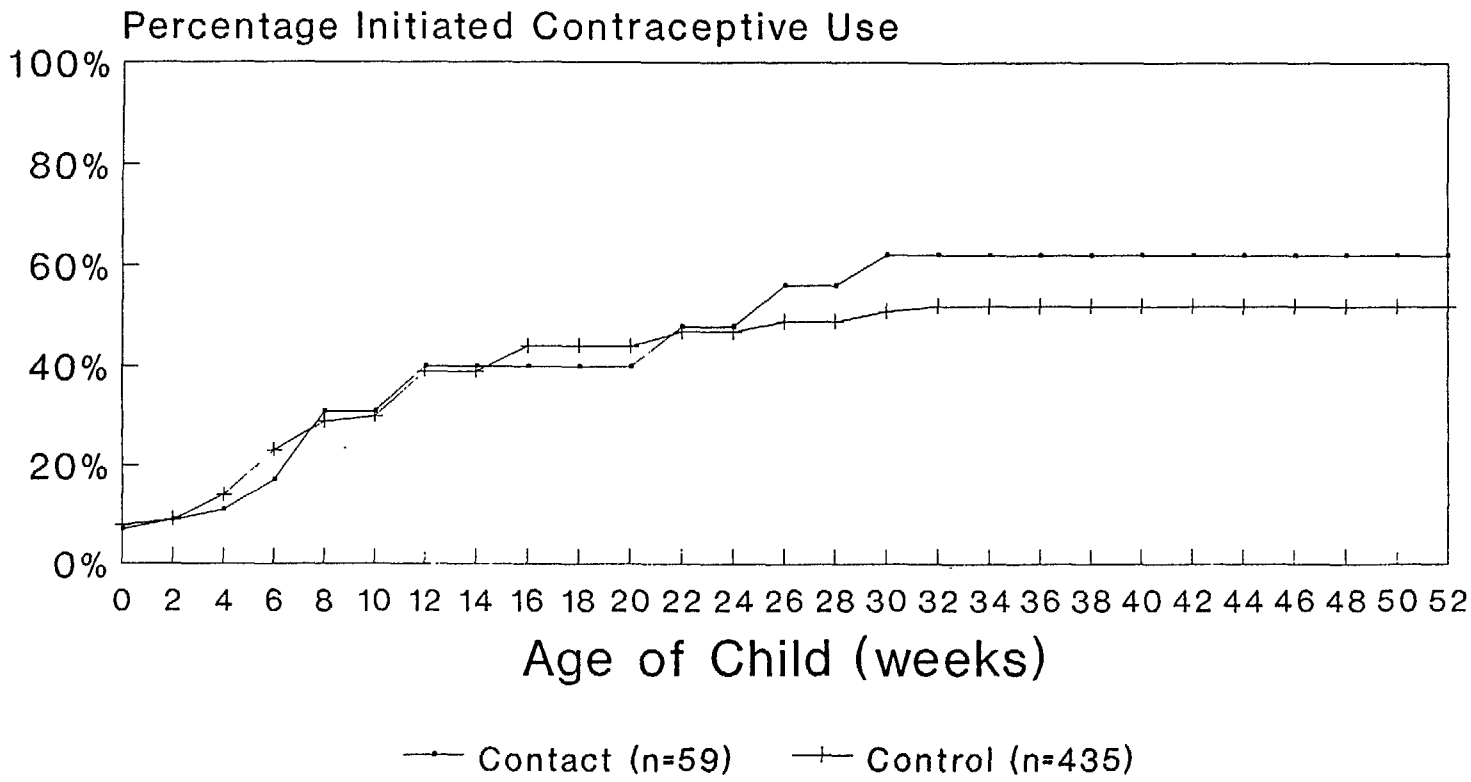


According to Life Table Analysis
Differences are not significant.

