PN-ABZ-582
92356

Juego de Herramientas Básicas Para Monitoreo y Evaluación de Prácticas y Programas de Lactancia Materna

Mary S. Lung'aho
Promoción Ampliada de la Lactancia Materna (PAL)
de Wellstart International

Sandra L. Huffman
Consultora/Nurture

Miriam Labbok
Instituto de Salud Reproductiva, Universidad de Georgetown

Elisabeth Sommerfelt
MACRO International
Demographic

Jean Baker
Promoción Ampliada de la Lactancia Materna (PAL)
de Wellstart International

Septiembre 1996

Esta actividad ha sido patrocinada por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los E.E.U.U. (USAID) bajo el acuerdo cooperativo No. DPE 5966-A-00-1045-00. No necesariamente los contenidos de este documento reflejan los puntos de vista o los lineamientos de la AID.

A

WELLSTART INTERNATIONAL

Promoción Ampliado de la Lactancia Materna (PAL)

3333 K Street, NW, Suite 101

Washington, DC 20007

USA

Tel (202)298-7979 Fax (202)298-7988

E-mail: info@dc.wellstart.org

B

TABLA DE CONTENIDOS

SIGLAS INGLESAS (Con su equivalente en español) xi

CAPITULO UNO: INTRODUCCIÓN 1
Propósito de este Juego de Herramientas Básicas 2
Público Para el Cual Este Juego de Herramientas fue Diseñado 2
Dónde Obtener Ayuda 2
Qué Contiene este Juego de Herramientas? 3

CAPITULO DOS: ¿POR QUE HAY QUE MONITOREAR Y EVALUAR LOS PROGRAMAS Y LAS PRACTICAS DE LACTANCIA? 5
Monitoreo y Evaluación con Propósitos Generales 6
Monitoreo y Evaluación Para Cumplir con los Requerimientos del Donante 6
Monitoreo y Evaluación Para Proporcionar a la Comunidad la Información Necesaria Para Tomar Decisiones 7
¿Qué Diferencia Hay Entre Monitoreo y Evaluación? 7
Cómo Decidir Sobre qué Tipo de Enfoque Debe Utilizarse al Hacer Monitoreo y Evaluación? 8
¿Cuáles son los Pasos que Hay que Dar al Hacer Monitoreo y Evaluación? 9
Consideraciones Sobre el Tamaño de la Muestra 11

CAPITULO TRES: SELECCIÓN Y USO DE LOS INDICADORES 15
Cómo Seleccionar sus Indicadores 15
Indicadores de Procesos 15
Indicadores de Resultados: Indicadores de Prácticas de Lactancia 17
Escogencia de los Indicadores 18
Definiciones Estándar de los Indicadores 18
Tasas de Lactancia 19
Indicador 1. Tasas de Lactancia Exclusiva 19
Indicador 2. Tasa de Lactancia Predominante 20
Indicador 3. Tasa de Nunca Amamantados 20
Iniciación Oportuna de la Lactancia 20
Indicador 4. Iniciación de la Lactancia en la Primera Hora de Vida 20
Duración de Cualquier Lactancia 21
Indicador 5. Tasa de Lactancia Ininterrumpida 21
Indicador 6. Promedio de la Duración de la Lactancia 21
Indicador 7. Mediana de la Duración de la Lactancia 21
Intensidad de la Lactancia 22
Indicador 8. Frecuencia de la Lactancia en 24 horas 22
Indicador 9. Lactancia Total/Parcial/Simbólica 22
Indicador 10. Duración de la Amenorrea Lactacional 23
Alimentación Complementaria Oportuna 23
Indicador 11. Tasa de Alimentación Complementaria Oportuna 23
Uso de Planificación Familiar entre Madres Lactantes 23
Indicador 12. Planificación Familiar entre Madres Lactantes 23
Cómo Hacer las Preguntas Apropiadas 23

C

Otras Preguntas 29

CAPITULO CUATRO: COMO EVITAR CAER EN LAS TRAMPAS MAS COMUNES 31
Diseño de Programa y del Sistema de Monitoreo y Evaluación 31
Establecimiento de Metas Apropiadas 31
Selección de las Preguntas 31
Recolección de los Datos y Codificación 32
Entrenamiento del Equipo 32
Escogencia de los Sujetos de la Encuesta 32
Datos Categóricos 32
Análisis de Datos 33
Edad Calculada vs Edad Reportada 33
Comparación de las Tasas de Lactancia de Dos Grupos de Bebés 33
Duración de la Lactancia: Cálculo del Denominador 34
Períodos de Edad para los Indicadores 34

REFERENCIAS 37

APÉNDICES

Apéndice 1. Dónde Obtener Ayuda A-1

Apéndice 2.Cálculo de la Edad A-3
- **Cálculo Manual de la Edad** A-3
- **Cálculo de la Edad en Epi Info** A-4
- **Cálculo de la Edad Usando SPSS en WINDOWS** A-5
- **Edad en Días para Calcular los Indicadores de Lactancia de la OMS** A-7

Apéndice 3. Cuadros con Datos de Uso en Cálculos Ilustrativos A-9
- **Cálculo Manual de Tasas de Lactancia** A-9
- **Cuadro 7. Datos sobre Recuerdos de 24 Horas de Bebés 0 - <6 Meses** A-9
- **Cuadro 8. Datos sobre Recuerdos de 24 horas de Bebés 6 - <10 Meses** A-10

Apéndice 4. Indicadores: Definiciones y Cálculos Ilustrativos A-11
- **A. Tasas de Lactancia** A-12
  - **Indicador 1. Tasa de Lactancia Exclusiva (Tasa LE)** A-12
  - **Indicador 2. Tasa de Lactancia Predominante (Tasa LP)** A-15
  - **Indicador 3. Tasa de Niños Jamás Amamantados** A-17
- **B. Iniciación Oportuna de la Lactancia** A-18
  - **Indicador 4. Iniciación de la Lactancia en la Primera Hora de Vida** A-18
- **C. Duración de Cualquier Lactancia** A-20
  - **Indicador 5a. Lactancia Continua a los 12 Meses** A-20
  - **Indicador 5b. Lactancia Continua a los 24 Meses** A-21
  - **Indicador 6. Promedio de la Duración de la Lactancia** A-22
  - **Indicador 7. Mediana de la Duración de la Lactancia** A-24
- **D. Intensidad de la Lactancia** A-26
  - **Indicador 8. Frecuencia de la Lactancia en 24 Horas** A-26
  - **Indicador 9. Lactancia Total/Parcial/Simbólica** A-28
  - **Indicador 10a. Promedio de la Duración de la Amenorrea Lactacional** ... A-30
  - **Indicador 10b. Mediana de la Duración de la Amenorrea Lactacional** A-33
- **E. Alimentación Complementaria Oportuna** A-36
  - **Indicador 11. Tasa de Alimentación Complementaria Oportuna** A-36
- **F. Uso de la Planificación Familiar entre las Madres Lactantes** A-39
  - **Indicador 12a. Planificación Familiar Apropiada entre Madres Lactantes** A-39
  - **Indicador 12b. Cualquier Form de Planificación Familiar entre las Madres Lactantes** A-43

Apéndice 5. Muestras de Cuestionarios A-47
- **Formato MADLAC en Inglés** A-48
- **Formato MADLAC en Español** A-51
- **OMS Muestra de Preguntas Para Uso en Indicadores de Lactancia** A-55
- **Preguntas de Lactancia de las Encuestas de Demografía y Salud** A-55

E

Apéndice 6. Datos de los Indicadores de Lactancia **A-61**
Cuadro 10. Estado Mundial de la Infancia 1995. Cuadro 2. Nutrición **A-62**
Cuadro 11. Porcentaje de Niños que Nunca Fueron Amamantados **A-64**

Apéndice 7. Cuadro 12. Requerimientos de Tamaño de Muestra para Diferentes Niveles de Prevalencia de Estudios Transversales **A-67**

Apéndice 8. Algoritmo del Método MELA **A-69**

Apéndice 9. Ilustración del uso del Indicador 9 (Lactancia Total/Parcial/Simbólica) en la Valoración del Impacto del Programa de Lactancia **A-71**

LISTA DE RECUADROS

Recuadro 2.1 Marco Teórico del Monitoreo y la Evaluación 5

Recuadro 2.2 Ejemplo de Planeación de Actividades de Monitoreo en Kenia 11

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Preguntas Prioritarias para Calcular Indicadores de Lactancia 25

Cuadro 2. Preguntas para Calculara los Indicadores de Planificación Familiar 26

Cuadro 3. Preguntas Especializadas para Calcular Indicadores de Lactancia 27

Cuadro 4. Números por Pregunta Necesarios para la Recolección de los Datos 28

Cuadro 5. Datos Ilustrativos de la Importancia de la Distribución por Edades 36

Cuadro 6. Conversión de Edades, Días a Meses A-6

Cuadro 7. Dato Sobre Recuerdos de 24 Horas para Infantes 0 - <6 Meses A-9

Cuadro 8. Datos Sobre Recuerdos de 24 Horas para Infantes 6 - <10 Meses A-10

Cuadro 9. Comparación de los Indicadores Comúnmente Usados en Lactancia A-44

Cuadro 10. *Estado Mundial de la Infancia 1995.* Cuadro 2: Nutrición A-62

Cuadro 11. Porcentaje de Niños que Nunca Fueron Amamantados A-64

Cuadro 12. Tamaños de Muestras Requeridos en Estudios Transversales para Diferentes Niveles de Prevalencia A-67

G

SIGLAS EN INGLÉS CON SU EQUIVALENTE EN ESPAÑOL

Sigla en Inglés			Sigla en Español
BFHI	Baby-Friendly Hospital Initiative	Iniciativa de Hospitales amigos de los niños	
DHS	Demographic and Health Surveys	Encuestas Demográficas y de Salud	DHS
DHS-I	DHS-I	I y II se refieren a el 1 y 2 Encuestas de Demografía y Salud realizado en el país.	DHS-I
DHS-II	DHS-II		DHS-II
EBF	Exclusive breastfeeding	Lactancia exclusiva o lactancia materna exclusiva	LME
EBR	Exclusive breastfeeding rate	Tasa de lactancia materna exclusiva	Tasa LME
EPI	Expanded Program on Inmunization	Programa Ampliado de Inmunización	PAI
Epi Info		Programa de Computador con procesador de palabras. . base de datos y de Cálculos estadísticos usado en Salud pública	.
FP	Family planning	Planificación familiar	PF
HIS	Health information system	Sistema de información en salud	
IEC	Information education, and communication	Información, educación y comunicación	IEC
IGAB	Interagency Group on Breastfeeding (now BOCA)	Grupo interagencial en lactancia materna	IGAB
IRH	Institute of Reproductive Health, Georgetown University	Instituto de Salud Reproductiva. Universidad de Georgetown	IRH
IUD	Intrauterine contraceptive device	Dispositivo intrauterino	DIU
LAM	Lactational Amenorrhea Method	Método de lactancia y amenorrea	MELA

MADLAC	Monitoring Directo Support to Breastfeeding in Hospitals	Monitoreo de Apoyo Directo a la Lactancia en Hospitales	MADLAC
MCH	Maternal and child health	Salud Materno infantil	
MDBF	Mean duration of breastfeeding	Promedio de duración de la lactancia	DPLM
MDLA	Mean duration of lactational amenorrhea	Promedio de duración de la amenorrea	DPAL
MIS	Management information system	Sistema de información gerencial	
NGO	Non-governmental organization	Organización no Gubernamental	ONG
ORS	Oral Rehydration Salts	Sales de Rehidratación Oral	SRO
PBF_a	Percent Breastfeeding	Porcentaje de lactancia	PL_a
PBF	Predominant breastfeeding	Lactancia predominante	LP
PBR	Predominant Breastfeeding Rate	Tasa de lactancia materna predominante	Tasa LP
PLA	Proportion experiencing lactational amenorrhea	Proporción experimentando amenorrea lactacional	PAL
RHIWG	Reproductive Health Indicators Working Group	Grupo de trabajo en indicadores de salud reproductiva	
UNICEF	United Nations Children's Fund	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	UNICEF
USAID	United States Agency for International Development	Agencia para el Desarrollo Internacional de los E.E.U.U	USAID
WHO	World Health Organization	Organización Mundial de la Salud	OMS

CAPITULO UNO: INTRODUCCIÓN

Un nuevo campo ha surgido con los programas de apoyo que procuran alcanzar formas óptimas de lactancia. En el pasado las madres le pasaban dichas habilidades a sus hijas. Hoy en día, el personal de las instituciones de salud y los programas correspondientes se han hecho cargo de enseñar gran parte de este y de otros aspectos de la salud reproductiva. Así como los programas de monitoreo son vitales para determinar si las actividades de promoción están produciendo los resultados deseados, la evaluación de los cambios que se presentan en las prácticas de lactancia y las actividades concomitantes de promoción pueden ayudar a proporcionar la información que se necesita para poder revisar las políticas y los programas.

Las intervenciones en lactancia difieren de muchas intervenciones en otros aspectos de la salud. Las prácticas de lactancia de las madres están influenciadas por el sector que presta servicios de salud y por la sociedad en general, ya que la lactancia es también una práctica influenciada por factores culturales. Los trabajadores de la salud de los sectores formal e informal influyen sobre la lactancia a través de lo que hacen al prestar un servicio (por ej. en la consulta prenatal, en el parto, en el postparto y durante las consultas de crecimiento y desarrollo), y a través de las políticas y de las actividades promocionales. Quienes trabajan en la comunidad influyen sobre la lactancia a través de los medios de comunicación directamente en sus actividades con las madres, las familias y la comunidad en general. Por lo tanto, los programas que quieren abarcar con todo el espectro de promoción de la lactancia, deben incluir actividades no sólo en el sector de la salud, sino también en aquellos sectores que tienen influencia en la comunidad globalmente considerada.

El monitoreo y la evaluación de la lactancia comparten un aspecto común con casi todas las actividades relacionadas con la salud. Las mediciones que se hagan deben tener en cuenta tanto las actividades de intervención (por ej cambios de política, actividades de promoción) como los resultados que se esperan de ellas. (Por ej comportamiento de la lactancia). Aún si un programa se propusiera y lograra medir todas las actividades promocionales del sector salud y de la comunidad, esto no bastaría para determinar si dicho programa esta influyendo en lo que las madres hacen. Para ello es necesario medir las prácticas de lactancia en sí misma.

El monitoreo de los programas de lactancia y la evaluación de las prácticas de lactancia constituyen un desafío por muchas otras razones:

- No se trata de un producto aislado que puede ser distribuido y contado, como tampoco de proveer un servicio único.
- Mientras a muchas otras intervenciones en salud se les puede hacer seguimiento usando solamente una referencia general de la edad del niño (por ej menor de un año) el seguimiento de las prácticas de lactancia, para que sea de alguna utilidad generalmente requiere de una valoración cuidadosa de la edad del bebé.
- Frecuentemente se requiere de una respuesta más compleja que simplemente un SI o un NO para responder adecuadamente las preguntas sobre lactancia.
- Existe una multitud de factores que definen si una lactancia es óptima o no lo es.

Propósito de este Juego de Herramientas Básicas

El propósito de este juego de herramientas básicas es proporcionarle a los gerentes de los programas respectivos algunos métodos prácticos que les faciliten el monitoreo y la evaluación de las prácticas de lactancia. Este juego de herramientas está basado en el documento Indicadores Para la Evaluación del Programa de Salud Reproductiva: Reporte final del Subcomité de Lactancia,[1] (1) al cual se le hicieron los ajustes que permitirán darles a los gerentes de programas trabajando en este campo una guía ajustada a sus necesidades.

Para ello se han incluido muestras de cuestionarios e ilustraciones de las preguntas mínimas requeridas para resolver diversos aspectos de los programas. De igual manera, se han puesto ejemplos de preguntas más complejas que podrían incrementar, aún más, la comprensión que los gerentes tienen de las prácticas de lactancia. Los ejemplos ilustran de qué forma pueden ser analizados los datos recogidos con estos cuestionarios. Adicionalmente se han incluido algunos consejos sobre como determinar el tamaño de muestra adecuada para el monitoreo y evaluación y también otros cuantos consejos sobre qué hacer para no caer en las trampas más comunes en que la gente incurre al hacer mediciones en lactancia.

Público Para el Cual Este Juego de Herramientas Fue Diseñado

Este juego de herramientas fue hecho para ayudarle a los gerentes de programas a valorar los Programas y las Prácticas de Lactancia. Como ya se ha hecho bastante investigación en Lactancia Materna, la comunidad investigativa ha adquirido una gran experiencia en la recolección y en el análisis de datos sobre lactancia con técnicas estadísticas avanzadas. Pero como lo que se quiere con este Juego de Herramientas es proporcionarles a los gerentes y a los trabajadores de campo metodologías útiles, estos instrumentos NO han sido diseñados específicamente para investigadores teóricos o académicos. No obstante, es posible que aquellos investigadores académicos novatos en el campo de la lactancia se puedan beneficiar del análisis de los tópicos metodológicos.

Dónde Obtener Ayuda

Si bien este juego de herramientas proporcionará elementos de guía sobre como monitorear programas y evaluar prácticas de lactancia, es posible que usted necesite buscar ayuda adicional en caso de que no logre estar seguro sobre si puede obtener o no la información requerida a partir del sistema de monitoreo en uso. Es posible también que se precise de ayuda cuando se necesita llevar a cabo una evaluación más extensa. En tales casos, es posible que demógrafos y epidemiólogos que hayan tenido experiencia en encuestas de demografía y salud nacionales puedan dar la ayuda técnica requerida. Expertos en el campo de la lactancia pueden ayudar a determinar cómo hacer las preguntas apropiadas para averiguar cuales prácticas de lactancia en su población objetivo son las claves en la población escogida como objetivo. En el Apéndice 1 se encuentra una lista de las

[1] Tal subcomité también fue conocido como el Grupo de trabajo en indicadores de salud reproductiva (RHIWG) y así se le llamará a lo largo de este documento. Este reporte se puede solicitar escribiendo a: The Evaluation Project, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, CB 8120 University Square, Chapel Hill, NC 27515.

organizaciones que pueden ayudar a encontrar profesionales expertos en diversos tópicos de la Lactancia.

¿Qué Contiene este Juego de Herramientas?

En el Capítulo Dos se discutirá brevemente cuales son las diferencias que existen entre monitorear y evaluar en lactancia. También se analizarán algunos de los aspectos básicos relacionados con el muestreo y el tamaño de muestras requeridas para los estudios y las encuestas usadas en las evaluaciones. Adicionalmente se darán sugerencias sobre dónde encontrar orientaciones más detalladas sobre estos tópicos. En el capítulo tres encontrará ejemplos de aquellos indicadores usados para hacerle seguimiento a las actividades del programa que promueven buenas prácticas de lactancia, así como a los indicadores utilizados para valorar las prácticas reales de lactancia. También se incluyen en el capítulo una lista de las preguntas que pueden usarse para reunir los datos requeridos en el cálculo de cada indicador. El capítulo cuatro hace un bosquejo de las trampas comunes que hay que evitar al medir indicadores de lactancia.

El Juego de Herramientas Básicas contiene también varios apéndices. El Apéndice 1 contiene una lista de las organizaciones que podrían ayudarle a aquellos individuos interesados en monitorear y evaluar prácticas de lactancia y programas de promoción. El Apéndice 2 contiene una guía para calcular edad. El Apéndice 4 proporciona definiciones de cada indicador y dónde sea útil, cálculos ilustrativos. El material de estas páginas ha sido tomado casi completamente del trabajo del RHIWG. Sin embargo, el Apéndice 4 contiene además cálculos ilustrativos basados en los datos incluidos en los cuadros 7 y 8 del Apéndice 3. En el Apéndice 5 se incluyen cuestionarios adicionales y el Apéndice 6 contiene datos de indicadores de lactancia de diferentes países. El Apéndice 7 dice cuáles son los tamaños de muestra requeridos para llevar a cabo estudios transversales. El tamaño de muestra que se necesita varía de acuerdo a la prevalencia de la práctica que nos interesa valorar dentro de la población estudiada. El Apéndice 8 contiene el algoritmo del método MELA y el Apéndice 9 contiene una ilustración del uso del Indicador 9 (Lactancia Completa/Parcial/Simbólica) en la valoración de los cambios de conducta de lactancia a lo largo del tiempo.

CAPITULO DOS: ¿POR QUÉ HAY QUE MONITOREAR Y EVALUAR LOS PROGRAMAS Y LAS PRACTICAS DE LACTANCIA?

Los puntos generales que se tienen en cuenta en la valoración de las actividades de promoción y apoyo de la lactancia, son en gran parte similares a los que se utilizan en otros programas de salud. Estos son la planeación, el entrenamiento, la supervisión y la implementación (incluyendo la cobertura de la población objetivo y la calidad de servicios prestados). A lo largo del capítulo se discutirán dos tipos básicos de objetivos: los objetivos del proceso y los objetivos del resultado. Los objetivos del proceso tienen que ver con el uso de los recursos, con las actividades y los servicios.[2] Los objetivos del resultado tienen que ver con los efectos conductuales que resultan a corto y a largo plazo, de estas actividades del programa. El monitoreo o seguimiento de las actividades del programa en relación con los objetivos del mismo, pueden ayudarle a los gerentes de los programas a valorar sus avances en la promoción de una actividad dada (tal como el porcentaje de actividades de entrenamiento que se han completado), así como en el logro de los objetivos propuestos (tales como el aumento del número de mujeres que lactan exclusivamente durante seis meses) y también le permite a los gerentes hacer los cambios apropiados cuando no se están alcanzando los objetivos deseados. El monitoreo de las prácticas de lactancia de una comunidad le ayudará a los gerentes a determinar si el nivel actual de actividades está teniendo el impacto esperado en las prácticas.

El Recuadro 2.1 da ejemplos de los indicadores de cada uno de estos objetivos.

Recuadro 2.1 Marco Conceptual para el Monitoreo y la Evaluación

----------->Procesos---------->			----------->**Resultados**---------->	
Recursos	Actividades	Servicios	**Efectos**	Impactos
			Conocimientos **Actitudes** **Creencias** **Prácticas**	Salud Estado Nutricional
Consejeras Financiamiento	Reuniones de Grupo Visitas domiciliarias Educac. comunitaria Supervisión Capacitación Producción de materiales de capacitación, tarjetas de consejería	Madres aconsejadas Diagnósticos de Prácticas de Lactancia	**% de niños 0-<6 meses exclusivamente amamantados** **Duración mediana de la amenorrea**	% de desnutridos

Fuente: adaptado del "Evaluation Project", Indicadores de Salud Reproductiva, 1995

[2] En el campo de evaluación de programas los términos ingleses "inputs", "processes", y "outputs" se usan con relación a recursos, actividades y servicios.