LLL/San Pedro Sula

Percentage of Women Who Have Initiated Contraceptive Use

by Control and Contact Groups at Endline



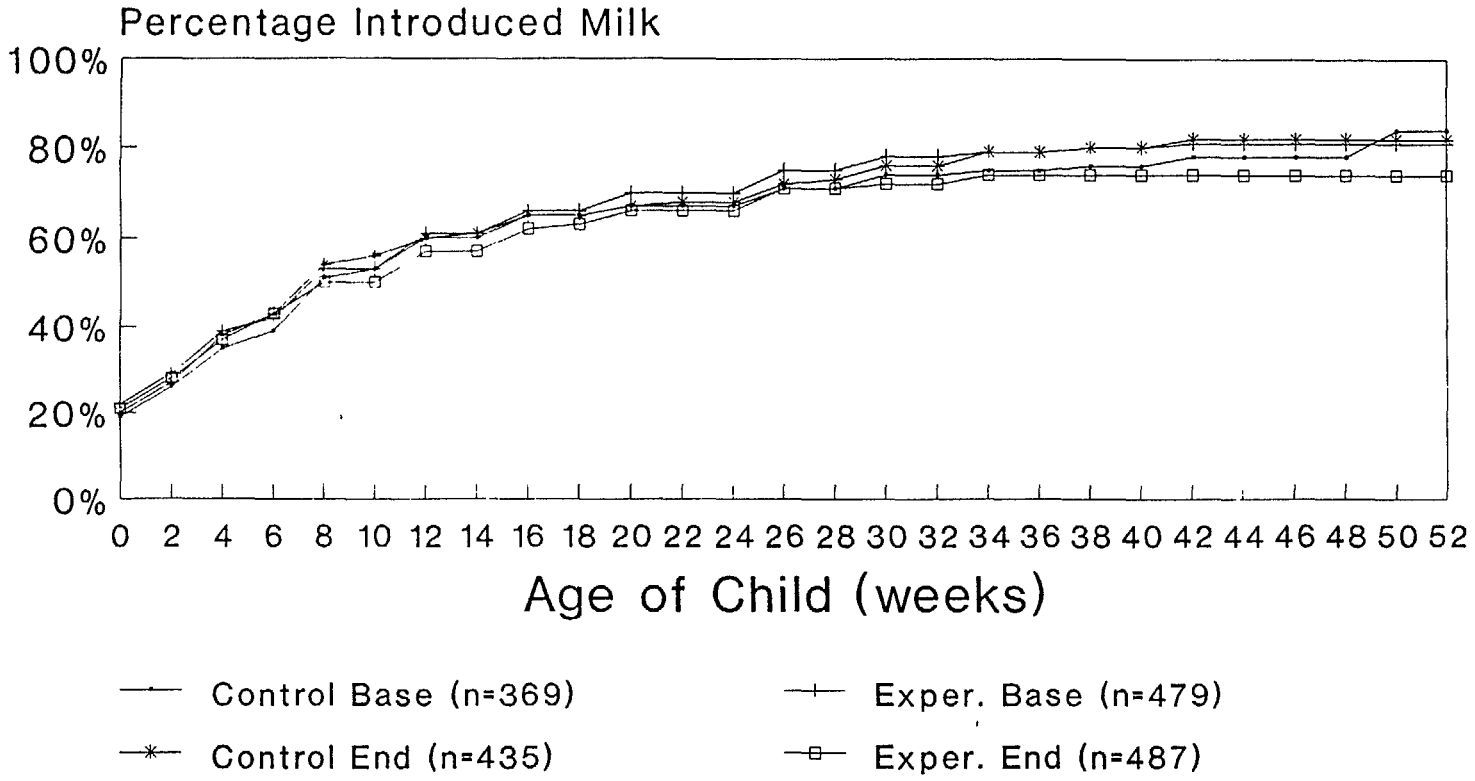
According to Life Table Analysis
Differences are not significant.

LLL/San Pedro Sula

145

Percentage of Women Who Have Introduced Milk

by Study Group and Survey

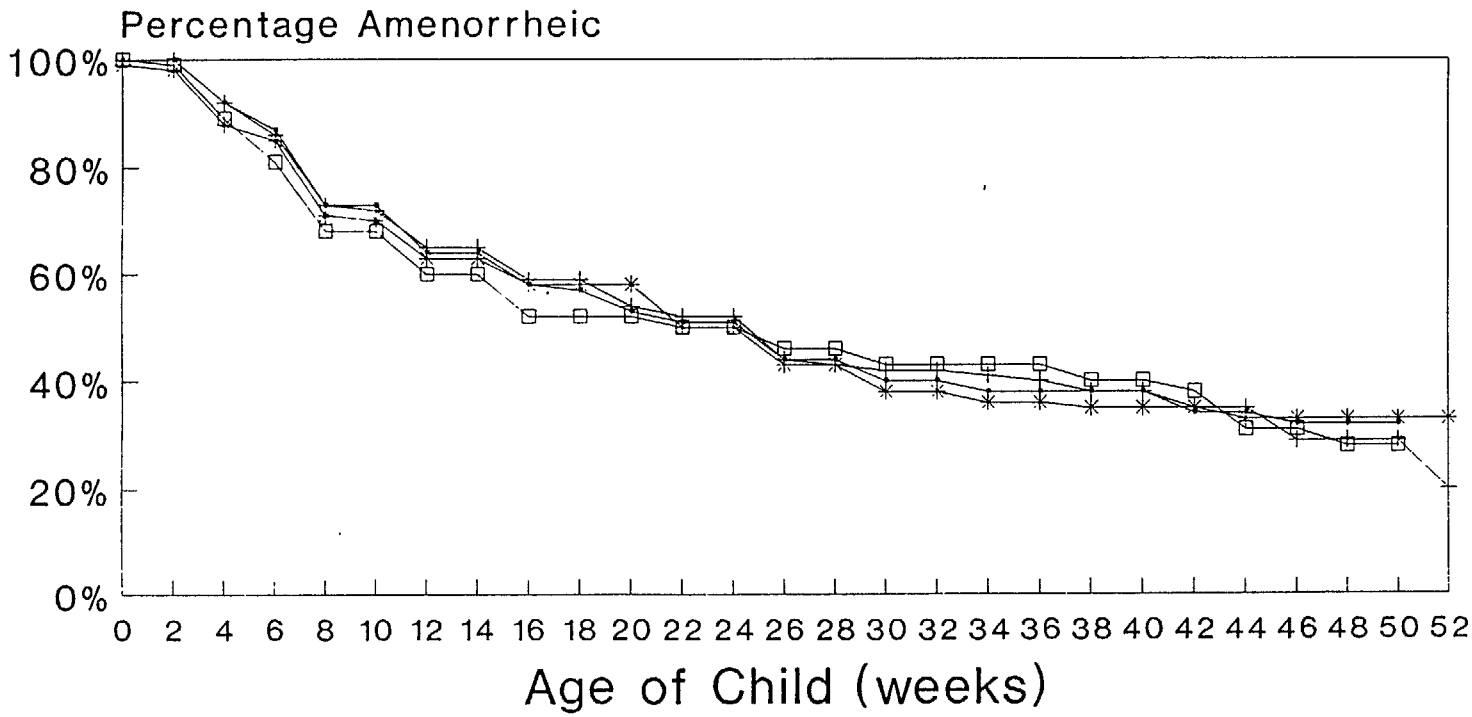


According to Life Table Analysis
Differences are not significant.