Esta valoración con dos niveles, i) Seguimiento del avance de las actividades del programa para decidir también si están cumpliendo con los objetivos del proceso, y ii) seguimiento del avance de las conductas de lactancia, y si alcanzan lo esperado, es la esencia del monitoreo y la evaluación de programas.

Es importante que cada gerente de programas y cada evaluador de los mismos tengan bien claro cual o cuales son sus razones para seleccionar determinado proceso de promoción de lactancia, o tal o cual indicador de resultado. Los indicadores se seleccionan para que reflejen la evolución hacia los objetivos propuestos y la selección de los objetivos es un primer paso importante en el diseño de cualquier programa o proyecto.

Monitoreo y Evaluación con Propósitos Generales

Las razones que motivan a los gerentes de programas a evaluar o monitorear sus actividades son diferentes. Entre las más frecuentes se mencionan las siguientes:

1) Establecer prioridades para la asignación de recursos: *¿La inclusión de la promoción de la lactancia dentro de las actividades de las personas encargadas de la inmunización, reduce la cobertura de sus inmunizaciones (requiriendo por lo tanto un aumento en los trabajadores que se necesitan); no tiene ningún efecto; o trae como resultado tazas de inmunización aún mayores?*

2) Proporcionar información para educar y motivar al equipo de trabajo y aumentar su nivel de satisfacción: *Los ayuda a motivar el seguimiento y la exhibición pública del número de sesiones de consejería dirigidas por voluntarios?*

3) Valorar la calidad de los servicios: *Qué proporción de trabajadores de la salud tocan el tema de la alimentación del niño durante una consulta de niño sano?*

4) Valorar cobertura: *Qué proporción de mujeres embarazadas participaron en sesiones de consejería durante el último mes?*

5) Valorar las necesidades de capacitación y supervisión: *Son los consejeros capaces de ejercer alguna influencia sobre la conducta del usuario? Obtuvieron por encima del 70% en los exámenes de idoneidad?*

6) Comparar las unidades exitosas con las no exitosas en lo referente a un aumento en la comprensión de las actividades del personal y de los tópicos comunitarios: *Existen diferentes niveles de consejería en cada área? Están mejor capacitadas, mejor motivadas y más activas las consejeras de un área que las de otra?*

Monitoreo y Evaluación Para Cumplir con los Requerimientos del Donante

Las agencias donantes frecuentemente tienen necesidad de datos muy específicos para poder valorar si los fondos han sido bien gastados y para calibrar los avances hechos que puedan justificar la

renovación del financiamiento. Por lo tanto, las razones que existen para hacer monitoreo y evaluación con el objetivo de satisfacer los requerimientos de los donantes incluyen:

1) Proveer pruebas de haber logrado los objetivos predeterminados para hacerse merecedor del apoyo del donante y para que los donantes puedan justificar los gastos y las solicitudes futuras: *Hubieron algunos cambios en las prácticas de lactancia como resultado del programa?*

2) Proveer información sobre el programa a los tomadores de decisiones, a los miembros de la comunidad y colegas: *Qué proporción de mujeres tienen sus partos en una institución dada?*

3) Reunir los datos que se necesitan par a promover cambios de políticas: *Qué proporción de bebés consumen fórmulas infantiles? Qué porcentaje de mujeres lactantes usan métodos de planificación familiar?*

Monitoreo y Evaluación Para Proporcionarle a la Comunidad la Información Necesaria Para Tomar Decisiones

Si el programa comienza teniendo un interés general en la salud de la comunidad, pero consciente también de que la comunidad no percibe todavía que este programa debe ser prioritario, quizás sea necesario poder mostrar los logros del proceso y los logros en resultados, que convenzan a los miembros de la comunidad, especialmente a los encargados de tomar decisiones, de la necesidad de contar con sus recursos y su apoyo. Entre las razones existentes para usar el monitoreo y la evaluación para poderle proporcionar a la comunidad la información que requiere están:

1) Informar a los líderes de la comunidad sobre las prácticas locales: *¿Qué proporción de madres usan biberones?*

2) Propiciar intervenciones comunitarias aumentando la comprensión de la comunidad sobre los beneficios potenciales de la lactancia: *Demostrar los efectos de la lactancia sobre la fertilidad.*

¿Qué Diferencia Hay Entre Monitoreo y Evaluación?

El monitoreo consiste en la recolección cuidadosa y previamente planeada de datos, diseñada para ayudar a valorar si alguien está alcanzando o no los objetivos que se propuso. Con frecuencia uno recoge la información que se va a utilizar con propósitos de monitoreo de una manera continua. Frecuentemente también , la recolección de tal información se encuentra ligada o forma parte de una de las actividades que se hacen día a día en el programa. Así como los resultados de la actividad de monitoreo deben ser usados para retroalimentar el programa a medida que este se desarrolla, de igual forma sus hallazgos también son útiles durante las evaluaciones periódicas más detalladas del programa. En algunos casos tales evaluaciones incluirán también estudios adicionales especiales o encuestas, si no es posible derivar la información necesaria del sistema regular del monitoreo. Debe tenerse en cuenta desde luego, que cada vez que se hacen estudios adicionales los costos aumentarán.

La meta de las evaluaciones de los programas de lactancia es ilustrar si se han presentado cambios en las prácticas de lactancia y si estos cambios pueden ser atribuidos con validez estadística al programa evaluado.

Por lo general, el monitoreo debe basarse en datos fácilmente recolectables de manera continua o periódica y por lo tanto es mandatorio limitar estrictamente la recolección de los datos a aquellos indicadores que son necesarios para valorar objetivos específicos. Debido a que las evaluaciones se realizan menos frecuentemente, estas pueden ser más detalladas e incluir datos que toman un tiempo relativamente grande para reunirlos y por lo tanto cuestan más. Dentro del propósito de este juego de herramientas básicas no está analizar investigaciones que deben ser cuidadosamente planeadas, para darle respuesta a preguntas preseleccionadas y que requieren análisis sofisticados.

Para monitorear y evaluar de manera tal que el costo beneficio sea bueno, es necesario diseñar objetivos de medición fáciles de entender. Más aún los indicadores, las medidas de los objetivos propuestos, deben ser claros y cuantificables en lo posible, y deben ser fácilmente analizables a partir de los datos.

Sin embargo, debe reconocerse que aún la recolección de los datos de monitoreo toma tiempo y requiere que los responsables de la recolección hayan sido capacitados para ello. La manera de abordarlo con mejor costo beneficio es, cuando esto sea posible, seleccionando medidas basadas en el sistema de información de salud permanente, o incorporándole a dicho sistema unas pocas medidas seleccionadas.

¿Cómo Decidir Sobre que Tipo de Enfoque Debe Utilizarse al Hacer Monitoreo y Evaluación?

Para obtener la información necesaria para poder monitorear y evaluar la evolución de su programa, posiblemente se tengan que usar varios tipos de fuentes de datos, es decir que diferentes fuentes proporcionarán los datos requeridos por diferentes tipos de indicadores. En ocasiones es posible recolectar los datos a partir de los registros disponibles, otras veces pueden llegarse a necesitar estudios separados.

En el monitoreo y en la evaluación se utilizan las siguientes fuentes de datos:

Registros existentes: Los datos de monitoreo por lo general permiten examinar los cambios que se presentan en conocimiento o prácticas a partir de las variaciones observadas con relación a una línea de base. Puede que sea posible obtener tal información de base de registros o sistemas de registro existentes. La obtención de datos que sirvan como línea de base a partir de estudios o sistemas de registros ya existentes puede ser el método más eficiente económicamente de recolectar cualquier información que uno necesite y la exploración de esta posibilidad debe ser parte de todas las estrategias de recolección de datos. Sin embargo los registros existentes podrían no contener parte de la información requerida, v.gr. datos exactos de la edad de los bebés. También es posible que dichos registros sean difíciles de revisar para los propósitos de un monitoreo.

Sistemas de Información de Salud o Sistemas de Información Gerenciales (HIS/MIS): Es posible que tales sistemas ya existan. Por ejemplo, un buen sistema de supervisión incluirá sin duda, un

sistema de información gerencial para que los programas que estén llevando a cabo puedan ser monitoreados. Si un sistema tal existe ya, podría ser posible recolectar una pequeña cantidad de información adicional que permita obtener datos sobre algunos de los indicadores de proceso. En algunas instancias podría ser posible obtener información sobre prácticas de lactancia tal y conforme se está llevando a cabo en el momento. De nuevo, se necesitarán datos de edad y es posible que las edades no hayan sido registradas en el sistema de información gerencial en intervalos suficientemente pequeños, ni tampoco las prácticas de lactancia con suficiente detalle para poder valorar las prácticas con exactitud.

Encuestas intermitentes: Donde no se pueden utilizar los registros continuos de un sistema de información gerencial a causa de un nivel educativo insuficiente del trabajador de salud o por el costo que implica tener un sistema regular de comunicación funcionando, algunas veces es posible instituir una serie de mini-encuestas espaciadas por intervalos específicos regulares. Esto algunas veces es más caro, pero es necesario donde no existen registros o estos son de calidad deficiente. Otras estrategias para hacer encuestas podrían ser: una encuesta única que incluya datos de antes de y después de, una encuesta anual, o estrategias que se aprovechan de la existencia de otras actividades como por ej cuando usted puede pegarle un cuestionario a otra encuesta que se esté llevando a cabo.

Uso de sitios centinela: Donde las distancias son grandes y los recursos limitados, puede que sea mejor identificar unos pocos sitios en los cuales se puede llevar a cabo un monitoreo continuo. La recolección regular de datos de prácticas de lactancia de una muestra de mujeres de un número pequeño de sitios (sitios en donde viven comunidades con los mayores índices de seguridad alimentaria por ej) ayudará a reducir la escala de la recolección de los datos y conducirá a ahorros en términos de personal, costo y tiempo. Esta manera de trabajar aumentará también la profundidad de los análisis y la interpretación que es posible hacer de los datos; tal vez sea posible que dé cuenta del impacto de otros factores y que sutiles diferencias entre grupos étnicos y sociales se hagan aparentes. Desde luego, si los sitios centinelas son diferentes de otras comunidades, no será posible aplicar los hallazgos a otros grupos pertenecientes al programa.

Entrevistas de salida: Si el proyecto tiene su base física en alguna institución, entrevistas realizadas con intervalos fijos a usuarios que salen de la institución pueden proporcionar una gran cantidad de información. Se puede usar un formato como el que se muestra en el Apéndice 5 el cual es usado en Honduras y al cual nos referiremos por el nombre de MADLAC. El formato de MADLAC se le aplica mensualmente a una muestra de madres al dejar el hospital, ya sea después del parto o después de una consulta de niño sano.

¿Cuáles son los Pasos que Hay que dar al Hacer Monitoreo y Evaluación?

Auto-diagnóstico:

Antes de comenzar a seleccionar los indicadores para medir los objetivos escogidos, considere cuál es su posición de partida:

Por qué está usted interesado en el monitoreo y evaluación de la lactancia? Existe un área de su programa que necesita ser reforzada o está usted incluyendo este objetivo por razones de política o por razones políticas?

La población de la cual deben recogerse los datos puede estar influenciada por grupos que son objetivos del programa existente o por mandato.

Qué información y que datos hay ya disponibles? Hay alguna información disponible que pueda servir como línea de base? . Si esto es así, al reducirse las necesidades por no tener que recolectar sino solamente los datos de seguimiento, posiblemente se requiera de una estrategia menos intensa de la que se requeriría para cambiar el sistema en uso de información gerencial.

Con qué mecanismos de recolección de datos se cuenta? Existe y está funcionando adecuadamente un sistema de información gerencial bien establecido? . Si eso es así, posiblemente la modificación de este instrumento sea la mejor estrategia en cuanto a costo efectividad. Se está haciendo en la actualidad algún tipo de encuesta en el área? de nuevo, una pequeña adición a un instrumento ya en función puede ser una estrategia eficiente.

Cuales son los costos relativos tanto en recursos humanos como fiscales, al comparar las estrategias de recolección en uso con las nuevas estrategias o con la modificación de las existentes?

Planificación:

Al decidir sobre que debe hacerse en el monitoreo de la promoción, las actividades y las prácticas de lactancia, el gerente del programa debe poder responder a las siguientes preguntas:

1) ¿Cuáles son los objetivos de proceso y de resultado y qué indicadores se usarán para valorar cada objetivo?.

2) ¿Cuál es el grupo objetivo? Por ej., un grupo de mujeres embarazadas por primera vez, todas las mujeres embarazadas, o todas las mujeres con niños menores de dos años.

3) ¿Existen ya fuentes de datos?

4) ¿Qué combinación de datos ya existentes y de datos que se pueden recolectar usando los recursos disponibles en el momento podrá usarse para armar un sistema de monitoreo que funcione bien?

5) ¿Qué recursos hay disponibles para recolectar datos adicionales? (v.gr. ¿hay computadoras, personal disponible para llevar a cabo las encuestas?)

Recuadro 2.2 Ejemplo: Planificación de Actividades de Monitoreo en Kenia

Un programa de Kenia ha decidido que su objetivo son las madres que asisten a un servicio de consulta externa prenatal. El equipo de trabajo del programa desea asegurarse que durante el tercer trimestre del embarazo, todas las madres participarán en sesiones de consejería sobre la importancia del inicio oportuno (es decir, la importancia de colocar al recién nacido a mamar en la primera hora después del nacimiento).
Para ello el equipo de trabajo decidió lo siguiente :

1. Un objetivo de proceso podría ser proporcionarles sesiones de consejería al menos una vez durante el tercer trimestre de gestación al 80% de embarazadas que asisten a la consulta. También se podrían establecer otros objetivos de proceso, por ej: asegurarse que el control del tercer trimestre quede registrado en todas las historias clínicas prenatales. Para valorar esto las consejeras le colocarían una marca a las historias clínicas de las mujeres que participasen en sesiones de consejería.

Un objetivo de resultado podría ser: Incrementar del 50 al 70 % el porcentaje de madres que colocan sus bebés recién nacidos al pecho en la primera hora postparto, en el grupo de mujeres que participasen en las sesiones de consejería.

Un indicador de proceso podría ser el número de madres en el tercer trimestre de embarazo que participasen en las sesiones de consejería, del total de madres en el tercer trimestre de embarazo que asistieran a la consulta externa prenatal (es decir el porcentaje de madres en el tercer trimestre de embarazo que participasen en sesiones de consejería).

Un indicador de resultado podría ser: Dentro del grupo de madres que han participado en sesiones de consejería, el porcentaje que comienza a amamantar (que coloca el niño al pecho) dentro de la primera hora de vida.

2. El grupo objetivo: Todas las madres que asisten a la consulta externa prenatal que están en el tercer trimestre de embarazo.

3. Fuentes de datos existentes: Los registros individuales del servicio de consulta externa, que contienen información sobre el número de consultas hechas, los servicios recibidos, etc. Estos datos no han sido aún recopilados (organizados sistemáticamente)..

4) Estrategia: a) Sacar todas las historias o tomar una muestra (como por ejemplo cada décima historia), colocar en Epi Info el número de historia, la edad del bebé y si el infante fue puesto al pecho dentro de la primera hora postparto, o hacer una lista en una hoja de papel, en columnas. (es decir, agrupando datos existentes para determinar el porcentaje de madres en su tercer trimestre que han participado en sesiones de consejería). b) Calcular el porcentaje de las que amamantaron dentro de la primera media hora después del parto. c) Desarrollar un formato de entrevista (o cuestionario) para madres que han asistido a sesiones de consejería. d) Utilizar el equipo de salud local para hacerle entrevistas de seguimiento a las madres para determinar que tan pronto después del parto colocaron sus niños al pecho.

5)Dentro de los recursos para el proyecto se incluyen: Un computador portátil con Epi Info o lápiz y papel para poder hacer los cálculos a partir de los datos existentes en las historias. También hay fondos para contratar a dos miembros del equipo de salud del lugar para llevar a cabo las entrevistas en la comunidad.

Consideraciones Sobre el Tamaño de la Muestra

Al medir objetivos de proceso o de resultado, para lograr obtener cifras que tengan significado, es crucial tener un tamaño de población suficientemente grande. Esto depende frecuentemente de los recursos disponibles y del nivel de representatividad que usted desea darle a las cifras que ha obtenido. En las sesiones siguientes se ilustra de que forma la determinación del tamaño de la muestra puede ayudarle a decidir el alcance que puede tener su trabajo. El alcance puede también depender de qué información hay ya disponible (encuestas de demografía y salud, estadísticas mensuales del centro de salud, datos del sitio centinela, etc.). El alcance dependerá también de los

mecanismos de recolección de datos con que cuente, así como de los sistemas a su disposición para analizar los datos que le llegan y devolverle la información procesada a quienes hacen el trabajo de campo.

El monitoreo en sí mismo no requiere un tamaño de muestra específico. La valoración de los cambios sin embargo si requiere tener en cuenta los tamaños de los grupos que se comparan.

Estudios y encuestas con frecuencia se llevan a cabo como un componente de la evaluación del programa. Tales estudios por lo general son diseñados para hacer estimativos de indicadores de resultado. Por ej, las prácticas de lactancia en una comunidad. Algunos estudios se diseñan para valorar ciertos aspectos de las actividades del programa, por ej de la calidad de la atención. Debido a que tales estudios y encuestas reúnen información de una muestra de la población, los resultados pueden no ser exactamente los mismos que se encontrarían en la totalidad de la comunidad. Por lo tanto, se dice que los resultados del estudio o de la encuesta están sujetos a error. Tal tipo de error surge de dos fuentes principales: sesgo y errores de muestreo. La discusión detallada de los diferentes aspectos de diseño y determinación del tamaño de la muestra, está por fuera de los alcances de este juego de herramientas básico. Tampoco se discutirán aquí el efecto que tiene el tipo de diseño de la muestra sobre los hallazgos, es decir el llamado "efecto de diseño." En el libro de Smith y Morrow, 1991 (2) se encuentra un análisis muy útil sobre diseño de estudios y consideraciones sobre tamaño de muestras.

Manuales detallados sobre encuestas publicadas por la OMS describen los pasos necesarios para llevar a cabo encuestas en muestras de conglomerados, cuando se quieren hacer estimativos de las tasas de cubrimiento de inmunización, o valorar los programas que tratan de controlar las enfermedades diarreicas y manejar adecuadamente las enfermedades respiratorias de los niños (3, 4).Al usar estas metodologías de muestras de conglomerados para valorar la cobertura de vacunación, se recoge información de por lo menos siete niños entre 12 - <24 meses en cada uno de 30 puntos geográficos de muestreo o conglomerados. Es importante tener una lista actualizada de la población que se va a estudiar, que muestre el tamaño de la población de cada sub-unidad geográfica, para usarla como base en la selección de 30 conglomerados. Para evitar sesgos de selección hay que poner especial cuidado en la técnica usada en la selección de las personas que responderán la encuesta en cada uno de los 30 conglomerados. Se puede usar una metodología similar para valorar prácticas de lactancia, aunque es posible que sea necesario ajustar el tamaño de la muestra. (ver más adelante).

Aún si se pudiera seleccionar una muestra completamente representativa y carente de sesgos, los estimativos de los indicadores (v.gr. el porcentaje de niños entre 12 - <16 meses que son amamantados) estarían sujetos a errores de muestreo. Por ej, si 76% de los niños entre 12 - <16 meses de edad de la población total son amamantados, una encuesta con tal muestra representativa podría encontrar, solamente por pura casualidad, que el 82% de los niños de este grupo de edad son amamantados. Otra encuesta también con una muestra representativa, seleccionada usando la misma metodología y hecha al mismo tiempo podría encontrar que el 71% de los niños están siendo aún amamantados.

La magnitud del error de muestreo se reduce cuando se aumenta el tamaño de la muestra, es decir cuando el tamaño de la muestra es adecuado hay más posibilidades de que el valor verdadero, o valor poblacional de un indicador dado se acerque al valor encontrado en la encuesta. El así llamado "intervalo de confianza" de un estimativo es más pequeño o más estrecho cuando el tamaño de la

muestra es más grande, es decir, es posible predecir con mayor confianza cuál es el valor de un indicador en la población en sí misma cuando la encuesta se le hace a una muestra más grande (adecuada) que a una muestra más pequeña (inadecuada).

A los gerentes de programas frecuentemente les interesa averiguar si ha habido algún cambio después de la introducción de un nuevo programa. El cuadro 12 del Apéndice 7 (reproducida de (5)) muestra cuales son los tamaños de muestra que se requieren para poder demostrar distintos cambios en los porcentajes en la ocurrencia de una condición o indicador. Como se ve en el cuadro, el tamaño de la muestra es dependiente tanto de la magnitud del cambio como de lo frecuente que sea la condición o la práctica. En este cuadro se puede ver claramente que para detectar cambios relativamente pequeños de (5 a 10 puntos de porcentaje) en lactancia se requieren tamaños de muestras grandes. Los tamaños de muestra expuestos en ese cuadro pueden servir de guía al diseñar estudios o encuestas con propósito de evaluación.

Algunas veces se usan porcentajes basados en números relativamente pequeños como parte de un proceso evaluativo. Como una regla empírica muy práctica, los porcentajes basados en denominadores del 25 al 49 deben ser interpretados con muchísima precaución. Si el denominador es menos de 25, usualmente es mejor no mostrar los resultados como porcentajes. Por ejemplo si en una encuesta se encuentra que 3 de 17 niños de una aldea A son amamantados, en comparación con 1 de 24 niños de una aldea B, estos hallazgos pueden no representar una verdadera diferencia entre estas dos aldeas. Si estos hallazgos se presentaran como porcentajes, la tasa de lactancia en la aldea A se calcularía en 18% comparada con solamente 4% de la aldea B.

Cuando el tamaño de la muestra es de 50 o más entonces es posible usar porcentajes y es más fácil poder hacer comparaciones. Sin embargo esto quiere decir que hay que tener por lo menos 50 niños en cada grupo de edad.[3] Así, si usted desea desagregar las tasas de lactancia usando intervalos de un mes (<1 mes, 1 - <2 meses, 2 - <3 meses, 3 - <4 meses), necesitará 50 niños en cada uno de estos grupos de edad. Si solamente tiene 25 niños de cada edad, entonces combine los grupos formando categorías de <1 - <2 y de 2 - <4.