LLL/San Pedro Sula

146

Duration of Post-partum Amenorrhea
by Study Group and Survey



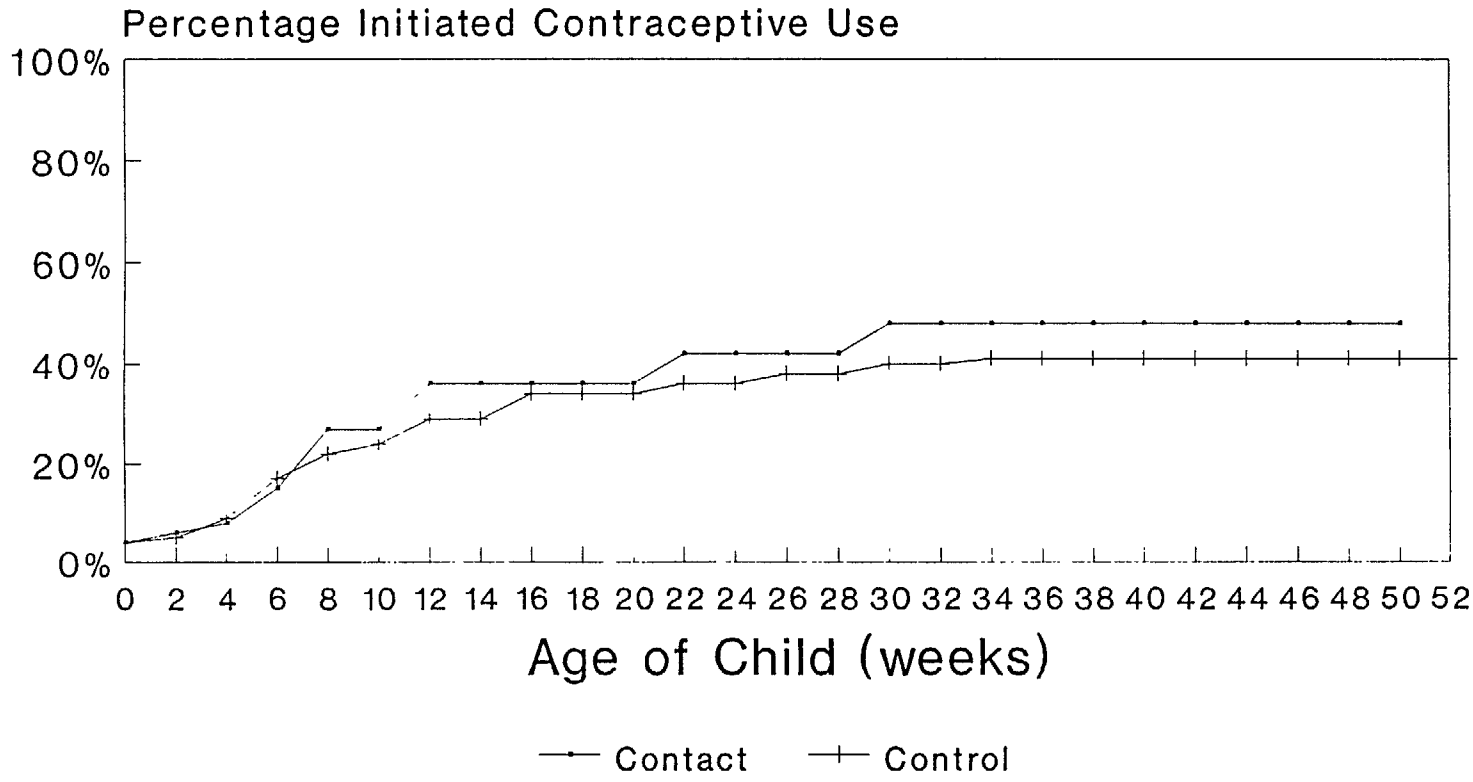
Control Base (n=369)
Exper. Base (n=479)
Control End (n=435)
Exper. End (n=487)

According to Life Table Analysis
Differences are not significant.

LLL/San Pedro Sula

Percentage of Women Who Have Initiated Contraceptive Use (Effective Methods)

by Control and Contact Groups at Endline



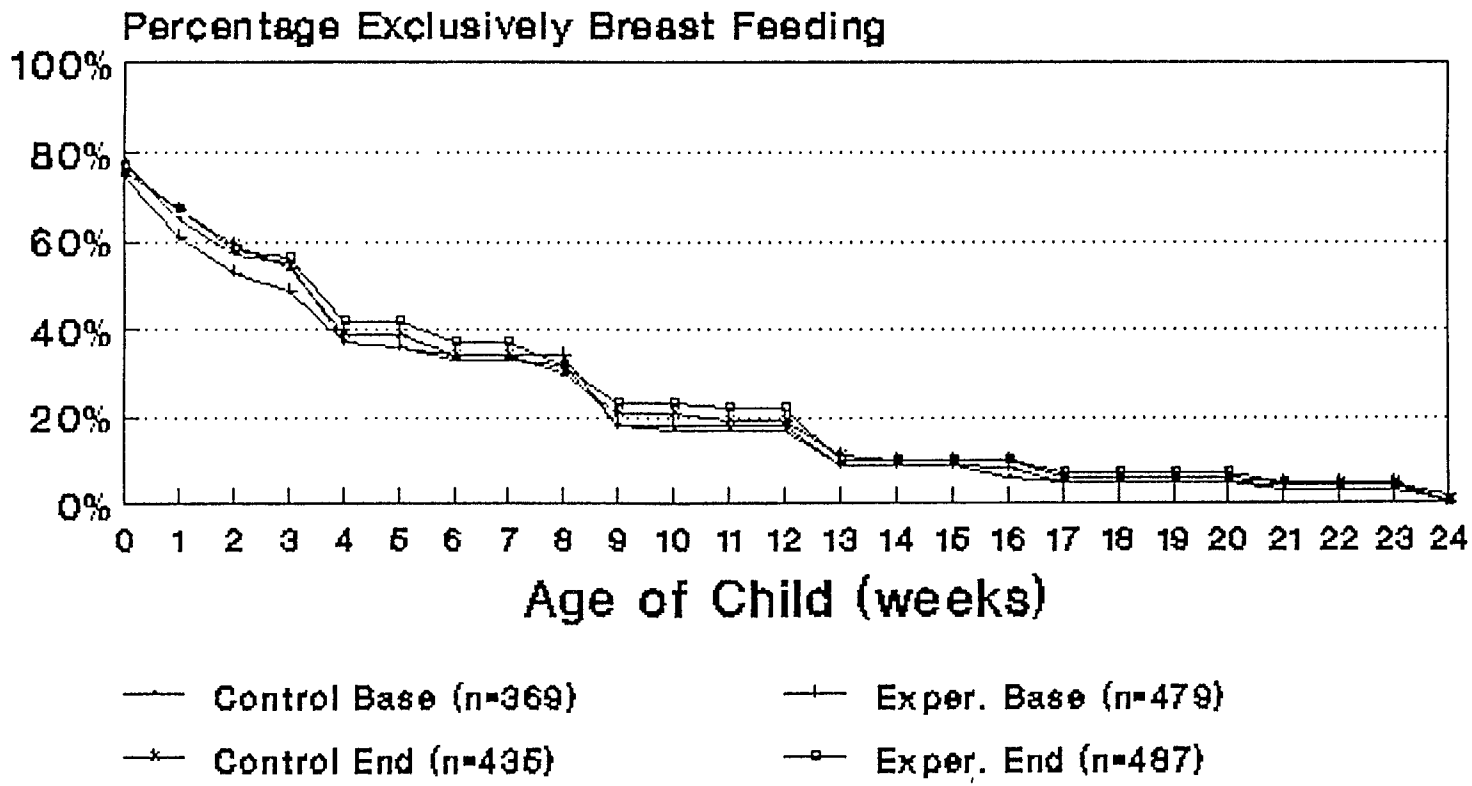
According to Life Table Analysis
Differences are not significant.