Para ilustrar este punto un poco más, la OMS llevó a cabo una encuesta de muestras de conglomerados en seis países en los cuales se midieron las prácticas de lactancia.

El número más pequeño de niños de cada grupo de edad de < de 4 meses, divididos en intervalos de 1 mes cada uno fue de 70 niños.

Es importante recordar que se pueden incluir preguntas sobre lactancia en cualquier sistema de monitoreo o evaluación de otros programas. No se necesitan un sistema o una encuesta separados. Sin embargo será importante determinar el tamaño de muestra necesario para cada variable que se desee medir con exactitud, y escoger una muestra de un tamaño suficientemente grande para poder hacer todas las comparaciones estadísticas que se necesiten.

[3] Para muchos propósitos no sería suficiente tener 50 niños de cada grupo de edad.

CAPITULO TRES: SELECCIÓN Y USO DE INDICADORES

El propósito del monitoreo y la de la evaluación es permitirle a los gerentes hacerle seguimiento a los avances hechos hacia la obtención de los objetivos del programa. Por lo tanto ,los indicadores deben ser seleccionados sobre la base de los objetivos del programa. Los indicadores de proceso miden actividades diseñadas para producir resultados deseados. Si bien los indicadores pueden ser cualitativos o cuantitativos, en ambos casos debe ser posible recolectarlos fácilmente. El subcomité de lactancia de RHIWG ha publicado recientemente un reporte que recomienda algunos indicadores para medir actividades de promoción de la lactancia así como prácticas de lactancia. Se definen en él indicadores para actividades en las siguientes áreas: políticas, calidad de atención, nivel de consejería en la comunidad, capacitación, planificación familiar, e información , educación y comunicación (IEC). Recomendamos que en cuanto se a posible se usen las definiciones previstas por él RHIWG (Ver Apéndice 4). Sin embargo cada proyecto tiene características únicas que con frecuencia requiere indicadores propios para hacerle seguimiento a las actividades del programa. Además de incluir los indicadores estándar mencionados, por supuesto también se pueden incluir indicadores de resultado específicos para cada programa. En la segunda parte de este capítulo se analizan las recomendaciones que se hacen para la selección de indicadores de resultados.

Cómo Seleccionar sus Indicadores

Indicadores de Procesos

En cuanto sea posible, los indicadores de proceso deben ser reportados como porcentajes o como proporciones. Por ej, reportar el número de mujeres que han recibido consejería sobre buena práctica de lactancia en la consulta prenatal del tercer trimestre proporciona apenas una información limitada- El reporte de tal número no necesariamente indica qué tanto se acerca un programa a lograr que todas las mujeres puedan tener consejería promoviendo la lactancia. Los hallazgos pueden ser reportados ya sea como una proporción (1/3) o como un porcentaje (33%). En aquellos casos de indicadores de proceso, donde solamente se ha planeado un número relativamente pequeño de actividades, no tiene ningún sentido reportar los hallazgos como porcentajes. Sin embargo sigue siendo útil reportar el número de actividades que se han desarrollado en relación con los objetivos propuestos. (v.gr. número de sesiones de capacitación que llevadas a cabo con relación al número de sesiones de capacitación planeadas).

Algunas actividades no tienen componentes que puedan ser medidos como una cantidad, pero tienen por el contrario una fecha en que se deben completar (v. gr. desarrollo de formato de entrada y de seguimiento). Es importante asignarle a este tipo de indicador una fecha límite o alguna otra especificación (para cuando, o antes de que fecha o de que otra actividad debe haberse completado esta actividad de la que estamos hablando).

Abajo se dan ejemplos de indicadores de proceso. Los indicadores que llevan un asterisco (*) son algunos de los indicadores definidos por el RHIWG en el documento "Indicadores para la Evaluación del Programa de Salud Reproductiva: Reporte final del subcomité de Lactancia" (1).

Como indicadores del proceso de capacitación pueden incluirse los siguientes:

- Terminación del desarrollo del currículum
- Capacitaciones terminadas
- Proveedores de servicios (por unidad básica) que están capacitados en consejería en lactancia*
- Proveedores capacitados que son suficientemente diestros (por objetivos) en consejería en lactancia

Como indicadores del IEC pueden incluirse:

- Grupos focales que se han completado
- Productos de comunicación desarrollados cuyo objetivo es la lactancia*
- Plan de diseminación desarrollado
- Plan de diseminación activado
- Productos de comunicación, cuyo objetivo es la lactancia, diseminados*
- Audiencia objetivo expuesta a los mensajes de lactancia de IEC*

Como indicadores de la calidad de atención prestada puede incluirse:

- Proveedores de servicios entrenados en el uso de servicios de planificación familiar para hacerle llegar los protocolos de lactancia a las mujeres*
- Sitios de servicio con personal capacitado
- Proveedores de servicios que se cercioran de que la mujer esté amamantando o no antes de proporcionarle orientación en el uso de métodos anticonceptivos o de recomendárselos*
- Sitios de servicio que logran alcanzar parámetros garantizables de calidad

Dentro de los indicadores del desarrollo de las políticas pueden incluirse:

- Existencia de una política nacional de lactancia materna.*
- Existencia de un plan nacional de lactancia materna
- Decisión tomada por el grupo encargado de dictar políticas de cambiar una política anterior
- Nueva política implementada

Se recomienda hacerle seguimiento a la evolución del desarrollo y la implementación de las actividades de monitoreo y evaluación. Como indicadores para ello pueden incluirse:

- Identificación de los expertos necesarios que podrán contribuir en el proceso
- Terminación satisfactoria del plan de evaluación aprobado
- Desarrollo de formatos de entrada y de seguimiento
- Terminación de la recolección de los datos
- Actividades de evaluación terminadas
- Procesos de retroalimentación implementados

Los indicadores de proceso variarán con el tipo de programa. Los siguientes son unos cuantos ejemplos de cómo se podría modificar los indicadores dependiendo del programa.

Los donantes internacionales/ los grupos encargados de decidir las políticas nacionales (grupo materno infantil/ grupo de planificación familiar/grupo económico/de trabajo/de educación) podrían estar interesados en indicadores de proceso tales como:

- Programas lanzados
- Plan de acción para un proyecto de investigación

Las instituciones de maternidad también van a tener sus intereses especiales. La iniciativa de Hospitales Amigos del Niño ha provocado interés en: *Los Diez Pasos Para una Lactancia Exitosa.* En consecuencia los indicadores de proceso podrían ser:

Porcentaje de los diez pasos logrados completamente
Porcentaje de madres con infantes compartiendo habitación o lecho

Otros hospitales e instituciones podrían estar interesados en saber qué porcentaje de su población cae dentro del rango del grupo objetivo o en saber el porcentaje del equipo de salud capacitado para dar apoyo en lactancia.

Los programas de salud desearían conocer el porcentaje de proveedores del PAL o de materno infantil o de planificación familiar capacitados en lactancia materna y en el uso de MELA o el porcentaje de madres con niños menores de tres años que no han quedado nuevamente embarazadas.

Otras organizaciones no gubernamentales (ONG) enfocadas hacia el desarrollo de organizaciones comunitarias y de base pueden establecer algún objetivo de proceso relacionado con la lactancia, como el porcentaje de madres remitidas para consejería en lactancia materna o MELA.

Nota: Es muy importante que sus indicadores de proceso, cuando sean adecuadamente monitoreados y evaluados, se relacionen con el resultado final. Por lo tanto en general lo más lógico sería seleccionar sus objetivos de resultado y sus medidas correspondientes en concordancia con la selección de sus medidas de proceso. Si además la medición de sus indicadores puede ser complementaria y recolectarse al mismo tiempo o a través del mismo instrumento de medición, habrá logrado usted un beneficio adicional.

Indicadores de Resultado: Indicadores de Prácticas de Lactancia

La valoración de los "resultados" de lactancia incluye la medición de las conductas y prácticas de amamantamiento dentro de los miembros de una población objetivo. Los resultados se miden frecuentemente para determinar los cambios de conducta de las madres que podrían ser atribuidos a un programa o intervención determinado. En ocasiones oirá usted referirse a los resultados como "efectos" o "impactos." "Efectos" son cambios a corto y mediano plazo (v. gr. 2 a 5 años) que se observan en una conducta, inducidos por el programa (v.gr cambio en la proporción o en las tasas de lactancia exclusiva, complementación oportuna). "Impactos," son cambios que ocurren a largo plazo sobre la morbilidad, la mortalidad, las tasas de fertilidad, el estado nutricional, etc. Para medir estos impactos se requiere tener métodos de investigación adecuados y tamaños de muestra grandes, lo cual implica costos mayores. Usualmente los estudios de impacto son prospectivos (los datos se recolectan de los mismos niños durante un período de tiempo específico).

En cualquier estudio que mida el impacto de los prácticas de lactancia sobre la morbilidad, hay varios factores que pueden explicar los resultados encontrados (6). La mayoría de los sistemas de monitoreo y evaluación no tienen la capacidad de controlar todos los factores y por lo tanto no pueden valorar el impacto con certeza estadística.

Puede que exista alguna asociación entre una práctica de lactancia específica y la morbilidad del niño o su estado nutricional. Esta sería evidente si una práctica determinada afectara la morbilidad del niño

o su estado nutricional. Sin embargo las siguientes alternativas podrían explicar la razón de esta asociación:

1) La morbilidad y/o la desnutrición aumentadas cambian la práctica de lactancia;

2) La práctica de lactancia no está asociada con el status de morbilidad ni con el status nutricional pero sí está relacionada con otros factores asociados que confunden y que asociados con el status de morbilidad y el nutricional;

3) Un sesgo en la selección de los niños incluidos en la encuesta, o en la clasificación del status de lactancia, o en la clasificación de su morbilidad, o de su status nutricional llevó a que se diera la asociación observada; y

4) No hay asociación entre la práctica de lactancia y la morbilidad/desnutrición; la asociación observada se debe a variaciones de la muestra (es decir, al azar).

Se recomienda, por estas razones, que los programas no gasten sus recursos ni su tiempo tratando de observar cambios en la morbilidad asociados a cambios en las prácticas de lactancia.

Escogencia de los Indicadores

El foco del programa y las circunstancias específicas de la comunidad que nos interesa determinará la escogencia de los indicadores. Por ejemplo, puede que se conozca por investigaciones previas o por la experiencia del programa que todas las madres comienzan a amamantar. Sin embargo muchas comienzan a añadir alimento complementario durante los primeros meses y continúan lactando solamente por algunos meses más. En esta instancia no sería apropiado medir la tasa de los que "nunca fueron amamantados." En su lugar, deberíamos monitorear la tasa de lactancia exclusiva y al mismo tiempo encargarnos de buscarle soluciones al problema de la suplementación alimentaria precoz dentro de las actividades del programa. Además sería muy útil monitorear que avances se van logrando en la prolongación de la duración de la lactancia continua a los 12 meses. En seguida se esboza una breve manera lógica de utilizar la medición de cierto grupo de indicadores.

Definiciones Estándar de los Indicadores

Mucho trabajo ha tenido que hacerse para desarrollar los indicadores de medición de las prácticas de lactancia. El uso de definiciones inconsistentes en la medición de las prácticas de lactancia ha resultado en conclusiones contradictorias sobre la prevalencia de las prácticas de lactancia y su relación con factores tales como morbilidad, mortalidad y crecimiento infantil. Para facilitar la recolección de información y datos comparables de lactancia, muchos grupos han trabajado durante muchos años para definir y operacionalizar los indicadores de las practicas de lactancia.[4] Estas definiciones se usan ahora ampliamente.

[4] Los grupos incluyen grupos financiados por la AID de los EE.UU (como el grupo interagencial para acciones de lactancia IGAB), la OMS (división para el control de diarreas e infección respiratoria aguda), UNICEF, DHS y mas recientemente el subcomité de lactancia RHIWG.

Los indicadores de resultados que se mencionarán enseguida son un subgrupo de estos indicadores. Se recomienda usar estos indicadores como estándar cuando se midan prácticas de lactancia, para que los datos recolectados puedan ser comparados con los recolectados por otros grupos, y para que también se puedan hacer comparaciones entre datos recogidos en épocas diferentes. En el Apéndice 4 se podrán encontrar las definiciones de cada indicador y cuando sea apropiado un cálculo ilustrativo. En los cuadros 1 y 2 hemos indicado que preguntas permitirán hacer la recolección de los datos que se necesitan para calcular cada indicador.

Se han agrupado los indicadores en seis categorías de acuerdo al aspecto de la lactancia al cual se refiere:

- Tasas de Lactancia
  - Tasa de Lactancia Exclusiva (Tasa LE)
  - Tasa de Lactancia Predominante (Tasa LP)
  - Tasa de Nunca Amamantados
- Iniciación Oportuna de la Lactancia
  - Iniciación de la Lactancia en la Primera Hora de Vida
- Duración de Cualquier Lactancia
  - Tasa de lactancia Continua a los 12 Meses
  - Tasa de Lactancia Continua a los 24 Meses
  - Promedio de la Duración de la Lactancia
  - Mediana de la Duración de la Lactancia
- Intensidad de la Lactancia
  - Frecuencia de la Lactancia en 24 Horas
  - Lactancia Completa/Parcial/Simbólica
  - Promedio de la Duración de la Amenorrea Lactacional
  - Mediana de la Duración de la Amenorrea Lactacional
- Alimentación Complementaria Oportuna
  - Tasa de Alimentación Complementaria Oportuna
- Uso de Planificación Familiar en Madres Lactantes
  - Planificación Familiar Apropiada en Madres Lactantes
  - Cualquier Tipo de Planificación Familiar en Madres Lactantes

En el Cuadro 9 del Apéndice 4 se comparan las definiciones de los indicadores de lactancia comúnmente usados.

Tasas de Lactancia

Indicador 1. Tasa de lactancia materna exclusiva (Tasa LE)

1a. Tasa de Lactancia Exclusiva, 0 - < 6 meses*

1b. Tasa de Lactancia Exclusiva, meses 0, 1, 2, 3, 4 y 5 medidas mes por mes*

La OMS recomienda que los bebés sean amamantados de manera exclusiva desde el nacimiento hasta alrededor de los seis meses. Si los bebés fueran amamantados de acuerdo a esta recomendación, todos (el 100%) seria exclusivamente amamantados desde los 0 - <6 meses (Indicador 1a).

Sin embargo el porcentaje mas alto obtenido en cualquier encuesta al medir lactancia materna exclusiva es de alrededor del 60% (en Ruanda) y en muchos países es tan bajo como 2% (v.gr. Ghana). Para valorar los cambios que ocurren durante intervalos de edad mas pequeños en las tasas de lactancia exclusiva en menores de seis meses (v.gr. para las categorías de un mes (tales como <1 mes, ó 1 - <2 meses) o categorías de edad de 2 meses (tales como 2 - <4 meses)) se deben medir las tasas diseñadas para ese propósito. El uso de grupos de edad más pequeños requerirá desde luego tener tamaños de muestra adecuados en cada una de estas categorías de edad.

En su publicación *Indicadores para Valorar las Practicas de Lactancia* (7), la OMS recomendó el uso del indicador Tasa de Lactancia Exclusiva para bebés con edades entre 0 y menores de 4 meses como un indicador sumario del status de lactancia en la población estudiada. En el cuadro del Apéndice 6, publicada en el *Estado Mundial de la Infancia 1995* de UNICEF(8) se encuentran datos sobre este indicador en la mayoría de los países.

Indicador 2. Tasa de Lactancia Predominante (LP)

La tasa de lactancia predominante ilustra la proporción de bebés que son amamantados pero que también reciben agua, bebidas a base de agua (agua azucarada o con sabores, te, infusiones), jugos de frutas o soluciones de sales de rehidratación oral. No se permiten otros líquidos o sólidos, por ejemplo ningún alimento licuado. Aquellos bebés que reciben otras leches *no* son predominantemente amamantados.

Algunos programas han logrado aumentar la tasa de lactancia predominante (estimulando a las madres para que dejen de darles otras leches a sus bebés), pero no han sido capaces de cambiar la tasa de lactancia materna exclusiva por la insistencia de las madres de continuar con prácticas culturales muy fuertemente arraigadas en la creencia de que los niños necesitan agua distinta de la que contiene la leche materna. En esas circunstancias es necesario recolectar ambas tasas ya que un programa podría tener un impacto mayor sobre la lactancia predominante, pero no sobre la lactancia exclusiva. Tanto para la tasa de LME como para la tasa de LM predominante se usan los mismos intervalos de edad.

Indicador 3. Tasa de los Nunca Amamantados

Este indicador muestra la proporción de bebés que nunca comenzaron siquiera a ser amamantados. En la mayoría de los países esta tasa es usualmente bastante baja (1 - 2%); en algunos (v.gr. México) es mayor del 15% (ver cuadro 11 en el Apéndice 6).

Iniciación Oportuna de la Lactancia

Indicador 4. Iniciación de la Lactancia en la Primera Hora de Vida

Cuando el niño permanece con su madre y se le coloca al pecho muy pronto después de nacer, las madres tienen muchas mas posibilidades de iniciar exitosamente la lactancia, de encontrar menor

numero de problemas y de mantener la lactancia durante un período más largo. Se define como práctica óptima cuando se coloca el niño al pecho de su madre dentro de la primera hora después del parto. La iniciación temprana de la lactancia es benéfica tanto para la madre como para el niño. Para la madre, amamantar inmediatamente después de que el niño nazca, le facilita le expulsión de la placenta y favorecerá las contracciones uterinas, reduciendo el riesgo de hemorragia postparto. La iniciación temprana aumentará también el flujo de leche y ayudará a prevenir que los pechos se congestionen. La iniciación temprana también tiene una importancia critica para el bebé. La primera leche, el calostro, es rica en nutrientes y agentes anti-infecciosos, proporcionándole protección al bebé que entra a un mundo de patógenos.

Duración de Cualquier Lactancia

Indicador 5. Tasa de Lactancia Continua.

5a. Tasa de Lactancia Continua a los 12 Meses
5b. Tasa de Lactancia Continua a los 24 Meses

Indicador 6. Promedio de Duración de la Lactancia

Indicador 7. Mediana de la Duración de la Lactancia

Un componente esencial del amamantamiento óptimo es que la lactancia sea mantenida continuamente durante los primeros dos años de vida. Es importante que los nuevos alimentos que se le den al bebé en los primeros meses del período de destete realmente complementen y no reemplacen la leche materna. Las defensas inmunes propias de un bebé continúan madurando hasta alcanzar la competencia inmune del adulto alrededor de los seis años de edad. Por ello, la protección adicional que proporcionan los anticuerpos de la leche materna a esta edad es especialmente importante en este período en el cual el bebé comienza a explorar horizontes más amplios y come alimentos que cada vez contienen mas posibilidad de haber sido expuestos a algún tipo de contaminación. Un período de lactancia substancialmente prolongado después de los seis meses, durante los cuales se debe recibir lactancia exclusiva, garantizará máxima protección inmunológica. La leche materna también continúa siendo una fuente importante de Vitamina A y de proteína durante este tiempo. Por ello, la leche materna continúa siendo el alimento más seguro y el más importante durante la totalidad del período de destete.

El seguimiento de la duración de la lactancia materna puede hacerse para valorar ya sea si uno es exitoso en la duración de la lactancia (v.gr. en los casos en que en la región evaluada la lactancia no se prolongue usualmente hasta los dos años de edad) o para asegurarse que la duración de la lactancia no esté disminuyendo (en aquellos sitios en los cuales la lactancia materna suele ser prolongada). Para hacer esto hay que medir uno o más de los indicadores de duración de la lactancia: promedio de la duración de la lactancia o lactancia continua a los 12 o 24 meses. Para propósitos de evaluación, el promedio de duración de la lactancia es útil porque es fácil de calcular. Sin embargo frecuentemente es posible valorar la mediana visualmente simplemente al mirar los resultados. El que usted escoja para medir el promedio o la mediana probablemente estará determinado por el tipo de datos que se hayan recolectado con anterioridad en su programa o en su área.

Los indicadores de lactancia continua a los 12 o 24 meses dan el porcentaje de niños en un período ventana de cuatro meses (12, 13, 14 y 15 o 20, 21, 22 y 23 meses) que están siendo amamantados. Si por ejemplo, la mayoría de los niños en el área del programa han dejado de mamar a los ocho meses, lo lógico será hacer el seguimiento de la prolongación de la duración de la lactancia midiendo el porcentaje de los que son amamantados a los 12 meses y no a los 24 meses. Lo ideal, desde luego, es que todos los niños se muevan en la dirección de una lactancia continua durante los 24 meses completos.

Intensidad de la Lactancia

La intensidad de la lactancia es una medida que trata de valorar la cantidad de veces que el niño es puesto a mamar. Mamadas más frecuentes y más intensas resultan en mayor producción de leche y en una demora en la reanudación de la menstruación y un nuevo embarazo.

Indicador 8. Frecuencia de la Lactancia en 24 Horas

En las etapas mas tempranas de la infancia es especialmente importante que el niño sea alimentado frecuentemente. La capacidad del estómago del bebé menor es limitada y es necesario que este mame frecuentemente para satisfacer sus necesidades nutricionales. La succión frecuente es vital para estimular una producción óptima de leche durante la primera o las primeras semanas de vida cuando se esta estableciendo la lactancia y también es necesaria para asegurarse de que la producción de leche se mantenga satisfactoriamente a lo largo de la lactancia. El amamantamiento frecuente, sin intervalos grandes entre mamadas también ayuda a lograr el máximo efecto anticonceptivo de la lactancia y por lo tanto a proteger a la madre de embarazos seguidos. Ver Indicador 9, Apéndice 4 para orientación sobre la frecuencia de lactancia necesaria para lograr un impacto anticonceptivo. Si solamente se le da de mamar al bebe tres veces al día o menos, la cantidad de leche materna que este consumiendo va a ser mínima (probablemente menos de 200 kcal por día).

Indicador 9. Lactancia Completa/Parcial/Simbólica

Para medir un patrón de lactancia que tiene implicaciones fisiológicas, más de 60 expertos provenientes de todo el mundo desarrollaron y revisaron un esquema para definir diversos tipos de lactancia (11,12) (Para ver el esquema completo, ver el Apéndice 4, Lactancia Completa/Parcial/Simbólica). Este grupo concluyó que dos tipos de lactancia tenían impacto similar en términos del mantenimiento de la producción de la leche y de la amenorrea: Lactancia "total," incluyendo lactancia exclusiva y casi exclusiva, y "casi total," incluyendo la lactancia parcial alta. Como parcial alta se define a aquella lactancia donde más del 85% de todas las comidas son de leche materna y donde un episodio de lactancia no es reemplazado nunca por ningún otro tipo de alimento.