LLL/San Pedro Sula

148

Percentage of Women Exclusively Breastfeeding

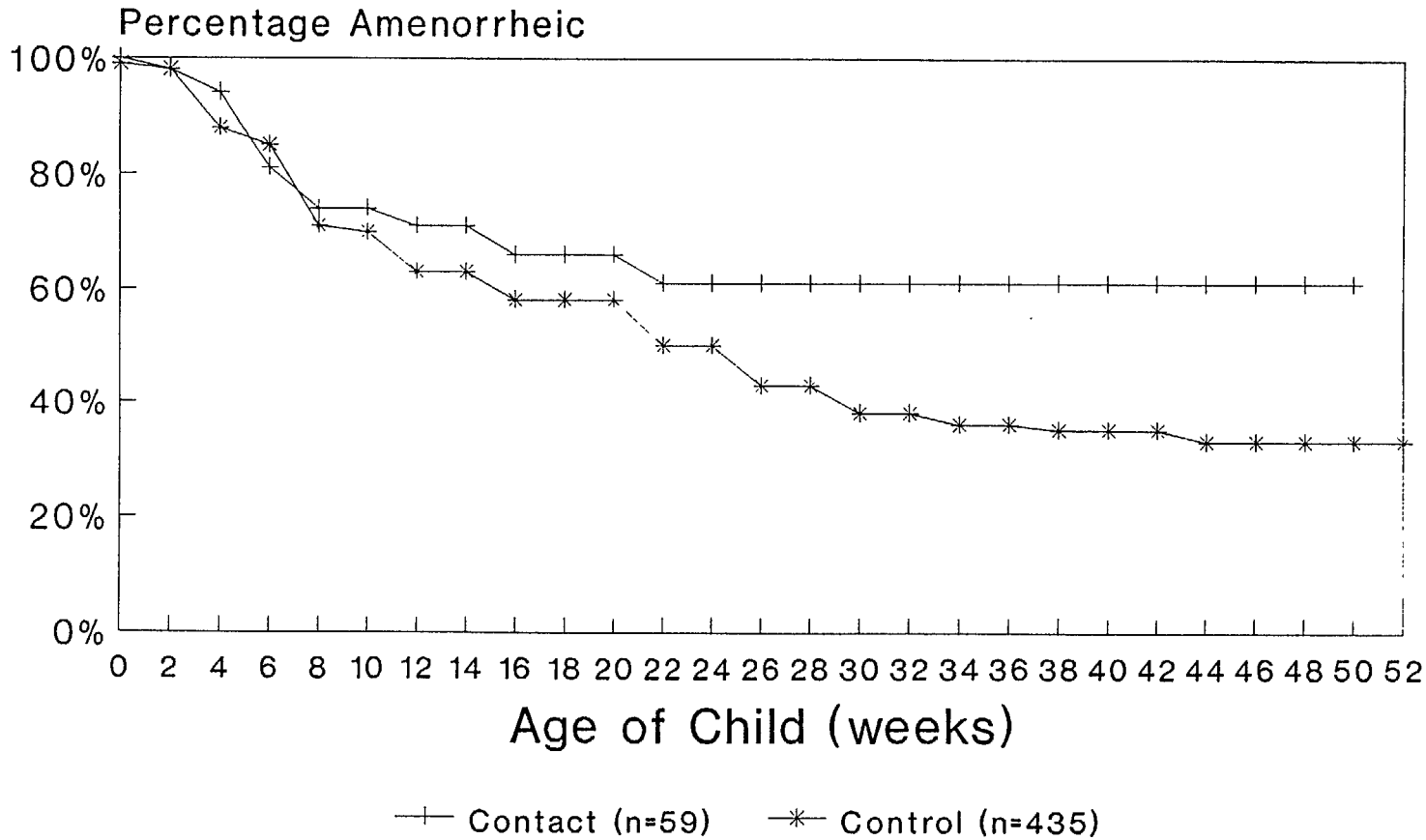
by Study Group and Survey



According to Life Table Analysis
Differences are not significant.

LLL/San Pedro Sula

Duration of Post-partum Amenorrhea
by Control and Contact Groups at Endline



According to Life Table Analysis
Differences are not significant.

LLL/San Pedro Sula