Indicador 10. Duración de la Amenorrea Lactacional

10 a. Promedio de duración de la amenorrea lactacional
10 b. Mediana de la duración de la amenorrea lactacional

El promedio de duración de la amenorrea lactacional es otra de las formas mediante las cuales se puede valorar la intensidad de la lactancia. Esta amenorrea refleja simultáneamente la respuesta fisiológica de la madre y la fortaleza de la succión del bebe para mantener la producción de la leche. En poblaciones en donde la amenorrea lactacional es prolongada (mas de 18 meses) la intensidad de las mamadas es bastante alta; en aquellas en donde la amenorrea es bastante corta (dos meses), la intensidad de la lactancia por lo general es baja

Alimentación Complementaria Oportuna

Indicador 11. Tasa de Alimentación Complementaria Oportuna

Después de amamantar a sus bebés exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, es necesario que las madres le adicionen alimentos apropiados y adecuados a la comida del niño además de continuar amamantandolos. El indicador de la tasa de alimentación complementaria oportuna da una medida global del grado hasta el cual las mujeres han cumplido con esta recomendación con sus lactantes entre 6 y 10 meses. Al cumplir esta edad, todos los bebés deben estar recibiendo alimentos solidos además de la leche materna.

Uso de Planificación Familiar entre Madres Lactantes

Indicador 12. Planificación Familiar entre Madres Lactantes

12a. Planificación Familiar Apropiada entre Madres Lactantes
12b. Cualquier Tipo de Planificación Familiar entre Madres Lactantes

Otro indicador importante para las mujeres lactantes es el hecho de que estén usando alguna forma de protección contra un nuevo embarazo. Como algunos anticonceptivos son más apropiados que otros para las mujeres lactantes (v.gr. el método MELA para las mujeres que cumplen con los tres requisitos, los anticonceptivos inyectables o los orales que solo contienen progestágeno), es importante conocer que tipo de anticonceptivos usan.

Como Hacer las Preguntas Adecuadamente

Una vez se ha determinado cuales niños serán incluidos en la muestra y cuales indicadores se medirán, es necesario entrevistar a las madres de esos niños para preguntarles sobre sus prácticas alimentarias. La OMS y otros han llevado a cabo gran cantidad de investigaciones para garantizar que las preguntas que se hacen sobre la alimentación produzcan resultados válidos y confiables. Con demasiada frecuencia los análisis de preguntas inapropiadas han llevado a malos entendidos sobre la situación real de la lactancia en una comunidad.

Dependiendo de sus necesidades, hay diferentes tipos de preguntas que usted querrá hacer ya sea para monitoreo o para evaluación. Los mejores estimativos de los patrones de alimentación se obtienen cuando las prácticas "actuales" de alimentación se miden, usando una metodología de recordatorio de 24 horas.[5] Se les pide a las personas entrevistadas que respondan si el bebé recibió algún líquido o alimento de una lista, "desde esta misma hora ayer" (7) o "en algún momento ayer o anoche" (13).

El Cuadro 1 proporciona una lista de preguntas apropiadas que pueden ser usadas al preguntar sobre prácticas alimentarias. No es necesario incluir todas las preguntas de la lista. Sin embargo, la inclusión de todas ellas le dará datos sobre lactancia comparables a los de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS). Se pueden añadir preguntas sobre tipos de alimentos usados localmente. Sin embargo, el agua, la leche y otros líquidos deben mantenerse como categorías separadas.

El Cuadro 4 indica qué preguntas deben hacerse para calcular indicadores específicos. Por ejemplo, para medir la "Tasa de los Nunca Amamantados," usted necesita solamente hacer las preguntas 1, 2, y 3 (fecha de la entrevista, fecha de nacimiento, y si el niño fue amamantado alguna vez).

Las preguntas del Cuadro 1 le proporcionarán datos que le permitirán calcular los siguientes indicadores:

- Tasa de Lactancia Exclusiva (Tasa LE)
- Tasa de Lactancia Predominante (Tasa LP)
- Tasa de Nunca Amamantados
- Tasa de Lactancia Continua
- Promedio de Duración de la Lactancia
- Mediana de la Duración de la Lactancia
- Promedio/Mediana de la Duración de la Amenorrea Lactacional
- Tasa de Alimentación Complementaria Oportuna

El Cuadro 2 contiene preguntas sobre planificación familiar. Estas preguntas la permitirán valorar el uso apropiado de planificación familiar entre las mujeres lactantes.

El Cuadro 3 contiene preguntas más especializadas que usted tal vez desee incluir para evaluar el efecto de intervenciones específicas. Por ejemplo, si su programa quiere evaluar la iniciación oportuna de la lactancia, usted seguramente querrá incluir la pregunta 11. Usando los cuadros 1, 2, y 3 conjuntamente usted puede valorar la elegibilidad de las mujeres para el método MELA.

Este conjunto de preguntas también incluye mediciones más refinadas (por ejemplo una pregunta sobre gemelos) que quizás no sean necesarias para valorar su programa. Estas preguntas le permitirán medir otros indicadores de la intensidad de la lactancia , incluyendo la frecuencia de las mamadas, y si la lactancia es total, parcial o simbólica (Ver Apéndice 4, D. Intensidad de la Lactancia).

[5] Una segunda forma como se ha medido la conducta de lactancia es la valoración de si el niño "recibió alguna vez"otros líquidos o alimentos durante el intervalo especificado. Otra manera de medir la conducta alimentaria del bebé es preguntar si el bebé "usualmente consume" otros líquidos o alimentos durante el intervalo especificado.

Cuadro 1. Preguntas Prioritarias para Calcular Indicadores de Lactancia

Número de la pregunta	Pregunta	Respuesta
1.	Fecha de la Entrevista	__ __/__ __/__ __ mm dd aa[6]
2.	Fecha de nacimiento del niño [7]	__ __/__ __/__ __ mm dd aa
3.	Ha amamantado alguna vez a [NOMBRE] ?	1 = NO. Vaya directamente a 5. 2 = Si. Continúe con la siguiente pregunta.
4.	Desde esta misma hora ayer ha amamantado a [NOMBRE] ?	1 = NO, 2 = Si
5.	Desde esta misma hora ayer, ha [NOMBRE] recibido alguna de las siguientes?	
a.	Vitaminas, suplementos minerales, medicamentos	1= NO, 2 = SI
b.	Agua común y corriente	1= NO, 2 = SI
c.	Agua azucarada o con sabores	1= NO, 2 = SI
d.	Jugo de fruta	1= NO, 2 = SI
e.	Te o infusiones	1= NO, 2 = SI
f.	Fórmula infantil	1= NO, 2 = SI
g.	Leche fresca, enlatada o en polvo	1= NO, 2 = SI
h.	Otros líquidos[8]	1= NO, 2 = SI
i.	Alimentos sólidos o en papilla[9]	1= NO, 2 = SI
j.	Solución de sales de rehidratación oral	1= NO, 2 = SI
k.	Otros (especificar)	1= NO, 2 = SI
6.	Ha menstruado después del nacimiento de [NOMBRE]?	1= NO, 2 = SI
7.	Tiene otro niño dentro del rango de edad estudiado	1 = NO Finalice la entrevista. 2 = SI: Si la madre tiene otro niño dentro del rango de edad requerido, repita la pregunta 1-6 para el niño mayor.

[6] Utilice la convención apropiada usada localmente mm/dd/aa (mes/día/año) o dd/mm/aa (día/mes/año).

[7] Preferiblemente tomado del registro de nacimiento o de otro registro.

[8] Incluye caldo y sopas claras.

[9] Incluye cereales, compotas, sopas espesas o potajes.

Cuadro 2. Preguntas para Calcular el Indicador de Planificación Familiar

Pregunta Número	Pregunta	Respuesta
8 a.	Está usted embarazada?	1 = NO, 2 = SI
b.	Está tratando de quedar embarazada?	1 = NO, 2 = SI
9.	Está usando algún método o haciendo algo para evitar o para demorar un nuevo embarazo?	NO=Finalice SI = Vaya a la pregunta 10
10.	Qué método (s) esta usando?[10]	
a.	DIU	1 = NO, 2 = SI
b.	Ligadura de trompas (esterilización femenina)	1 = NO, 2 = SI
c.	Vasectomía (esterilización masculina)	1 = NO, 2 = SI
d.	Condón	1 = NO, 2 = SI
e.	Métodos de barrera vaginales (diafragma/espuma/crema espermicida)	1 = NO, 2 = SI
f.	Métodos hormonales combinados inyectables	1 = NO, 2 = SI
g.	Inyección de Progesterona sola (Depo-Provera)	1 = NO, 2 = SI
h.	Implante subdérmico: NORPLANT	1 = NO, 2 = SI
i.	Anticonceptivos Orales Combinados	1 = NO, 2 = SI
j.	Píldora anticonceptiva de Progesterona únicamente	1 = NO, 2 = SI
k.	Retirada (coitus interruptus)	1 = NO, 2 = SI
l.	Abstinencia Periódica: método de la ovulación	1 = NO, 2 = SI
m.	Abstinencia Periódica: método de síntomas y Temperatura	1 = NO, 2 = SI
n.	Abstinencia periódica: Calendario tradicional	1= NO, 2= SI
o.	MELA[11]	1= NO, 2=SI
p.	Otro método de lactancia materna	1 = NO, 2 = SI
q.	Otro método, especificar:_____	1 = NO, 2 = SI

[10] Los códigos de los métodos deben ser desarrollados en cada sitio y deben ser revisados después de hacer la validación del instrumento. Sin embargo deben mantenerse las categorías grandes.

[11]Una madre debe haber seleccionado usar el método MELA de manera activa para que se le considere como una usuaria de MELA. El Apéndice 8, que contiene el algoritmo de MELA, ofrece una guía para la identificación de usuarias de MELA para los propósitos de los sistemas de información de salud (HIS).

Cuadro 3. Preguntas especializadas para Calcular Indicadores de Lactancia

Pregunta número	Pregunta	Respuesta
11.	Cuánto tiempo después de nacer puso a [NOMBRE] por primera vez al pecho?	___Inmediatamente ☐☐ Horas ☐☐ Días Si menos de 1 h, registre 00 horas, si menos de 24 horas registre horas. De otra forma registro días.
12. a.	Cuántas veces le dio de mamar anoche desde que oscureció hasta que amaneció?[12]	☐☐ veces
b.	Cuántas veces le dio de mamar durante las horas del día?	☐☐ veces
13.	Desde esta misma hora ayer, ha [NOMBRE] ha recibido alguna de las siguientes?[13]	
a.	Vitaminas, suplementos minerales, medicamentos.	☐☐ veces
b.	Agua común y corriente	☐☐ veces
c.	Agua azucarada o con sabores	☐☐ veces
d.	Jugo de fruta	☐☐ veces
e.	Té o infusiones	☐☐ veces
f.	Fórmula Infantil	☐☐ veces
g.	Leche fresca, enlatada o en polvo	☐☐ veces
h.	Otros líquidos[14]	☐☐ veces
i.	Alimentos sólidos o en papilla[15]	☐☐ veces
j.	Solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO)	☐☐ veces
k.	Otros, especifique:_____	☐☐ veces
14. a.	Ayer o anoche, tomo algo [NOMBRE] de 1 biberón con chupete	1= NO , 2= SI
b.	Si eso fue así, describa por favor:	
15.	Parto único o múltiple[16]	1= Único 2= Múltiple

[12] Piwoz et al. Usaron datos sobre el número de mamadas diarias para colocar ordenadamente a un grupo de bebés peruanos y clasificaron la intensidad de la lactancia de la siguiente forma: Los del percentil 5 más bajo clasificados como "lactantes simbólicos", y estos fueron lactados de 1-3 veces/día (con una ingesta promedio de leche materna de 182 kcal/día), "lactantes de baja intensidad" (5-25 percentil) fueron lactados de 4-6 veces/día (ingesta promedio de leche materna de 337 kcal/día), "lactantes de mediana intensidad" (percentil 25-75) fueron lactados entre 7-9 veces/día (ingesta promedio de 405 kcal/día), y "lactantes de alta intensidad" (> del percentil 75) fueron amamantados > 9 veces/día (ingesta promedio de 428 kcal/día). La proporción de la ingesta energética total atribuible a la leche materna mostró algo similar: 30% para la lactancia simbólica, 58% para baja, 73% para media, 77% para lactancia de alta intensidad. (9).

[13] La lista de líquidos y alimentos debe ser desarrollada en cada lugar y debe ser revisada de acuerdo con los resultados de la prueba (validación). Esta lista debe incluir los alimentos de destete comúnmente usados.

[14] Incluye caldos y sopas claras.

[15] Incluye cereales, compotas, sopas espesas y potajes.

[16] En poblaciones en donde la tasa de embarazos gemelares es alta (v.gr. más del 5% en Nigeria) se necesita tener información sobre los nacimientos para calcular el indicador de el "promedio de duración de la amenorrea lactacional". Para este indicador, el denominador es "nacimientos" (partos) mejor que "Niños". La diferencia es que los gemelos como un parto pero como dos niños. Ver indicador 10 a Apéndice 3, para explicaciones adicionales.

Cuadro 4. Números por Pregunta Necesarios Para la Recolección de los Datos[17]

Indicadores	Números por pregunta necesarios para calcular la edad[18]	Números por pregunta necesarios para calcular el indicador
Tasa de Lactancia		
1. Tasa de lactancia exclusiva	1, 2	4,5 (a-k)
1a. Tasa de lactancia exclusiva , 0-<6 Meses	1, 2	4,5 (a-k)
1b. Tasa de lactancia exclusiva , meses 0, 1, 2, 3, 4, y 5, por meses	1, 2	4,5 (a-k)
2. Tasa de lactancia predominante	1, 2	4,5 (a-k)
3. Tasa de nunca amamantados	1, 2	3
Iniciación Oportuna de la Lactancia		
4. Iniciación de la lactancia en la primera hora de vida	1, 2	11
Duración de Cualquier Lactancia		
5. Tasa de lactancia continua	1, 2	4
5a. Tasa de lactancia continua a los 12 meses	1, 2	4
5b. Tasa de lactancia continua a los 24 meses	1, 2	4
6. Promedio de duración de la lactancia	1, 2	4
7. Mediana de la duración de la lactancia	1, 2	4
Intensidad de la Lactancia		
8. Frecuencia de la lactancia en 24 Horas	1, 2	12a, 12b
9. Lactancia completa/Parcial/Simbólica	1,2	4,5 (a-k), 12a, 12b
10a. Promedio de duración de amenorrea lactacional.	1,2	6,7,8
10b. Mediana de duración de amenorrea lactacional.	1,2	6,7,8
Alimentación Complementaria Oportuna		
11. Tasa de alimentación complementaria oportuna	1,2	4,5 (a-k)
Uso de Planificación Familiar en Madres Lactantes		
12a. Planificación Familiar apropiada entre madres lactantes.	1,2	6, 8a, 8b, 9, 10, 12b, (n-q)
12b. Cualquier tipo de planificación entre madres lactantes.	1,2	6, 8a, 8b, 9

[17] Los números se refieren a las preguntas de la tabla.
[18] Ver Apéndice 2 para ayudar a calcular la edad.

Otras Preguntas

Aunque creemos que estos indicadores son los más apropiados y los más fáciles de recolectar, algunos gerentes de programa podrían querer incluir otras preguntas adicionales.

Consumo en Cualquier Ocasión de Líquidos o Sólidos

Una pregunta de tal índole averigua si un bebé "ha recibido **alguna vez**" otros alimentos o líquidos desde el nacimiento. La respuesta a tal pregunta es sin embargo, difícil de interpretar. La respuesta de una madre que le dio a su bebé un biberón de agua o de leche solamente una vez será la misma que la de una madre que le da a un hijo varios biberones por día. Sin embargo, esta pregunta, representa y bien claramente la definición más estricta posible de "Lactancia Exclusiva". Si usted decide hacer esta pregunta usted debería **también** hacer siempre las preguntas que se muestran en el Cuadro 1, ya que ellas proveerán datos más útiles para los propósitos de monitoria, debido a que proporcionan resultados consistentes, cosa que no hace la pregunta de "alguna vez".

Otro punto que debe tenerse en cuenta es que **no es** apropiado preguntar la edad a la cual se le dieron al bebé otros alimentos o líquidos por primera vez. La razón es que para analizar tales datos se necesita acudir al uso de técnicas analíticas sofisticadas (v.gr. tablas de vida) las cuales requieren programas de computador especiales y son extremadamente difíciles de hacer. Se necesitan técnicas especiales cuando se recolecta información sobre **cuando** ocurrieron los eventos (v.gr. cuándo se le dio agua) a menos que todos los entrevistados hayan experimentado ya tal evento (v.gr. que todos hayan ya consumido agua).

Muy frecuentemente se calcula incorrectamente la duración promedio del momento en que se "usó agua por primera vez" o se "consumió leche pro primera vez". Esto se debe a que aquellos bebés que no han consumido todavía ni leche ni agua no pueden ser incluidos en el cálculo del promedio. Por definición, el promedio de la duración está siempre sesgado, tendiendo a ser más corto que el promedio real.

Por lo tanto si usted decide hacer la pregunta de si "alguna vez", es mejor hacer la pregunta para que sea respondida con un "Si" o con un "No" en vez de preguntar cuando se le dieron líquidos por primera vez . También es mejor usar las mismas respuestas del Cuadro 1, (agua, leche, tés, etc.) pero con la pregunta "Ha recibido su niño alguna de las siguientes..."

Comidas Pre - Lácteas

En áreas en donde el uso de comidas pre-lácteas es común, posiblemente usted querrá averiguar sobre su uso. Comidas pre-lácteas son líquidos que generalmente se le dan al bebé hasta cuando la leche de la madre "baje." Los bebés no deben recibir estos líquidos ya que pueden ser una fuente de contaminantes y pueden interferir con la producción de la leche. Para determinar sobre cuáles líquidos hay que preguntar , usted debe hablar con las nuevas madres (por ejemplo en grupos focales, o haciéndoles preguntas a una muestra de madres del área) para enterarse sobre cuáles son los líquidos que se dan con más frecuencia. Estos pueden incluir miel, agua, leche de vaca, aguas de hierbas etc. Una pregunta que se ha hecho con frecuencia es "¿Le dio usted a su bebé cualquier

líquido o comida diferente a la leche materna en los primeros días de vida?" o "¿Le dio usted a su bebé cualquier otro líquido o alimento antes de que su leche 'bajara'?"

Preguntas que no deben hacerse

Hay otras preguntas que no son apropiadas porque no se obtienen al hacer las respuestas consistentes. Por ejemplo, "¿Le está dando a su niño _____ (agua, leche)?" puede significar cosas diferentes para diferentes personas. Si usted desea hacer preguntas sobre consumo de alimentos o líquidos , lo mejor es hacerlo sobre un período específico de tiempo (por el día anterior como se sugiere en el Cuadro 1), o durante la semana o las dos semanas últimas ("¿Le dio usted a su niño _____ durante la semana pasada?")[19]

Tampoco es jamás apropiado mezclar dos preguntas en una. Por ejemplo, nunca pregunte "¿Durante cuánto tiempo intenta usted amamantar o si usted ya dejó de hacerlo, durante cuánto tiempo amamantó?"

Con tales preguntas se obtienen respuestas que no pueden ser utilizadas, ya que una está basada en una opinión sobre el futuro mientras la otra está basada en una experiencia ya vivida.

[19]En investigación , especialmente en estudios cualitativos, se pueden usar diferentes preguntas. En investigación en Perú, por ejemplo, se les pregunto a las madres si sus bebés, consumieron leches diferentes a la materna, otros líquidos, o cualquier alimento localmente disponible de una lista, en promedio dos o más veces/semana/ durante el mes precedente. Una pregunta como esa puede definir mejor "Consumo normal" que una pregunta general, "¿Le está dando usted a su niño_____"? (14)

CAPITULO CUATRO: COMO EVITAR CAER EN LAS TRAMPAS MAS COMUNES

En este capítulo se discuten algunas de las trampas que deben evitarse al recolectar datos en un sistema de monitoreo, o en una evaluación y cuando se hagan análisis de datos sobre prácticas de lactancia. Algunos de los puntos discutidos son más relevantes en el caso de las evaluaciones, en las cuales generalmente se obtiene un grado más alto de exactitud en las mediciones. Pero un gerente de programa seguramente estará interesado en entender estos aspectos, aún si ellos no están relacionados específicamente con el monitoreo de un programa.

Diseño del Programa y del Sistema de Monitoreo y Evaluación

Establecimiento de Metas Apropiadas

Para establecer las metas de su programa es necesario que usted decida qué es lo que espera lograr con éste. A qué tanto cambio debe apuntarle un programa en los próximos (x número) de años? Un proyecto intensivo de investigación llevado a cabo en México recientemente observo mejorías substanciales en las tasas de lactancia materna exclusiva entre bebés de 3 meses cuando las madres recibieron visitas domiciliarias de una consejera de su misma extracción social, adecuadamente capacitada. Siete de las madres del grupo de control lactaban exclusivamente a los 3 meses, comparadas con 33% y 48% de las madres visitadas por consejeras en tres y seis ocasiones respectivamente. Un programa podría lograr algo menos deslumbrante que esto y ser considerado todavía bastante exitoso. No es muy probable que un programa tenga más efecto que esto durante pocos años.

Selección de las Preguntas

En el capítulo tres, discutimos sobre los diferentes indicadores que usted podría escoger para su sistema de monitoreo o evaluación. Una vez usted los escoge, es necesario que tenga cuidado si mas tarde decide cambiar las preguntas contenidas en su sistema. Muy frecuentemente una persona recién llegada al equipo puede decidir incorporar preguntas después de las ya existentes incluidas en el sistema. Si se adicionan nuevas preguntas y se mantienen también las anteriores, se pueden todavía hacer comparaciones usando los indicadores viejos. Pero en ocasiones, la inclusión de nuevas preguntas puede hacer que las madres contesten las antiguas de una forma diferente a como lo hicieron en la primera encuesta. De manera tal que si se añaden nuevas preguntas, es esencial hacer un pre-test y analizar las respuestas para valorar si ellas causaron respuestas sesgadas en otras preguntas.

Recolección de los Datos

Capacitación del Equipo

Con gran frecuencia ni los supervisores ni el equipo que trabaja a nivel comunitario están suficientemente entrenados sobre la importancia de y la forma de recolectar datos o usar los formatos apropiados. Si los supervisores no son capaces de darle el respaldo requerido al sistema de recolección de los datos y de asegurarse de que los datos sean exactos, entonces el sistema frecuentemente produce información inútil. A través del monitoreo de las actividades debería poderse valorar que tanto entienden el personal comunitario los formatos de monitoreo y hacer revisiones no programadas del contenido informativo que se está recogiendo en los formatos.

Escogencia de los Sujetos de la Encuesta

La selección de la población de la encuesta tendrá implicaciones importantes en el cálculo del indicador de lactancia. Específicamente, debería obtenerse información sobre todos los niños de la familia que caigan dentro del rango de edad escogido. Por ejemplo, si en una familia hay dos niños menores de 24 meses, hay que valorar las prácticas alimentarias de ambos niños.

Si solamente se incluyen en la encuesta los últimos niños en nacer, los hallazgos estarán sesgados, y los sesgos pueden no ser iguales en todos los países o entre todos los subgrupos de población. Los últimos partos no son una muestra representativa de todos los partos. Por ejemplo, los niños nacidos de últimos pueden tener una oportunidad mayor de experimentar lactancia prolongada.

La muestra de niños en quienes se calcula el indicador debe referirse siempre a todos los niños nacidos durante un período de tiempo especificado, para que sea representativa de la población de niños. Esto quiere decir que se recolectará también la información de aquellos niños que aunque estando dentro del rango de edad escogido, nunca fueron puestos al pecho, es decir "los nunca amamantados." Los temas que se destacarán más adelante han sido analizados en mayor detalle en un artículo de Sommerfelt et al (14).

Datos Categóricos

En cuanto sea posible, los datos deben ser tomados como números continuos. La toma de datos en categorías resulta en la pérdida de información y debería hacerse solamente cuando tal pérdida de información es compensada por un aumento significativo en la facilidad para administrar los datos, las tasas de retorno u otros beneficios. Este tópico es relevante por ejemplo, para hacer el cálculo de los indicadores de "frecuencia de lactancia en 24 horas" e "iniciación de la lactancia en la primera hora de vida" al hacer la pregunta "Cuanto tiempo después del parto puso usted por primera vez a {NOMBRE} al pecho?" recomendamos que la respuesta se tome en horas (<1, 1, 2,3 etc} más que en categorías tales como <1h, 1-8h, 8-24h etc. Haciendo esto permitirá la flexibilidad de recodificar los datos de diferentes maneras durante el análisis de datos. Al hacer esto se logrará que haya más flexibilidad para recodificar los datos de diferentes maneras durante el análisis de los datos.

Análisis de los Datos

Edad Calculada vs. Edad Reportada

El concepto de que tan apropiada es o no es una práctica de alimentación infantil está estrechamente ligado a la edad del niño. Por lo tanto, la valoración de las prácticas de alimentación depende de la determinación exacta de la edad del niño. Dentro de esta línea de análisis, tampoco es posible creerles a aquellos datos que reportan tendencias en las prevalencias de las conductas alimentarias, cuando no hay consistencia en la exactitud de los reportes de la "edad" sobre tiempo (lo mismo es válido para las tendencias en la prevalencia de la desnutrición).

Es posible calcular la edad con gran exactitud restándole la edad del nacimiento a la fecha de la entrevista. Se recomienda usar la edad cumplida; por lo tanto, si un niño tiene un mes y 25 días se considera que tiene un mes de edad. Sin embargo cuando las madres informan las edades de sus niños suelen redondearlas. Por ejemplo, si el niño tiene un mes y 25 días, es más posible que digan que el niño tiene dos meses de edad. En consecuencia, la edad calculada diferirá de la edad reportada.

Es posible que haya "apilamientos" de datos en los intervalos mensuales o semestrales. Por lo tanto, en cuanto sea posible las prácticas de alimentación infantil deben ser valoradas usando la edad calculada. Es importante, por tanto, que los entrevistadores aprendan a obtener las fechas correctas de nacimiento. Si se usan computadores para incorporar los datos y tabularlos, el computador debe encargarse de calcular la edad del niño para evitar los errores que cometerían si los cálculos se hicieran manualmente.

Comparación de las Tasas de Lactancia de Dos Grupos de Bebés

Con frecuencia uno quiere comparar las tasas de lactancia de los grupos de bebés. Por ejemplo, uno puede querer comparar bebés de la misma población medidas en dos puntos del tiempo diferentes (e.g. al comienzo de un programa y un año después), o uno puede querer comparar bebés en el mismo punto del tiempo, de dos poblaciones diferentes (e.g. de dos áreas geográficas distintas).

Esto no representa ningún problema si el muestreo da la misma distribución de los bebés a lo largo de las diferentes categorías de edad (es decir, una distribución similar de bebés en las edades de 0, 1, 2, 3, 4, 5 meses de los grupos A y B) Sin embargo, la distribución de edad de los bebés de los dos grupos puede ser diferente. Esta diferencia en las distribuciones afectará tasas globales de lactancia cuando se calculan indicadores tales como la tasa de lactancia exclusiva en bebés de 0 - <6 meses. Esto es debido a que la conducta de lactancia está ligada a la edad del bebé. A medida que los bebés se vuelven mayores, generalmente menos son amamantados exclusivamente.

Por ejemplo, en el Cuadro 5 como se verá luego, las proporciones de los bebés exclusivamente amamantados de cada categoría de edad es similar en los grupos A y B (ver la columna 4). Sin embargo, la distribución de los bebés en cada una de las 6 categorías de edad es bastante diferente entre los Grupos A y B (ver columna 2). El mayor número de bebés en las categorías mas jóvenes

de edad en el Grupo A es responsable de la tasa global mas alta de lactancia exclusiva en los bebés entre 0 - <6 meses del Grupo A que en los bebés del Grupo B (68 vs 60%).

La tasa del Grupo A ha sido desproporcionadamente influenciada por el número más grande de bebé dentro de las categorías de edad mas bajas. Por lo tanto, cuando se componen las tasas de lactancia materna de dos grupos de bebés, se debe tener mucho cuidado en examinar la distribución de los bebés dentro de las diferentes categorías de edad. Esto tiene dos importantes implicaciones:

- *Implicaciones programáticas*: Un programa puede aparecer como si fuera más o menos efectivo dependiendo de la distribución de los bebés dentro de las diversas categorías en las muestras del programa y las que no son del programa.

- *Implicaciones de reporte*: Al comparar los resultados del programa con las tasas de línea de base provistas por la encuestas regionales, nacionales o internacionales, la distribución de las categorías de edad debe ser similar a aquellas en las cuales se basan las otras estadísticas. Si no, no se podrán comparar con confiabilidad los resultados del programa.

Duración de la Lactancia: Cálculo del Denominador

Un error común que se comete al analizar las tasas de lactancia sucede cuando se recolectan los datos sobre la duración de la lactancia. La edad promedio en la cual se suspende la lactancia (Promedio o mediana de la duración de la lactancia) debe ser calculada de los datos sobre prácticas de lactancia reportado para el día que precede a la encuesta. El denominador debe incluir datos de todos los bebés nacidos durante el período de tiempo especificado, tanto de aquellos que ya dejaron de mamar como de los que continúan siendo amamantados.

Nunca calcule estos indicadores usando datos de una muestra basada únicamente en las mujeres que han dejado de lactar. Este error siempre hace que el estimativo de la duración de la lactancia dé muy bajo porque no se incluyen las mujeres que aún están lactando y que dejaran de hacerlo más tarde.

Períodos de Edad para los Indicadores

Los indicadores que muestran la prevalencia de las prácticas de lactancia en grupos específicos se construyen para medir la conducta de lactancia en bebés que pertenecen a cierto grupo de edad o "período ventana"(e.g., el porcentaje de bebé entre 0 - <6 meses que son lactados de manera exclusiva). Estos indicadores reflejan el porcentaje usual de bebés que son alimentados de acuerdo a las recomendaciones. Sin embargo, ellos no muestran que proporción de bebés son exclusivamente amamantados a los meses 1, 2, 3, etc. Una tasa de lactancia de 30% en bebés de 0 - <6 meses indica que los bebés no están siendo alimentados de acuerdo a las recomendaciones. Sin embargo no nos dice exactamente cual es el patrón de edad de la lactancia exclusiva.

Cuando se requieren datos de prácticas por meses (esto es para una "ventana de un mes único") se necesitan muestras más grandes para obtener estimativos confiables. Con una muestra pequeña, las fluctuaciones que se presentan debidas al azar en los estimativos de los niveles de prevalencia con "una ventana de un mes único," hacen que uno tenga menos confianza en la exactitud de los

estimativos y se reduce la capacidad de detectar cambios en el tiempo o diferencias entre grupos de población.

Una alternativa que minimizaría la variación de la muestra debido a tamaños de muestras pequeñas en meses individuales seria mirar a los bebés durante períodos de dos meses (e.g. una "ventana ampliada" de 2-3 meses). Esto resultaría en un indicador basado en más casos y por lo tanto dando un estimativo más estable, manteniendo la ventaja de ser capaz de enfocarse sobre un período de tiempo particular. Sin embargo como se ha ilustrado antes, es importante que existan números similares de niños en cada categoría de edad si uno quiere hacer comparaciones entre grupos. El uso de una estrategia de muestras sin sesgos garantizará que habrá números similares de niños en cada categoría de edad y que no va a reunir un sesgo de selección.

Cuadro 5. Datos Ilustrativos de la Importancia de la Distribución por Edades[20]

Grupo A			
Edad en meses cumplidos Columna 1	Número de bebés Columna 2	Número de bebés exclusivamente amamantados Columna 3	Proporción de bebés exclusivamente amamantados Columna 4
0 mes	80	64	80%
1 mes	75	53	70%
2 meses	70	46	66%
3 meses	50	29	57%
4 meses	13	7	50%
5 meses	12	4	36%
Total	300		
Tasa global de LME, 0 - <6 meses: 203/300 = 68%			
Grupo B			
Edad en meses cumplidos Columna 1	Número de bebés Columna 2	Número de bebés exclusivamente amamantados Columna 3	Proporción de bebés exclusivamente amamantados Columna 4
0 mes	50	40	80%
1 mes	50	35	70%
2 meses	50	33	66%
3 meses	50	29	57%
4 meses	50	25	50%
5 meses	50	18	36%
Total	300		
Tasa global de LME, 0 - <6 meses: 180/300 = 60%			

[20] El Cuadro 5 se ha colocado solamente con propósitos demostrativos. Es altamente improbable que una encuesta real resulte en distribuciones de edad tales como las que se muestran para los grupos A y B. En las situaciones de la vida real, prácticamente nunca tendría una muestra de bebés por debajo de los 6 meses una distribución tan desbalanceada y desigual como la del Grupo A, ni tampoco una distribución como la del Grupo B. Si el grupo A fuera de una encuesta real esta distribución de las edades sugeriría que la muestra está sesgada, es decir que por alguna razón los niños más jóvenes tuvieron más posibilidad de hacer parte de la muestra. Es virtualmente imposible encontrar el mismo número de niños en cada subgrupo de edad tal y conforme se ve en el Grupo B.

La observación del porcentaje de exclusivamente amamantados por sí sola puede no reflejar adecuadamente los cambios de patrones de lactancia y es posible que se pierdan éxitos atribuibles al programa. Si se desea observar cual es el impacto de un programa, también deben registrarse incrementos en las lactancias parciales (especialmente en la parcial alta). Ver Apéndice 9 más adelante.

REFERENCIAS

(1) *Indicators for Reproductive Health Program Evaluation: Final Report of the Subcommittee on Breastfeeding.* December 1995. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill.

(2) Smith PG and Morrow RH (editors). 1991. *Methods for Field Trials of Interventions against Tropical Diseases: A "Toolbox."* Oxford University Press.

(3) Household Survey Manual: Diarrhea and Acute Respiratory Infections. Division for the Control of Diarrhoeal and Actue Respiratory Disease. World Health Organization, Geneva 1994 (WHO/CDR/94.8).

(4) The EPI Coverage Survey. Training for mid-level managers. World Health Organization, Geneva, 1991 (WHO/EPI/MLM/91.10).

(5) Winikoff B and Sloan NL. Sin fecha. *Breastfeeding Indicators for Health Facilities: A Discussion Paper.* Preparado para UNICEF y la OMS.

(6) Counsens SN and Kirkwood BR. Outcome measures in prospective studies of childhood diarrhea and respiratory infections: choosing them and using them. WHO/CDD/EDP/90.2, WHO/ARI/RES/90.4, 1990. (Está en la página 19 del *Juego de Herramientas*).

(7) *Indicators for Assessing Breast-Feeding Practices.* Report of an Informal Meeting, June 11-12, 1991. Geneva, Switzerland. World Health Organization.

(8) *The State of the World's Children 1995.* 1995. UNICEF. Oxford University Press.

(9) Piwoz EG, de Kanashiro HC, De Romana GL, Black RE, and Brown KH. Feeding Practices and Growth among Low-income Peruvian Infants: A Comparison of Internationally Recommended Definitions. International Journal of Epidemiology 25(1):103-114, 1996.

(10) Energy and Protein Requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. World Health Organization Technical Report Series 724. WHO, Geneva, 1985.

(11) Labbok M and Krasovec K. Toward Consistency in Breastfeeding Definitions. Studies in Family Planning 21(4):226-30, 1990.

(12) Krasovec K and Labbok M. Schema and Framework for Breastfeeding Definitions. Occasional Paper #1. Institute for Reproductive Health, Georgetown University, June 1990.

(13) Demographic and Health Surveys - Phase II. December 1990. *Model "A" Questionnaire.* Institute for Resource Development, MACRO International, Inc.

(14) Sommerfelt AE, Boerma TJ, and Rutstein SO. 1991. *Development of Breastfeeding Indicators Following the Innocenti Declaration with Data from the Demographic and Health Surveys.* Informe solicitado por UNICEF y preparado para una reunión informal de un Grupo de Trabajo de la OMS, Ginebra, Suiza.

(15) Labbok M, Cooney K, and Coly S. Guidelines: Breastfeeding, Family Planning and the Lactational Amenorrhea Method-LAM. Institute for Reproductive Health, Georgetown University, 1994.

APÉNDICE 1: DONDE OBTENER AYUDA

Enseguida aparecen los nombres y direcciones de varias organizaciones que podrían proporcionarle más información sobre monitoreo y evaluación de prácticas y programas de lactancia, o que podrían igualmente ayudarlo a ponerse en contacto con expertos en cada tema de lactancia.

Demographic and Health Surveys (DHS)
Macro International Inc.
11785 Beltsville Drive, Suite 300
Calverton, MD 20705-3121
Phone: (301) 572 0200
Fax: (301) 572 0999

International Baby Food Action Network (IBFAN)
Geneva Infant Feeding Association
P.O. Box 157
1211 Geneva 19, Switzerland
Phone: (41 22) 798 91 64

International Lactation Consultant Association (ILCA)
201 Brown Avenue
Evanston, IL 60202-3601, USA
Phone: (708) 260 8874
Fax: (708) 475 2523

Institute for Reproductive Health (IRH)
Georgetown University Medical Center
2115 Wisconsin Avenue, NW, Suite 602
Washington, DC 20007
Phone: (202) 687 6846
Fax: (202) 687 1392

La Leche League International (LLLI)
Center for Breastfeeding Information
Schaumberg, IL 60173, USA
Phone: (708) 519 7750
Fax: (708) 519 0125

United Nations Children's Fund (UNICEF)
Nutrition Section
3 UN Plaza
New York, NY 10017, USA
Phone: (212) 326 7742
Fax: (212) 755 1449

Wellstart International
4062 First Avenue
San Diego, CA 92103-2045
Phone: (619) 295 5192
Fax: (619) 294 7787

World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)
P.O. Box 19, 10700
Penang, Malaysia
Phone: (60 4) 656 9799
Fax: (60 4) 657 7291

World Health Organization (WHO)
Control of Diarrhoeal and Respiratory Diseases
Unit 1211 Geneva 27
Switzerland
Phone: (41 22) 791 2633
Fax: (41 22) 791 2726

APÉNDICE 2: CALCULO DE LA EDAD

Los datos de edad que se necesitan para calcular los indicadores recomendados son los datos sobre la edad del bebé en "meses cumplidos." Para determinar el número de días que deben ser incluidos en cada categoría mensual de la Tabla 6, se han dividido los 365 días de un año en doce partes iguales. Por ejemplo un bebé con edad de 1-30 días no ha cumplido (completado) todavía 1 mes, de manera que se clasifica como con 0 meses de edad. Bebés con edad de 31-61 días (o menos de 62 días) se clasifican como con 1 mes cumplido. La tabla 6 presenta la edad en meses cumplidos (completos) y la edad correspondiente en días.

Es preferible calcular edad del bebé substrayendo la fecha de nacimiento del bebé de la fecha de la entrevista. Cuando no se conocen las fechas de los nacimientos, se pueden usar las edades tal y como los da la madre. La "edad en días" puede determinarse de una de las siguientes tres maneras:

Calculo Manual de la Edad

Si va a hacer los cálculos manualmente busque o fabrique un calendario que incluya desde las fechas del nacimiento del niño mayor hasta la fecha de la entrevista. Usando el calendario, determine la edad del niño a partir de la fecha del parto y la fecha de la entrevista. Alternativamente, haga los siguientes cálculos.

Ejemplo 1.

1. Coloque la edad así "año/mes/día" Ejemplo: 96/12/24.
2. Reste las fechas entre sí: coloque la fecha más avanzada (fecha de la entrevista) en la parte de arriba; coloque debajo de la última la fecha del parto.
3. Comience con la columna de los "días" situada a la derecha. Réstele 12 a los 24 días y registre esa diferencia en la columna de "edad-días".
4. En la columna de los "meses" reste 6 de 12 y registre la diferencia e la columna de "edad-meses".
5. En la columna de los "años reste 95 de 96 y registre la diferencia en la columna de "edad-años".
6. Calcule la edad del niño convirtiendo las cifras de las columnas de los años y los meses en días.

Ejemplo:			**año/mes/día**
Fecha de la entrevista:			96/12/24
Fecha del parto:			95/06/12
Edad (años/meses/días):			01/06/12
El niño tiene:	1 año	=	365 días
	+ 6 meses	=	180 días (6 * 30)[1]
	+ 12 días	=	12 días
			557 días

[1] El uso de 30 días por cada mes (en lugar de 30.4 días que corresponderían a 365 días/año o 12 meses = 30.4 días/mes) resultará en una ligera diferencia en la edad del niño (aproximadamente 2 días en 1 período de seis meses) al comparado con la edad calculada con computador usando la fecha de la entrevista y la fecha del nacimiento.

Ejemplo 2.

El ejemplo 2 muestra que los cálculos manuales son a veces un poco más difíciles pero aún posibles. En este caso es necesario "prestar" de las columnas de los "meses" y los "años."

1. Debido a que 25 es mayor que 13, es necesario "prestar" 30 días (1 mes) de la columna de los meses.
2. Como hay 0 meses en la columna de los "meses" de la cual desea restar 11 meses, debe prestar 12 meses (1 año) de la columna de los años.
3. Ahora reste 25 días de 43 días (30 + 13) y 11 meses de 12 meses.
4. Registre las diferencias en las columnas apropiadas tal como se hizo en el ejemplo 1.
5. El mes se convierte en 30 días y añadiéndole los (18 días) se obtiene la edad total del niño en días.

Ejemplo	**Año/mes/día**	**Año/mes/día**	**Año/mes/día**
		96/00/30+13	95/12/43
Fecha de entrevista	96/01/13	96/~~01~~/13	~~96/01/13~~
Fecha de nacimiento	95/11/25	95/11/25	95/11/25
Edad (años/mes/día)			00/01/18
Este niño tiene:	1 mes =	30 días	
	+18 días =	18 días	
		48 días de edad	

Calculo de la Edad en Epi Info

Para calcular la edad de un bebé en Epi Info, es necesario crear primero una nueva variable, que será la edad del niño en días y luego calcular la edad a partir de la fecha de la entrevista y del nacimiento. Es necesario que la fecha de la entrevista y el nacimiento estén en el mismo formato, como dd/mm/aa o mm/dd/aa y deben ser definidos en Epi Info como fechas (más que como número de variables en cuerda (string variables)):

Define Kiddays ########## Este define un nuevo número variable.
Define Díasnin

Kiddays = (fecha de la entrevista) - (fecha de nacimiento)

Esta operación debería dar la edad del niño en días. Si el número que resulta es negativo entonces revise las fechas para asegurarse de que están correctamente anotadas. Lo mismo es verdad si el número resultante de días está por fuera del rango de edad esperado en los niños del estudio.

Calculo de la Edad Usando SPSS para Windows

Si va a hacer el análisis de los datos en SPSS: De el menú TRANSFORM, escoja COMPUTE. Déle a la nueva TARGET VARIABLE un nombre como "age", o "age days", o "edad", o "edad día." De la lista FUNCTION, escoja CTIME. DAYS (time value) y déle ENTER en el Box NUMERIC EXPRESSION. La expresión final deberá verse más o menos de la siguiente forma:

Variable objetivo (Target variable)		Expresión Numérica
Edad	=	CTIME.DAYS (nombre de la variable de la fecha de la entrevista CTIME.DAYS (nombre de la variable de la fecha del nacimiento del niño

Esta transformación dará la edad del bebé en días. Use el Cuadro 6 para convertir la edad del bebé en días a la edad en meses cumplidos ya sea a través de un programa de computador o manualmente.

Tabla 6: Cuadro de Conversión de Edades del Bebé

Edad en Meses Cumplidos	Días	Indicadores de Lactancia Relacionados con la Edad
< 1 mes	0-30 días	Tasa de Lactancia Materna Exclusiva (tasa LME) Tasa de Lactancia Materna Predominante Lactancia Total /Parcial/Simbólica
1 mes	31-61 días	
2 meses	62-91 días	
3 meses	92-122 días	
4 meses	123-152 días	
5 meses	153-182 días	
6 meses	183-213 días	Tasa de Alimentación Complementaria Oportuna
7 meses	214-243 días	
8 meses	244-274 días	
9 meses	275-304 días	
10 meses	305-335 días	
11 meses	336-365 días	
12 meses	366-395 días	Lactancia Continua a los 12 Meses
13 meses	396-426 días	
14 meses	427-456 días	
15 meses	457-487 días	
16 meses	488-517 días	
17 meses	518-547 días	
18 meses	548-578 días	
19 meses	579-608 días	
20 meses	609-639 días	Lactancia Continua a los 24 Meses
21 meses	640-669 días	
22 meses	670-700 días	
23 meses	701-730 días	
24 meses	731-760 días	
25 meses	761-791 días	
26 meses	792-821 días	
27 meses	822-852 días	
28 meses	853-882 días	
29 meses	883-913 días	
30 meses	914-943 días	
31 meses	944-973 días	
32 meses	974-1004 días	
33 meses	1005-1034 días	
34 meses	1035-1065 días	
35 meses	1066-1095 días	
36 meses	1096-1125 días	
37 meses	1126-1156 días	
38 meses	1157-1186 días	
39 meses	1187-1217 días	
40 meses	1218-1247 días	

41 meses	1248-1278 días	
42 meses	1278-1308 días	
43 meses	1309-1338 días	
44 meses	1339-1369 días	
45 meses	1370-1399 días	
46 meses	1400-1430 días	
47 meses	1431-1460 días	
48 meses	1461-1490 días	
49 meses	1491-1521 días	
50 meses	1522-1551 días	
51 meses	1552-1582 días	
52 meses	1583-1612 días	
53 meses	1613-1643 días	
54 meses	1644-1673 días	
55 meses	1674-1703 días	
56 meses	1704-1734 días	
57 meses	1735-1764 días	
58 meses	1765-1795 días	
59 meses	1796-1825 días	
60 meses	1826-1855 días	

Edad en Días para Calcular los Indicadores de Lactancia de la OMS (6):

Los bebés < 4 meses tienen 0 - <120 días
Los bebés entre 6 - 9 meses (6 - <10) tienen 180 - 299 días

APÉNDICE 3: CUADROS QUE CONTIENEN DATOS PARA SER USADOS EN CÁLCULOS ILUSTRATIVOS

Cálculo Manual de Tasas de Lactancia

Los datos pueden ser analizados "manualmente" o usando un computador. Si usted desea analizar sus datos manualmente, el primer paso consiste en crear un cuadro para seleccionar los datos de acuerdo a la edad del bebé y del patrón de alimentación del bebé. Por ejemplo, en el Cuadro 7 el número total de bebés entre 0 - <6 meses es 305. En la columna 3 se registra el número de bebés de cada grupo de edad que "no fueron amamantados", y el número de bebés que recibieron leche materna, agua y nada más, se colocan en la columna 6. Al organizar los datos como se hace en los Cuadros 7 y 8 se puede hacer el cálculo de un número de indicadores. Estos cálculos se ilustran en el Apéndice 4.

Cuadro 7: Datos de recuerdo de 24 horas de bebés 0-< 6 meses
Número de bebés que reciben ciertos tipos de alimentos

Edad del bebé	Número. Total de bebés	Número de no amamantados	Número que Recibe solamente LM	Número que recibe solamente LM y vitaminas	Número que recibe solamente LM y agua	Número que recibe solamente LM ,agua y jugo	Número que recibe solamente LM, fórmula u otras leches y jugo (no sólidos)	Número que recibe LM, con sólidos (permite cualquier otro liquido, leches o fórmulas)
0-30 días (<1 mes)	50	2	16	2	7	12	8	3
31-61 días (1 mes)	49	5	12	2	8	9	7	6
62-91 días (2 meses)	51	7	7	1	5	9	6	16
92-122 días (3 meses)	52	7	5	1	4	10	6	19
123-152 días (4 meses)	53	9	3	0	2	6	6	27
153-182 días (5 meses)	50	11	1	0	1	1	2	34
Total 0-< 6 meses	**305**	**41**	**44**	**6**	**27**	**47**	**35**	**105**

Cuadro 8: Datos de recuerdo de 24 horas de bebés 6 - <10 meses Número de bebés que reciben ciertos tipos de alimentos									
Edad del bebé 6 <10 meses	**Número Total de bebés**	**Número que no recibe LM: solamente otros líquidos**	**Número que no recibe LM: otros líquidos y sólidos**	**Número que recibe solamente LM**	**Número que recibe solamente LM y vitaminas**	**Número que recibe solamente LM y agua**	**Número que recibe solamente LM, agua y jugo**	**Número que recibe solamente LM, fórmula u otras leches jugos (no sólidos)**	**Número que recibe LM con sólidos (permite cualquier otro liquido, leches o fórmulas)**
183-213 días (6 meses)	52	4	4	2	0	1	1	8	32
214-243 days (7 meses)	49	3	5	1	0	1	1	3	35
244-274 días (8 meses)	53	6	8	1	1	1	0	1	35
275-304 días (9 meses)	50	3	16	0	0	0	1	2	28
Total 6 - <10 meses	**204**	**16**	**33**	**4**	**1**	**3**	**3**	**14**	**130**

APÉNDICE 4. INDICADORES: DEFINICIONES Y CÁLCULOS ILUSTRATIVOS

A. Tasas de Lactancia

l. Tasa de Lactancia Exclusiva (Tasa LME)*

2. Tasa de Lactancia Predominante (Tasa LM Predominante)*

3. Tasa de Nunca amamantados

B. Iniciación Oportuna de la Lactancia

4. Iniciación de la Lactancia en la Primera Hora de Vida*

C. Duración de Cualquier Lactancia

5a. Tasa de Lactancia Continua a los 12 Meses*

5b. Tasa de Lactancia Continua a los 24 Meses*

6. Promedio de Duración de la Lactancia*

7. Mediana de la Duración de la Lactancia* *

D. Intensidad de la Lactancia

8. Frecuencia de Lactancia en 24 Horas*

9. Lactancia Total o Casi Total/Parcial/Simbólica* * *

10a. Promedio de Duración de la Amenorrea Lactacional*

10b. Mediana de la Duración de la Amenorrea Lactacional*

E. Alimentación Complementaria Oportuna

11. Tasa de Alimentación Complementaria Oportuna*

F. Uso de Planificación Familiar entre Madres Lactantes

12a. Planificación Familiar Apropiada entre Madres Lactantes.

12b. Cualquier tipo de Planificación Familiar entre Madres Lactantes.

G. Cuadro 9. Comparación de Indicadores de Lactancia comúnmente usados.

* Adaptado de (1).

** Adaptado de (7).

*** Adaptado de (15).

A. TASAS DE LACTANCIA

1. TASA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (TASA LME)

DEFINICIÓN

El Porcentaje de Bebés con edades entre 0 - <6 meses (0-182 días) que están siendo amamantados exclusivamente. Se considera que un bebé es exclusivamente amamantado cuando recibe solamente leche materna sin otros líquidos ni sólidos, con la excepción de gotas o jarabes que contienen vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

MEDICIÓN

La tasa de Lactancia materna exclusiva (Tasa de LME) se calcula como:

$$\frac{\text{\# de bebés 0 - <6 meses exclusivamente amamantados}}{\text{\# total de bebés 0 - <6 meses}} \times 100$$

CALCULO ILUSTRATIVO # 1

En un grupo de 335 bebés vivos entre 0 - <6 meses (0-182 días), en las 24 horas anteriores:

33 no fueron amamantados
56 recibieron solamente leche materna
12 recibieron leche materna, y gotas de vitaminas (no diluida en agua), pero nada más
59 recibieron leche materna y agua, pero nada más
71 recibieron leche materna, agua y jugo de fruta, pero nada más
25 recibieron leche materna, fórmula y jugo de fruta, pero no sólidos
79 recibieron leche materna y alimentos sólidos.

En este ejemplo, 68 niños son amamantados exclusivamente (56 + 12), de manera que la Tasa de Lactancia Exclusiva es (68 ÷ 335 x 100) = 20.3%

REQUERIMIENTOS DE DATOS:

1. El número de bebés vivos entre 0 - <6 meses de edad.

2. Datos de recuerdo de 24 horas de todos los líquidos y sólidos que los bebés vivos entre 0 - < 6 meses han consumido. Es necesario hacerles preguntas específicas a los entrevistados sobre los diferentes tipos de líquidos que el bebé pudo haber recibido, incluyendo agua, jugo, leche, fórmula y otros líquidos.

FUENTE(S) DE LOS DATOS

Encuestas poblacionales.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

La OMS recomienda que todos los bebés deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna entre el nacimiento y los seis meses. Este indicador se usa para dar una medida global del grado hasta el cual las mujeres han adoptado conductas consistentes con esta recomendación.

El indicador le da igual peso a la reducción de la duración de la lactancia exclusiva que a la reducción en el porcentaje de mujeres que alguna vez amamantan exclusivamente. Por ejemplo, una población en la cual tres cuartas partes de los bebés son amamantados exclusivamente por cuatro meses y una cuarta parte nunca son amamantados exclusivamente, tendría el mismo valor en este indicador que el que tendría una población en la cual **todos** los bebés son amamantados exclusivamente durante tres meses.

El indicador debe ser interpretado como el porcentaje de bebés que "en la actualidad están siendo exclusivamente amamantados" más que el porcentaje de aquellos que "han sido exclusivamente amamantados desde el nacimiento". El uso de un período de recuerdo de 24 horas puede causar que el indicador sobreestime el porcentaje de bebés que nunca ingirieron nada distinto a leche materna desde el nacimiento, ya que algunos bebés a los cuales se les dan otros líquidos de manera irregular pueden no haberlos recibido en las 24 horas que preceden la encuesta. Si para reunir esta información se recogen datos retrospectivos **los resultados no son comparables con los datos de recuerdo de 24 horas.**

En algunas encuestas, el número de nacimientos podría variar considerablemente cada mes, tal vez a causa de la metodología de la encuesta, error de muestreo o del patrón estacional de los partos. Tal variación podría afectar el cálculo de la Tasa de LME. Por ejemplo, si la muestra tiene muchos más bebés con 0 meses de edad que de bebés con tres meses, la tasa de LME. tendrá un sesgo hacia arriba ya que es más posible que los niños menores estén siendo exclusivamente amamantados. En este caso, quizá sea útil hacer un ajuste del porcentaje de exclusivamente amamantados de acuerdo a la edad, presumiendo que el número de partos es constante entre un mes y otro.

Los datos del Cuadro 7 del Apéndice 3 se usan para los Cálculos Ilustrativos #2 y #3. Una vez se haya organizado los datos como en el Cuadro 5, se podrá determinar con facilidad la proporción de bebés exclusivamente amamantados que corresponde a cada grupo de edad.

CALCULO ILUSTRATIVO # 2: Tasa de Lactancia Exclusiva, por mes.

Usando los datos del Cuadro 7, de los bebés < 1 mes de edad, 16/50 bebés recibieron solamente leche materna y 2/50 recibieron leche materna y vitaminas. Por lo tanto la Tasa de LME. para los bebés de este estudio menores de 1 mes de edad es: (18 ÷ 50 x 100) = 36% . La Tasa de L.M.E. para bebés de 3 meses de edad es (6 ÷ 52 x 100) = 11.5%

CALCULO ILUSTRATIVO # 3: Tasa de Lactancia Exclusiva, 2 - < 4 meses.

Usando los datos del Cuadro 7, de los 103 bebés vivos entre 2 - < 4 meses, en las 24 horas anteriores:

i. 14 no fueron amamantados
ii. **12 recibieron únicamente leche materna (7 + 5)**
iii. **2 recibieron leche materna y vitaminas pero nada más**
iv. 9 recibieron leche materna y agua únicamente
v. 9 recibieron leche materna, más agua y otros líquidos
vi. 12 recibieron leche materna, más agua, otros líquidos, y fórmula u otras leches.
vii. 35 recibieron leche materna más agua, otros líquidos, leche o fórmula y sólidos.

Por lo tanto, la Tasa de Lactancia Exclusiva para bebés entre 2 - < 4 meses es: (14 ÷ 103 x 100) = 13.5%

2. TASA DE LACTANCIA PREDOMINANTE (Tasa LP)

DEFINICIÓN

El porcentaje de bebés con edades entre los 0 - <6 meses (0-182 días) que está siendo amamantados predominantemente. Se considera que un bebé recibe lactancia predominante cuando recibe leche materna junto con agua, bebidas a base de agua (agua endulzada o con sabores, tés, infusiones, etc.), jugo de fruta, solución de sales de rehidratación oral (SRO), pero no recibe ningún otro líquido ni sólido. Ningún alimento con base líquida (excepto jugo de fruta o agua azucarada) está permitido.

MEDICIÓN

La Tasa de Lactancia predominante se calcula así:

$$\frac{\text{\# de bebés entre 0 - <6 meses amamantados predominantemente}}{\text{\# Total de bebés entre 0 - <6 meses}} \times 100$$

CALCULO ILUSTRATIVO # 1

En un grupo de 335 bebés vivos entre 0 - < 6 meses (0 - 182 días), en las 24 horas anteriores:

33 no fueron amamantados
56 recibieron únicamente leche materna
12 recibieron leche materna y gotas de vitaminas pero nada más
59 recibieron leche materna y agua pero nada más
71 recibieron leche materna, agua, jugo de fruta pero nada más
25 recibieron leche materna, fórmula y jugo de fruta, pero no recibieron sólidos
79 recibieron leche materna y alimentos sólidos

En este ejemplo, 130 niños reciben lactancia predominante (59 + 71), luego la fase de lactancia predominante es (130 ÷ 335 x 100) = 38.8%

REQUERIMIENTO DE DATOS

1. El número de bebés vivos entre los 0 - < 6 meses de edad (0 - 182 días).

2. El número de estos bebés que reciben lactancia predominante, basados en el recuerdo de 24 horas de todos los líquidos y sólidos consumidos. Es necesario hacerles preguntas a los entrevistados sobre las diferentes clases de líquidos que el bebé pudo haber recibido, incluyendo agua, jugo, leche, fórmula y otros líquidos.

FUENTE(S) DE DATOS

Encuestas poblacionales.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

Aunque se recomienda que se amamante exclusivamente a los bebés menores, la introducción de agua, alimentos rituales, tés, jugos, etc. en pequeñas cantidades no es especialmente importante para la nutrición del bebé. La introducción de estos ítemes no parece afectar la relación existente entre la lactancia y la duración de la amenorrea postparto. Este indicador se usa para dar una medida global de lactancia predominante.

Este indicador es el mismo descrito por el Grupo de Trabajo Informal de la OMS sobre indicadores de alimentación infantil, con dos aclaraciones. Primera, los bebés que reciben leche materna y gotas o jarabes de vitaminas, minerales o medicamentos son considerados como amamantados exclusivamente y no como recibiendo lactancia predominante. Las categorías de lactancia exclusiva y lactancia predominante son mutuamente excluyentes, de manera que es posible sumar las Tasas de una con otra. La suma de la Tasa de LME y la de la Tasa de LP representa el porcentaje de los totalmente amamantados. Segunda, la OMS ha simplificado desde entonces sus lineamientos con relación a las edades recomendadas para lactancia exclusiva. La recomendación previa fue de 4-6 meses, la recomendación actual es de alrededor de 6 meses.

(Consulte lo referente al indicador de la "Tasa de Lactancia Exclusiva" para ver algunos comentarios adicionales sobre este indicador.)

CALCULO ILUSTRATIVO # 2 Tasa de Lactancia Predominante, 0 - <6 meses

Usando los mismos datos del Cuadro 7, de los 305 bebés con edades entre 0 - <6 meses, en las 24 horas previas.

1. 41 no fueron amamantados
2. 44 recibieron leche materna únicamente
3. 6 recibieron leche materna y vitaminas pero nada más (2 + 2 + 1 + 1 + 0 + 0)
4. **27 recibieron leche materna y agua solamente** (7+ 8 + 5 + 4 + 2 + 1)
5. **47 recibieron leche materna más agua y otros líquidos** (12+ 9 + 9 + 10 + 6 + 1)
6. 35 recibieron leche materna más agua, otros líquidos, leches o fórmula y sólidos.
7. 105 recibieron leche materna más agua, otros líquidos, leches o fórmulas y sólidos.

Usando estas figuras, el número total de bebés amamantados predominantemente es: 74 (27 +47 = 74). La Tasa de Lactancia Predominante es: 74 ÷ 305 x 100 = 24.3%

3. TASA DE NUNCA AMAMANTADOS

DEFINICIÓN

La proporción de bebés que nunca recibieron leche materna sobre la proporción de nacidos vivos, en el período de tiempo de referencia.

MEDICIÓN

Tasa de nunca amamantados =

$$\frac{\text{\# de niños que nunca recibieron leche materna}}{\text{\# de nacidos vivos}} \times 100$$

durante el período de tiempo de referencia

REQUERIMIENTOS DE DATOS

Número o proporción de entrevistados que reportan que a sus bebés, tomados de una muestra de nacidos vivos, nunca se les dio leche materna.

FUENTE(S) DE DATOS

Encuestas poblacionales.

PROPÓSITOS Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

Esta medida es usada frecuentemente en encuestas para determinar la proporción de mujeres que nunca intentaron amamantar. Un punto que debe ser considerado es si se deben incluir los bebés a quienes se les de leche materna extraída en vez de leche obtenida directamente a través del amamantamiento. Los niños prematuros frecuentemente son demasiado debiles para amamantar y pueden recibir leche extraida. Esta es posiblemente la única leche materna que reciben aquellos que mueren dentro de la primera semana. La omisión de tales bebés sesgará los números hacia abajo, ya que todos los prematuros vivos se incluirían en el denominador. Como la proporción de bebés que nunca fueron amamantados puede ser bastante baja, algunas veces menor del uno porciento la necesidad de considerar dicho tipo de sesgo es algo más que una consideración teórica.

La valoración de la tasa de nunca amamantados tiene significado y es necesaria para interpretar la prevalencia de la lactancia y de la lactancia total en momentos ubicados con posterioridad en el eje del tiempo.

B. INICIACIÓN OPORTUNA DE LA LACTANCIA

4. INICIACIÓN DE LA LACTANCIA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA

DEFINICIÓN

El porcentaje de bebés entre los 0 - < 12 meses de edad que fueron colocados al pecho dentro de la primera hora después de nacer.

MEDICIÓN

En una encuesta poblacional se calcula así:

$$\frac{\text{\# de bebés 0 - <12 meses que fueron puestos al pecho dentro de la primera hora después de nacer}}{\text{\# total de bebés 0 - <12 meses}} \times 100$$

Una versión de resultado a nivel de programa de este indicador es la siguiente:

$$\frac{\text{\#de bebés dados de alta durante el período de referencia que fueron puestos al pecho dentro de la primera hora después de nacer}}{\text{\# total de bebés dados de alta durante el período de referencia}} \times 100$$

Estos indicadores no son comparables entre si.

REQUERIMIENTOS DE DATOS

A nivel de población:

1. Número de bebés 0 - <12 meses de edad en la muestra de la población o muestra de la subpoblación; y,

2. Número de bebés 0 - <12 meses de edad sobre los cuales se reporta que fueron puestos al pecho dentro de la primera hora después de nacer.

A nivel de programa:

1. Número de bebés dados de alta de un servicio de maternidad y el número de bebés dados de alta que fueron puestos a mamar dentro de la primera hora después del parto.

FUENTE(S) DE DATOS

1. Versión 1: Encuestas poblacionales.

2. Versión 2: Observaciones facilitadas por la Institución o encuestas de salida.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

Un punto importante que debe considerarse es si se deben excluir o no los partos por cesárea, excluir instituciones con altos niveles de parto por cesárea, o definir un criterio diferente para los partos por cesárea o los partos de alto riesgo. Muchos investigadores prefieren actualmente usar un criterio único, (típicamente una hora, aunque algunos argumentan que debe ser media hora), independientemente del número de partos por cesárea y de otro tipo de partos de alto riesgo. La racionalidad de este enfoque, que nosotros respaldamos, es que al definir criterios excesivamente estrictos de riesgo, podemos estar creándole una dificultad muy difícil de superar a la práctica del alojamiento conjunto; por lo tanto los bebés que no son capaces de ser mantenidos en alojamiento conjunto con sus madres por haber sido definidos como de alto riesgo y/o haber nacido por cesárea deben ser incorporados dentro de los datos.

En el momento en que este documento está siendo escrito, las Criterios Globales de Valoración de los Hospitales Amigos usan el criterio de cuatro horas para los partos por cesárea. El uso de diferentes períodos de tiempo para partos normales y para cesárea crea dos indicadores diferentes y requiere información adicional que también puede estar sesgada.

El propósito de este indicador es valorar si las madres de la población y/o de las instituciones de salud inician tempranamente la lactancia con sus respectivos beneficios para la madre (reducción de la hemorragia postparto) y el niño (contacto piel a piel y exposición a los anticuerpos maternos contenidos en el calostro). La OMS ha definido que este es un indicador para ser usado en partos atendidos tanto en casas como en instituciones.

El **denominador del indicador basado en la población** es amplio (todos los bebés por debajo de los doce meses) y puede introducir un sesgo significativamente grande de memoria ya que las mujeres pueden tener dificultad recordando cuando iniciaron la lactancia y si esto sucedió dentro de la primera hora postparto. Este indicador puede también enmascarar cambios ocurridos en la población o en la institución de salud en el transcurso de un año.

El **indicador de base institucional** no tiene tanto riesgo de memoria pero se necesitará agregar las tasas basadas en instituciones individuales para determinar las tendencias de la población y estas serían inapropiadas en situaciones en donde los partos se atienden en las casas. Ya que en casi todas partes hay partos en casa, no se recomienda que los datos basados en instituciones se agreguen y sean interpretados como indicadores con base poblacional.

C. DURACIÓN DE CUALQUIER LACTANCIA

5a. LACTANCIA CONTINUA A LOS 12 MESES

DEFINICIÓN

El porcentaje de niños entre los 12 - <16 meses de edad (366 - 426 días) que son amamantados.

MEDICIÓN

El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Niños 12 - <16 meses amamantados en las últimas 24 horas}}{\text{Niños vivos 12 - <16 meses}} \times 100$$

REQUERIMIENTOS DE DATOS

1. Una muestra representativa de niños 12 - <16 meses

2. Reporte de la madre del consumo de alimentos/líquidos de cada niño en las 24 horas que antecedierona la entrevista.

3. Edad del niño

FUENTE(S) DE DATOS

Típicamente este indicador se mide usando una encuesta de población hecha en las casas de todos los niños vivos entre los 12 - <16 meses de edad. Este indicador está basado en los datos del status actual, es decir, (i) la edad actual del niño, y (ii) el recuerdo de 24 horas que la madre tenga de cualquier líquido o alimento consumido durante las 24 horas que anteceden a la encuesta.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

Esta es una medida de la duración de la lactancia. Es un porcentaje simple y por tanto fácil de entender y de comparar. El corte transversal de cuatro meses hace que el indicador sea más confiable y útil con muestras más pequeñas.

5b. LACTANCIA CONTINUA A LOS 24 MESES

DEFINICIÓN

El porcentaje de niño entre 20 - <24 meses de edad (608 - 730 días) que son amamantados.

MEDICIÓN

El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Niños 20 - <24 meses amamantados en las últimas 24 horas}}{\text{Niños vivos 20 - <24 meses de edad}} \times 100$$

REQUERIMIENTOS DE DATOS

1. Una muestra representativa de niños 20 - <24 meses.

2. Reporte de la madre del consumo de alimento/líquido de cada niño en las 24 horas que preceden a la entrevista.

3. Edad del niño.

FUENTE(S) DE DATOS

Típicamente este indicador se mide usando encuestas poblacionales en casas de todos los niños vivos 20 - <24 meses. El indicador se basa en datos del status actual, esto es, (i) la edad actual del niño, y (ii) el recuerdo de 24 horas que la madre tenga de cualquier líquido o alimento consumido durante las 24 horas que preceden la encuesta.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

Esta es una medida de la duración de la lactancia. Es un simple porcentaje y por tanto fácil de entender y de comparar. El corte transversal de cuatro meses hace que sea un indicador más útil y más confiable con muestras más pequeñas. El intervalo de cuatro meses no es un inconveniente muy serio al final de dos años cuando pocos programas están diseñados para cambiar prácticas específicas.

6. PROMEDIO DE LA DURACIÓN DE CUALQUIER LACTANCIA

DEFINICIÓN

El promedio del número de meses que los niños son amamantados, sin importar que otros líquidos o alimentos puedan recibir.

El promedio de duración de la lactancia (PDL) se calcula así:

$$PDL = \sum \text{Proporción de lactancia (PL)}_a \qquad (a \text{ rango de 0 a 59})$$

donde la proporción de la lactancia es:

$$PL_a = \frac{\#\text{ de bebés con } a \text{ meses de edad que están siendo amamantados en la actualidad}}{\#\text{ de niños nacidos hace } a \text{ meses}}$$

CALCULO ILUSTRATIVO

Edad Cumplida (en meses)	Bebés amamantados en la actualidad	Bebés vivos o muertos	PLM
0	82	85	0.965
1	72	77	0.935
2	74	87	0.851
3	76	90	0.844
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
56	0	65	0.000
57	0	69	0.000
58	0	75	0.000
59	0	62	0.000

MDBF = (0.965 + 0.935 + 0.851 + 0.844 + . . . + 0.000 + 0.000 0.000 + 0.000) = 15.5. meses'

Fuente: Encuesta Salvadoreña de 1993 de Planificación familiar y salud materno-infantil

REQUERIMIENTOS DE DATOS

1. El número de nacimientos que han tenido lugar durante los últimos 60 meses clasificados por cada mes único desde el nacimiento.

2. El número de bebés que están siendo amamantados en el momento, clasificados por el mes de edad en que están.

FUENTE(S) DE DATOS Encuestas poblacionales.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

Este indicador da una medida global de la extensión de la lactancia en la población. Combina información sobre el porcentaje de los que alguna vez fueron amamantados con la duración de la lactancia en aquellos que todavía están siendo lactados. Los niños que no fueron amamantados nunca, son tratados implícitamente como si hubiesen sido amamantados por 0 meses. Como se incluyen todos los nacimientos en el denominador, aún los de aquellos niños que ya no están vivos en el momento, el indicador da la duración real de la lactancia, tratando a la muerte como una de las muchas razones para suspender la lactancia.

Para calcular la duración de la lactancia no se usan reportes retrospectivos sobre cuanto tiempo fue amamantado el niño porque se sabe que este tipo de datos exhibe apilamientos en aquellas duraciones que son múltiplos de seis meses. Este apilamiento de las respuestas probablemente refleja aproximaciones hechas, que no necesariamente son simétricas. Como resultado, el cálculo del promedio de los datos retrospectivos podría estar sesgado.

Todos los niños nacidos en el período del tiempo deberían ser incluidos y no únicamente los que nacieron de últimos. Cuando se incluyen solamente los niños nacidos de últimos, los hallazgos pueden estar sesgados y el sesgo puede no ser igual en todos los países o entre todos los subgrupos poblacionales. Cuando se pregunta solamente sobre el último niño que nació, aquellos niños pertenecientes a la parte superior del rango de edad estudiado que tienen un hermano menor son excluidos de la muestra. Dependiendo de las prácticas de lactancia de la madre y de su cultura (por ej., si el niño mayor es amamantado conjuntamente con el menor o no), la exclusión de estos niños mayores influenciará el promedio de duración de lactancia de la muestra.

El cálculo que hemos acabado de mostrar asume que la edad ha sido dada en meses cumplidos (completados). Si en vez, los bebés son clasificados por su edad promedio en meses (v.gr. debido a que no se ha determinado la fecha del nacimiento), es necesario reducir el promedio por (0.5 x Proporción de lactancia $_0$), donde PL_0 está calculada a partir de los partos ocurridos en el mes de la entrevista (ver (10)). En el ejemplo citado arriba, si los datos se referían a la edad promedio más que a al edad cumplida, el promedio de duración de la lactancia sería de 15 meses (15.5-0.965 x 0.5).

Se recomienda usar el promedio de duración más que la mediana, primeramente por la relativa facilidad del cálculo del promedio. El cálculo de la mediana de los datos de lactancia actuales requiere primero que se ajusten los datos, lo cual no siempre es tan sencillo. El promedio tiende a ser ligeramente mayor que la mediana (en alrededor de 0.5 a 1.0 meses) debido a la práctica de lactancia muy prolongada en un subgrupo pequeño de mujeres.

El cálculo de este indicador se basa en los niños menores de cinco años, porque en muchos países en desarrollo una proporción significante de niños de 3 y 4 años todavía están siendo amamantados. El promedio de la duración de la lactancia estaría siendo subestimado si se excluyesen a esos niños de los cálculos. En los países en los cuales se sabe que la duración de la lactancia es corta, quizá menos de 12 meses, se puede asumir razonablemente que los niños mayores de 36 meses no están siendo amamantados. En este caso los requerimientos de los datos pueden ser reducidos para incluir solamente a niños entre 0 - < 36 meses de edad.

7. MEDIANA DE LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA

DEFINICIÓN

La edad (en meses) en la cual 50% de los niños ya no son amamantados.

MEDICIÓN

La mediana de la duración de la lactancia se calcula basados en los datos del status actual entre todos los niños vivos por debajo de cinco años, es decir menos de la edad exacta de 60 meses[1] El primer paso en el cálculo consiste en determinar la proporción de todos los niños vivos en cada grupo de edad en meses individuales, que todavía están siendo amamantados. El paso siguiente consiste en limar esos datos calculando un movimiento promedio de tres meses. La mediana de la duración de la lactancia es el mes de edad en el cual 50% o menos de los niños están todavía amamantados. Más adelante hay un cálculo ilustrativo sobre como calcular la mediana.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

La medición de la mediana de la duración de la lactancia es útil porque éste es un fenómeno desbalanceado: muchas madres pueden dejar de amamantar muy temprano mientras otras continúan haciéndolo durante muchos meses. Por lo tanto, un promedio puede ser engañoso, especialmente cuando se miden tendencias a lo largo del tiempo. De hecho los cuartiles serían más reveladores.

[1] Como mínimo la mediana de la duración debe basarse en los datos de los niños por debajo de los 36 meses, especialmente en países y dentro de subgrupos poblacionales en donde la mediana de la duración es cercana a los 24 meses. Si solamente se dispone de datos de niños están siendo todavía amamantados a esa edad, la mediana de la duración podría expresarse como "mayor de 24 meses."

CALCULO ILUSTRATIVO

Grupo de edad (Edad actual del niño en meses)	Número de niños	Número que están lactando	% aún lactando	promedio móvil de 3 meses[1]
1	.	.	.	.
2	.	.	.	.
3	.	.	.	.
4	.	.	.	.
5	.	.	.	.
6	.	.	.	.
7	.	.	.	.
8	.	.	.	.
9	.	.	.	.
10	.	.	.	.
11		.	.	.
12	.	.	.	.
13	.	.	.	.
14	.	.	.	.
15	.	.	.	.
16	100	63	63	.
17	100	60	60	59
18	100	56	56	56
19	100	52	52	52
20	**100**	**47**	**47**	**50**
21	100	51	51	48
22	100	45	45	47
23	100	44	44	44
24	100	42	42	41
25	100	38	38	
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				

La mediana de la duración de la lactancia materna es de 20 meses.

[1] Esto se calcula promediando los porcentajes de tres meses y asignándole ese resultado al mes de la mitad, v.gr. en la Tabla anterior el porcentaje de tres meses para el mes 19 es (56 + 52 + 47) ÷ 3 = 52.

D. INTENSIDAD DE LA LACTANCIA

8. FRECUENCIA DE LACTANCIA EN 24 HORAS

DEFINICIÓN

El número promedio de episodios de amamantamiento reportado en las últimas 24 horas entre las madres lactantes.

MEDICIÓN

El promedio se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Suma de todos los episodios de amamantamiento en las 24 horas anteriores, de bebés de una cohorte de un mes de edad}}{\text{\# de bebés amamantados en una cohorte de un mes de edad}}$$

El indicador debe ser calculado y reportado por meses de edad del bebé.

REQUERIMIENTOS DE DATOS

1. Respuesta de los items del cuestionario que preguntan cual es la frecuencia de la lactancia durante las horas durante las cuales hay luz solar (comidas de día) y desde cuando el sol se oculta hasta cuando sale el sol el día siguiente (comidas de noche). Las respuestas anteriores se totalizan para dar la frecuencia de las 24 horas.

2. Edad del bebé en meses.

FUENTE(S) DE DATOS

Información sobre las últimas 24 horas recolectada de las entrevistas con las madres lactantes a través de encuestas domiciliarias o de entrevistas al salir de las instituciones de salud.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

El número de tomas del pecho por 24 horas es una medida útil ya que la succión del pecho es un determinante intermediario tan importante de la producción de leche y de la supresión de la ovulación durante la lactancia. El aumento de la frecuencia de la succión lleva tanto al incremento de la producción de leche como a la supresión de la fertilidad. Frecuentemente los programas que intentan mejorar la alimentación infantil enfocan sus esfuerzos a aumentar o mantener la frecuencia del amamantamiento.

El indicador solo puede ser usado para el status actual. Además, las mujeres pueden responder "a libre demanda." Para la encuesta DHS-II se introdujo una pregunta exploratoria para preguntar aún más sobre el número de comidas de día y de noche, conduciendo a que una proporción mucho más grande

de entrevistadas respondiera dando el número real de comidas. En la parte superior de la distribución, con comidas frecuentes según demanda, se vuelve difícil que las mujeres reporten el número real de comidas. El efecto de la pérdida de precisión de la parte superior de la distribución posiblemente va a ser tolerable para la mayoría de los propósitos analíticos, y se mitiga usando la mediana en vez del promedio como indicador de tendencia central.

El promedio y la mediana, son ambos indicadores informativos, porque las frecuencias son de alta confiabilidad dentro de y entre los bebés, a través de las edades de los bebés (los bebés menores succionan con más frecuencia) y a través de las culturas. La mediana es frecuentemente más apropiada y obtenible debido a falta de certeza sobre los números de las comidas nocturnas y las distribuciones no normales. La mediana puede ser aproximada listando el número de episodios de succión en orden de magnitud. El número de episodios para la madre situada en la mitad de la lista (la posición n/2 de la distribución) es el valor de la mediana. Este es solo un estimativo ya que el cálculo de una mediana exacta puede requerir del estimativo entre dos categorías de valores.

CALCULO ILUSTRATIVO: Frecuencia de Lactancia en las últimas 24 horas

Si usted le preguntara a las madres de 50 bebés de la cohorte de 0-30 meses de edad (tomados del Cuadro 5), sobre que tan frecuentemente le dieron de mamar ellas a sus bebés en las pasadas 24 horas, los datos podrían parecerse a los que se muestran a continuación.

Identificación del bebé	# de veces que el niño amamantó en la noche anterior desde la puesta del sol hasta el amanecer	# de veces que el niño amamantó ayer, horas del día.	# Total de veces que el niño mamó ayer
001	4	4	**8**
002	5	8	**13**
003	6	4	**10**
004	3	9	**12**
005	10	5	**15**
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
048	5	5	**10**
049	5	4	**9**
050	6	3	**9**
Total			**600**

Para calcular el número promedio de los episodios de amamantamiento, sume el número total de veces que cada bebé es amamantado (8 +13 + 10 + 12 + 15...10 + 9 + 9 = 600). Luego divida el total por el número de bebés en la cohorte de edad 600÷50 = 12. Así, el Promedio de frecuencia de mamadas de la cohorte de 0-30 días de edad es de 12 veces por día.

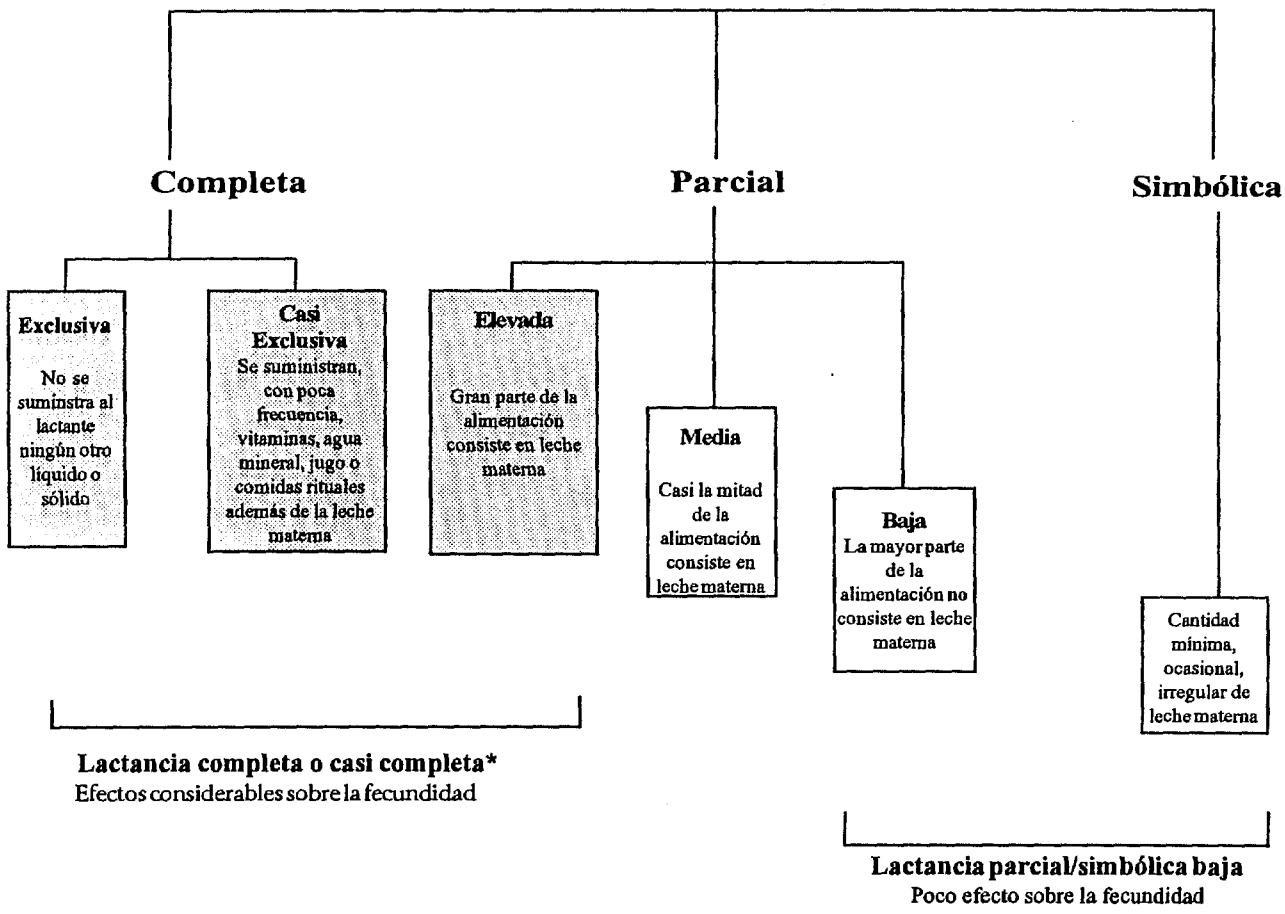
9. LACTANCIA TOTAL/PARCIAL/SIMBOLICA

DEFINICION

La lactancia total, parcial y simbólica se definen mejor en el esquema siguiente (11,12,15). La Lactancia total o casi total también se definen clínicamente como aquel patrón que mantendrá la producción de leche como la amenorrea.

Los patrones de la lactancia son altamente variables. El siguiente diagrama define los diferentes patrones e indica su impacto fisiológico tanto sobre la fertilidad como sobre la producción de la leche.

Eschema para la definición de la lactancia



* Los intervalos no deberán exceder de cuatro horas durante el día, seis horas durante la noche, y la suplementación no deberá exceder de 5-15 por ciento de todos los episodios de alimentación, preferiblemente menos. Si bien el patrón parcial-elevado es adecuado para la supresión de la fecundidad, deberá informarse a la mujer que cualquier suplementación o perturbación del patrón de lactancia puede aumentar el riesgo de que retorne la fecundidad.

MEDICIÓN

Cálculo del Porcentaje de Todas las Comidas que son Mamadas

El cálculo de todas las comidas que son mamadas fue desarrollado inicialmente por Gray et al. en la Universidad de Johns Hopkins y ha sido usado por el Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown y la OMS en estudios de asociaciones con éxitos en la lactancia. Este se calcula convirtiendo el "número de veces que el niño es puesto a mamar" en el numerador y el "número de veces que se le da cualquier líquido o alimento" en el denominador. Este porcentaje también ha sido usado en las conferencias de Bellagio y para las definiciones del grupo interagencial IGAB de lactancia completa (por lo menos el 85 % de las comidas son mamadas), parcial (15 - 85 % de las comidas son mamadas) y lactancia simbólica (menos del 15% de las comidas son mamadas). Obviamente los bebés definidos como "predominantemente amamantados" no están experimentando patrones de alimentación que promueven la continuación de la producción de leche ni tampoco el mantenimiento de la amenorrea.

CALCULO ILUSTRATIVO: Lactancia Completa/Parcial/Simbólica

El bebé A recibió cuatro amamantadas, 1 "comida" de agua, 3 jugos y 2 comidas de agua con arroz. El porcentaje de todas las comidas que fueron mamadas sería:

4/(4 +1 + 3 +2) x 100 = 40% El bebé A es solamente "parcialmente amamantado".

El bebé B recibió 8 amamantadas y una "comida" de agua. El porcentaje de todas las comidas que son mamadas sería :

8/(8 + 1) x 100 = 89% El bebé B es "total o casi totalmente amamantado".

El bebé C recibió 9 amamantadas y 1 comida de vitaminas. El bebé C es "totalmente amamantado"

El bebé D recibió 3 amamantadas, 8 "tomas de formula", 6 "comidas de jugo", así como vitaminas y medicamentos.

3 / 18 x 100 = 18%. El bebé D recibe "lactancia simbólica".

En el Apéndice 9 se incluye una ilustración del uso de este indicador para valorar el impacto de un programa de Lactancia.

REQUERIMIENTOS DE DATOS

Datos de recordatorios de 24 horas.

FUENTE(S) DE DATOS

Encuestas poblacionales y encuestas de salida (al salir de una institución).

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

Estas definiciones se basan en el impacto fisiológico de la lactancia y son mejores cálculos aproximativos del éxito de la lactancia que términos como "predominante"el cual no tiene control sobre las cantidades.

10a. PROMEDIO DE LA DURACIÓN DE LA AMENORREA LACTACIONAL

DEFINICIÓN

El promedio del número de meses que las mujeres experimentan amenorrea lactacional después del parto de un recién nacido vivo.

MEDICIÓN

El promedio de duración de la amenorrea lactacional se calcula así:

$$PDAL = \Sigma\, PAL_a \text{ (Rango de } a \text{ de 0 a 59)}$$

donde PAL es la proporción de las que experimentan amenorrea lactacional.

$$PAL_a = \frac{\text{\# de niños amamantados en la actualidad, de edad } a \text{ meses cuyas madres no han vuelto a menstruar después del parto.}}{\text{\# partos hace } a \text{ meses}}$$

CALCULO ILUSTRATIVO

Edad del niño (en meses cumplidos)	Madres lactando a quienes no les ha vuelto la mensruación	Partos	PAL*
0	77	85	0.906
1	62	77	0.805
2	54	87	0.621
3	50	90	0.556
4	.	.	.
5	.	.	.
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	.	.	.
56	0	65	0.000
57	0	69	0.000
58	0	75	0.000
59	0	62	0.000

Promedio de la duración de la Amenorrea Lactacional = (0.906 + 0.805 + 0.621 + 0.556 + . . . + 0.000 + 0.000 + 0.000 + 0.000) = 6.6 meses

*Proporción con amenorrea lactacional. Para calcular, divida el número de los que no están menstruando por el número de partos (V. gr. a los 0 meses, 77/85 = 0.906).

Una vez la proporción de PAL es consistentemente 0.000, no es necesario incluirlo en el cálculo del promedio de duración.

Fuente: Encuesta de Planificación Familiar y Salud Materno Infantil. El Salvador. 1993

REQUERIMIENTOS DE DATOS

1. El número de partos durante los últimos 60 meses clasificados por los meses únicos de edad.

2. El número de bebés que están siendo amamantados en la actualidad y después de cuyos partos, la menstruación no ha vuelto y no hay un parto posterior, clasificado por el mes único de edad

Todos los intervalos de postparto que se han cerrado a causa de un embarazo posterior se tratan como si la menstruación hubiera regresado en el mes de concepción.

FUENTE(S) DE DATOS

Encuestas poblacionales.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

Este indicador mide la longitud del tiempo entre el parto y el retorno de la menstruación que se relaciona con la lactancia.

El denominador usado en el cálculo del porcentaje que experimentan amenorrea lactacional es partos hace *a.* meses, lo cual es ligeramente diferente del denominador usado para el promedio de duración de la lactancia, que es niños nacidos hace *a* meses. La diferencia consiste en que los gemelos cuentan como un solo parto, pero como dos niños.

El rango del denominador (de los meses que siguen después del parto de un recién nacido vivo) deberá abarcar la duración máxima de la amenorrea lactacional en las poblaciones objetivo. En algunas poblaciones sería posible trabajar con rangos más estrechos y se permitiría, por ejemplo, hacer el cálculo de este indicador basados en los datos recogidos entre las mujeres con períodos postparto entre 0 - < 36 meses. Sin embargo, si los datos disponibles no incluyen la máxima duración de la amenorrea lactacional en la población objetivo, sería preferible usar la mediana en vez del promedio de la duración. (Ver en el "promedio de la duración de la lactancia" algunas notas adicionales sobre este indicador).

10b. MEDIANA DE LA DURACIÓN DE LA AMENORREA LACTACIONAL

DEFINICIÓN

La mediana del número de meses que las mujeres experimentan amenorrea lactacional después del parto de un recién nacido vivo.

MEDICIÓN

La mediana de la duración de la amenorrea lactacional se calcula basados en el STATUS actual de partos desde hace 0-59 (< 60) meses.

El primer paso de esta medición consiste en determinar la proporción de todas las madres en cada grupo de mes único a quienes no les ha vuelto la regla. El siguiente paso es ajustar (limar) estos datos calculándolos un promedio móvil de tres meses. La mediana de la duración de la amenorrea lactacional es el mes numérico cuando el punto en el cual 50% (0.500) o menos de la mujeres experimentan todavía amenorrea lactacional.

CALCULO ILUSTRATIVO

Edad del niño (en meses cumplidos)	Madres lactando a quienes no les ha vuelto la regla	Partos	PAL*	Promedio móvil de 3 meses
0	***	79		
1	***	83		
2	77	85	0.906	
3	62	77	0.805	0.777
4	54	87	0.621	0.661
5	50	90	0.556	0.573
6	46	85	0.541	0.541
7	40	76	0.526	0.520
8	41	83	0.494	0.500
9	36	75	0.480	0.478
10	36	78	0.461	0.454
11				
12				
13				
14				
15				
16				
56	0	65		
57	0	69		
58	0	75		
59	9	62		

*Proporción en amenorrea lactacional; para calcularla divida el número de mujeres no menstruando por el número de partos (V.gr a los 0 meses, 77/85= 0.906).

*Este se calcula promediando los porcentajes de 3 meses y asignándole el promedio al mes de la mitad. (V.gr. el promedio móvil de 3 meses para el mes 5 de esta tabla es(0.621 + 0.556 + 0.541)/3 = 0.573

* Los sangrados que se presentan en las primeras ocho semanas postparto (es decir, meses cero y uno) no se consideran en las mujeres lactantes como una menstruación.

La mediana de la duración es el mes cuando la PAL es igual o menor de 0.500, esto es, cuando 50% o menos de las mujeres experimentan aún amenorrea lactacional. En el ejemplo del cálculo de arriba, la mediana de la duración de la amenorrea lactacional (donde la PAL es 0.500) es ocho meses.

REQUERIMIENTOS DE DATOS

1. El número de partos dentro de los últimos 60 meses clasificados por meses únicos de edad.

2. El número de estos bebés que están siendo amamantados en la actualidad, cuyas madres no han experimentado el retorno de su menstruación y no han tenido un parto posterior, clasificados por mes único de edad

Todos los intervalos de postparto que han dejado de serlo debido a un nuevo embarazo son tratados como si la menstruación hubiese regresado en el mes de la concepción.

FUENTE(S) DE DATOS

Encuestas poblacionales.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

La medición de la mediana de la duración de la amenorrea lactacional es útil porque la variable: "amenorrea" con frecuencia está desbalanceada (esto es: unas pocas mujeres pueden tener amenorreas particularmente largas o particularmente cortas, y estos datos influyen sobre el cálculo del promedio del tal forma que este termina siendo no representativo de la mayoría de las mujeres; también pueden los datos estar disponibles solamente para madres de niños dentro de un rango de edad limitado). Además cuando hay sólo números pequeños de mujeres, es posible que haya más de una mediana. En caso tal, el promedio tiene la ventaja de proporcionar un valor único, "verdadero reflejo de la duración."

Se ha dicho que la amenorrea lactacional es el ítem único que mejor representa la efectividad de la lactancia, ya que refleja tanto la respuesta fisiológica materna como la fuerza de la succión del bebé para mantener la producción de la leche. Por lo tanto, si se usase una sola medida para detectar cuales son las tendencias de la lactancia, se ha sugerido que debería ser la mediana de la duración de la amenorrea (11).

E. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA

11. TASA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA

DEFINICIÓN

Proporción de bebés entre 6 - <10 meses de edad (183-304 días) que reciben alimentos complementarios de acuerdo al status de lactancia. El indicador básico usa recuerdo de 24 horas sobre si el bebé recibió durante ellas leche materna y/o alimento sólido (ver propósitos y puntos importantes sobre este indicador). Los sólidos se definen como alimentos de consistencia pulposa o sólida, no fluidos.

MEDICIÓN

La medición de este indicador incorpora la determinación de la proporción de bebés que reciben alimentación complementaria oportuna, así como otros patrones de alimentación, de acuerdo al status de lactancia. El indicador muestra el porcentaje de niños ubicados en las siguientes cuatro categorías (dichas categorías no permiten que haya superposición entre ellas):

Dentro de los niños entre 6 - <10 meses de edad (183-304 días), el porcentaje que recibe:

-Leche materna y sólidos (a) (alimentación complementaria) ;
-Leche materna, pero no sólidos (b);
-No recibieron leche materna, pero sí sólidos(c);
-No recibieron leche materna, y tampoco sólidos (d)

La suma de a + b + c + d = 100%

La Tasa básica de alimentación complementaria se calcula de la siguiente manera:

a) # de bebés 6 - <10 meses a quienes se les ha dado leche materna y alimento sólido en las últimas 24 horas
---
Total de bebés 6 - <10 meses de edad
x 10

b) # de bebés 6 - <10 meses a quienes se les ha dado leche materna pero no se les ha dado sólidos en las últimas 24 horas
---
Total de bebés 6 - <10 meses de edad
x 100

c) # de bebés 6 - <10 meses a quien no se les ha dado leche materna pero si alimentos sólidos en las últimas 24 horas.

Total de bebés 6 - <10 meses de edad
x 100

d) # de bebés 6 - <10 meses a quienes no se les ha dado leche materna ni alimentos sólidos en las últimas 24 horas
---
Total de bebés 6 - <10 meses de edad
x 100

CALCULO ILUSTRATIVO # 1

En una población de 1000 niños entre 6 - < 10 meses de edad, las prácticas alimentarias son las siguientes:

a) 250 recibieron leche materna y alimentos complementarios, es decir, sólidos complementarios y pudieron haber recibido también jugos, líquidos y otras leches.
b) 400 recibieron leche materna pero no alimentos complementarios, esto es ningún sólido complementario aunque pudieron haber recibido jugos, líquido u otras leches.
c) 250 no recibieron leche materna, pero en cambio si recibieron alimentos complementarios y pudieron haber recibido también jugos, líquidos u otras leches.
d) 100 no recibieron leche materna y no recibieron tampoco alimento complementario, esto es, no recibieron sólidos complementarios aunque pudieron haber recibido jugos, líquidos u otras leches.

La mayoría de los bebés de este grupo de edad (6 - < 10 meses) sobre quienes se reportó que no recibieron leche materna reciben otras leches. En pocos casos (v.gr. un niño enfermo), un niño que no recibió leche materna puede no haber recibido tampoco ningún otro tipo de leche. Para los propósitos de este indicador, estos niños deben ser incluidos en una de las dos categorías últimas (c ó d).

Los hallazgos analizados arriba pueden ser presentados en forma de barras o en forma de un cuadro de 2 x 2.

REQUERIMIENTO DE DATOS

1. Una muestra representativa de niños entre los 6 - <10 meses de edad.

2. Información sobre prácticas de lactancia en las últimas 24 horas, incluyendo el status de lactancia y si se le han dado o no alimentos sólidos al niño.

FUENTE(S) DE DATOS

Encuestas poblacionales empleando muestras representativas (p. ej. encuestas de demografía y salud) deberían ser usadas para estimar las prácticas alimentarias en una población dada.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE ESTE INDICADOR

Se recomienda que después de la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, los niños continúen siendo amamantados con la adición de alimentos complementarios apropiados y adecuados. Se quiere que el indicador de alimentación complementaria sea un indicador básico sencillo de los patrones de alimentación existentes entre los niños del grupo de edad comprendido entre 6 - < 10 meses. Se escoge este grupo de edad ya que a esta edad todos los bebés deberían estar recibiendo alimentos sólidos. El indicador de alimentación complementaria oportuna descrito anteriormente provee la información mínima requerida para valorar si los niños son alimentados de acuerdo a las recomendaciones. No contiene información sobre que tan frecuentemente se le dan alimentos sólidos al niño y tampoco sobre la calidad o cantidad de alimento (v.gr. densidad energética, o composición de micronutrientes). El indicador puede ser modificado para proveer información más detallada sobre estos aspectos de prácticas alimentarias, obteniendo información adicional de la madre.

Se recomienda que aún si la información recogida va más allá de las preguntas básicas de si el niño recibió leche materna y/o alimento sólido en las últimas 24 horas, el indicador básico que acabamos de definir debe ser usado junto con un indicador más amplio. La razón para mostrar el indicador básico junto con información de mayor profundidad que pudiese estar incluida en algunas encuestas o evaluaciones, es que la comparación de las prácticas de alimentación entre diferentes subgrupos poblacionales y la valoración de cambios seculares en las prácticas de alimentación se simplifican cuando se dispone de algunos indicadores básicos que se reportan de manera consistente.

El indicador de la tasa de alimentación complementaria oportuna puede ser usado también con grupos seleccionados de niños. Se pueden usar muestras representativas de subgrupos específicos de población. El indicador también puede ser calculado en participantes de programas específicos (v.gr. programas que promueven buenas prácticas alimentarias entre niños menores, y en las consultas de niño sano o de inmunización)

CALCULO ILUSTRATIVO # 2: Tasa de Alimentación Complementaria Oportuna

Usando El Cuadro 6 para los datos sobre bebés entre 6 - < 10 meses, en las pasadas 24 horas:

1. 4 recibieron únicamente leche materna
2. 1 recibió únicamente leche materna y vitaminas
3. 3 recibieron leche materna y agua.
4. 3 recibieron leche materna y otros líquidos
5. 16 no recibieron leche materna sino solamente otros líquidos.
6. 33 no recibieron leche materna pero recibieron tanto otros líquidos como sólidos.
7. 14 recibieron leche materna, otras leches y líquidos pero no sólidos.
8. 130 recibieron leche materna además de sólidos y otros líquidos.

La práctica de alimentación complementaria se describe en la forma de cuatro patrones: a) leche materna y sólidos (línea 8); b) leche materna pero no sólidos (líneas 1-4,7), c) no leche materna pero si sólidos (línea 6), d) ni leche materna, ni sólidos (línea 5).

Usando los datos del Cuadro 8, los cálculos hechos son los siguientes:

a = (130 ÷ 204 x 100) = 63.7%

b = (4 + 1 + 3 + 3 + 14 = 25 ÷ 204) x 100 = 12.3

c = (33 ÷ 204)) = 16.2% (33÷204) x 100=16.2%

d = (16 ÷ 204) x 100 = 7.8%

Los datos pueden ser presentados en forma de barras de acumulaciones.

F. USO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ENTRE LAS MADRES LACTANTES

12 a. PLANIFICACIÓN FAMILIAR APROPIADA ENTRE MADRES LACTANTES

DEFINICIÓN

Uso de planificación familiar o anticoncepción entre madres lactantes.

Las prácticas son agrupadas en cuatro categorías: Porcentaje de madres lactantes que están usando métodos permanentes, DIU, métodos de barrera o métodos a base de progesterona únicamente; porcentaje que usa anticonceptivos orales combinados; porcentaje que usa métodos "naturales" o tradicionales, incluyendo MELA; y porcentaje que no usa ningún método.

MEDICIÓN

El indicador se calcula como una distribución de porcentaje, con todas las madres lactantes haciendo de denominador. Se proponen cuatro grandes categorías (A a D), mostrando las posibles subcategorías.

A1. Porcentaje de las que usan uno o más de los siguientes:
- DIU
- Ligadura de trompas
- Vasectomía

A2. Porcentaje de las que usan los siguientes (pero ninguno de los de arriba):
- Condón

A3. Porcentaje que usa los siguientes (pero ninguno de los ya mencionados arriba):
- Métodos de barrera vaginal (diafragma, espuma, gelatina, espermicida, condón femenino)

A4. Porcentaje que usa uno o más de los siguientes (pero ninguno de los ya mencionados anteriormente):
- Inyección hormonal de progestágeno (v.gr. Depo-Provera) únicamente.
- Implante (por ej. NORPLANT)
- contraceptiva oral de progesterona únicamente

B1. Porcentaje que usa los siguientes, (pero ninguno de los ya mencionados):
- Píldora anticonceptiva combinada
- Inyección de hormonas combinadas.
  (generalmente no recomendadas a las madres lactantes ya que disminuyen la producción de la leche)

C1. Porcentaje que usa el siguiente, (pero ninguno de los ya mencionados):
- MELA (Teniendo el plan de usar anticonceptivos después de los 6 meses postparto)

C2. Porcentaje que usa los siguientes, (pero ninguno de los mencionados arriba):
- Abstinencia Periódica: método de la ovulación, método de temperatura y síntomas, calendario tradicional.
  (Este último no puede ser usado hasta cuando no haya regresado la menstruación.)

C3. Porcentaje que usa los siguientes (pero ninguno de los ya mencionados):
- Método tradicional (retiro, preparaciones de hierbas, tés, etc.)

D1. Porcentaje que usa el siguiente (pero ninguno de los ya mencionados):
- No usa método, y le gustaría quedar embarazada.

D2. Porcentaje que usa el siguiente (pero ninguno de los ya mencionados):
- No usa método, pero no le gustaría quedar embarazada.

La suma de A1 + A2 + A3 + A4 + B1 + C1 + C2 + C3 + D1 + D2 = 100%

El porcentaje de mujeres de cada categoría se calcula de la siguiente manera (ejemplo de la categoría A1):

$$A1 = \frac{\text{\# de madres lactantes que usan DIU o ligadura de trompas o vasectomía (por categoría de tiempo desde el parto)}}{\text{\# Total de madres lactantes (por categoría de tiempo desde el parto)}} \times 100$$

El indicador básico debe ser mostrado como el porcentaje de mujeres de cada una de las cuatro categorías mayores. Esto puede mostrarse gráficamente en barras. Puede que algunos programas escojan también mostrar algunas de las subcategorías (Ver "Propósitos y Puntos Importantes Sobre el Indicador" más adelante).

REQUERIMIENTOS DE DATOS

1. Una muestra representativa de las madres lactantes

2. Información sobre uso actual de anticonceptivos

3. Información sobre el deseo de quedar embarazada en el futuro cercano.

4.. Edad del bebé/ tiempo transcurrido desde el parto/para hacer análisis de acuerdo al tiempo de postparto. Esto se recomienda de manera especial, ya que no es posible determinar sin este dato que tan apropiado es un método) (Ver "Propósitos y Puntos Importantes más adelante).

FUENTES DE DATOS

Las encuestas Poblacionales de Demografía y Salud que emplean muestras representativas deben ser usadas para estimar si las madres lactantes están usando métodos anticonceptivos efectivos y apropiados.

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES SOBRE EL INDICADOR

Las mujeres lactantes tienen necesidades anticonceptivas que difieren significativamente de las mujeres no lactantes. La lactancia si es exclusiva y a libre demanda inhibe la fertilidad. Los anticonceptivos orales combinados están contraindicados en las mujeres lactantes debido a sus efectos adversos sobre el

volumen de leche, duración de la lactancia, y por lo tanto sobre la salud y ganancias de peso del bebé. Los métodos no hormonales no tiene efectos adversos sobre la producción de leche o sobre la salud del bebé y son por lo tanto apropiados para las mujeres lactantes. Aunque los métodos hormonales no son los métodos de primera elección para las mujeres lactantes, los anticonceptivos a base de progesterona únicamente, los implantes de NORPLANT, y la inyección de Depo-Provera son apropiados si, después de consejería, las mujeres prefieren tales métodos. Los proveedores de servicios de planificación familiar y de salud materno-infantil deben asegurarse de que las mujeres son estimuladas a lactar y se les dan los consejos anticonceptivos apropiados y acceso a un rango amplio de anticonceptivos.

El indicador de "planificación familiar entre madres lactantes" ha sido creado con la intención de que pueda monitorear las prácticas de anticoncepción durante este período crucial de la vida de la madre y del niño. El uso de métodos efectivos de planificación familiar por parte de las madres lactantes permitirá que el niño obtenga los mayores beneficios de la lactancia. Como la producción de la leche materna disminuye cuando la madre queda embarazada nuevamente mientras está lactando, el uso de anticoncepción efectiva es crucial para la salud del niño y su status nutricional.. Si la madre desea tener más hijos, ella también se beneficiará del uso de una anticoncepción efectiva que le permitirá experimentar un intervalo más largo antes de embarazarse de nuevo.

Al dividir el uso de planificación familiar dentro de las madres lactantes dentro de diversas categorías, lo que uno hace es permitir una valoración de los programas que se necesitan para ayudarles a las mujeres a escoger un método de planificación familiar ajustado a sus necesidades y sus intenciones reproductivas. Además, los programas pueden escoger mostrar el porcentaje de mujeres en una o todas de las subcategorías diseñadas para hacerle seguimiento a los cambios de las prácticas a lo largo del tiempo, y para valorar el impacto de las intervenciones específicas.

Las madres lactantes que usan anticonceptivos orales deben usar la "minipíldora", lo cual quiere decir que no debería haber ninguna mujer en la categoría B1, ya que no se recomienda el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres lactantes por la disminución de la producción de leche.

Las mujeres que usan métodos tradicionales (categoría C3) deberían recibir consejería sobre métodos efectivos de planificación familiar, de igual forma que deberían ser aconsejadas las mujeres que no usan métodos y que no desean quedar embarazadas. (Categoría D2).

El indicador puede también ser refinado aún más de acuerdo al tiempo transcurrido desde el parto. Esto facilitaría la comparación entre grupos que tienen períodos de lactancia de diferentes duraciones, y la comparación a lo largo del tiempo (si la duración de la lactancia cambia). Se sugiere usar los siguientes intervalos: 0 - <6 meses, 6 - <12 meses, 12 - <24 meses, 24 - <36 meses o más. y 36 meses o más.

Aún cuando el indicador se muestra de acuerdo al tiempo que ha transcurrido desde el parto, se recomienda que se muestre el indicador global.

En seguida se muestra un simple cálculo del porcentaje de mujeres en cada categoría, de acuerdo al tiempo transcurrido desde el parto (se usa como ejemplo la categoría A1).

Porcentaje (parto hace 0 - <6 meses)=

$$\frac{\text{\# de madres lactantes que tuvieron su parto hace 0 - <6 meses, usando DIU, ligadura de trompas, o vasectomía}}{\text{\# total de madres lactantes}}$$

Porcentaje (parto hace 6 - <12 meses)=

$$\frac{\text{\# de madres lactantes que tuvieron su parto hace 6 - <12 meses, usando DIU, ligadura de trompas, o vasectomía}}{\text{\# total de madres lactantes}}$$

Porcentaje (parto 24-< 36 meses)

$$\frac{\text{\# de madres lactantes que tuvieron su parto hace 24-<36 meses, usando DIU, ligadura de trompas, o vasectomía}}{\text{\# total de madres lactantes}}$$

Porcentaje (parto hace 36 meses o más)=

$$\frac{\text{\# de madres lactantes que tuvieron su parto hace 36 meses o más, usando DIU, ligadura de trompas, o vasectomía}}{\text{\# total de madres lactantes}}$$

También es posible averiguar el uso de métodos anticonceptivos en mujeres lactantes de grupos seleccionados de mujeres. Se pueden usar muestras representativas de subgrupos poblacionales específicos. El indicador también puede ser calculado para participantes de programas específicos que tengan posibilidades de entrar en contacto con madres lactantes, v.gr. programas de planificación familiar, programas que promueven buenas prácticas alimentarias de los niños, y en consultorios de niño sano y de inmunización.

12b. CUALQUIER FORMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ENTRE MADRES LACTANTES

DEFINICIÓN

Uso de cualquier forma de planificación familiar o anticoncepción entre las madres lactantes (ver Indicador 12a sobre grandes categorías de anticoncepción).

MEDICIÓN

El indicador se calcula como una distribución porcentual, con el número de mujeres lactantes que usan cualquier método de planificación familiar en el numerador y todas las madres lactantes como el denominador.

$$\frac{\text{\# de madres lactantes que usan cualquier método de planificación familiar (por categoría de tiempo desde el parto)}}{\text{\# total de madres lactantes (por categoría de tiempo desde el parto)}} \times 100$$

REQUERIMIENTOS DE DATOS

1. Una muestra representativa de la madres lactantes.

2. Información sobre el uso de anticoncepción en el momento.

3. Información sobre el deseo de quedar embarazada en el futuro cercano.

4. Edad del bebé/tiempo desde el parto, para hacer el análisis de acuerdo al tiempo de postparto.

Esto es vital: i) para determinar la proporción de madres que lactan exclusivamente y experimentan amenorrea aún si ellas no reportan MELA; ii)ya que los patrones de lactancia tienen impactos variables sobre la fertilidad.

FUENTE(S) DE DATOS

Para estimar si las madres lactantes están usando métodos anticonceptivos efectivos y apropiados deben usarse encuestas de población que emplean muestras representativas. (V.gr. Encuestas de Demografía y Salud DHS).

PROPÓSITO Y PUNTOS IMPORTANTES

Las mujeres lactantes necesitan protegerse de embarazos para aumentar el espacio entre un embarazo y otro lo cual beneficia su salud y la de sus niños. La lactancia exclusiva tiene un efecto importantísimo sobre la fertilidad. La comparación de diferentes tiempos postparto de mujeres que usan y no usan planificación familiar de acuerdo a sus status lactante puede ayudarle a los gerentes de programas tomar como objetivo a aquellas expuestas a un riesgo especialmente alto.

El siguiente es un resumen de los indicadores clave usados en este juego de herramientas. Este muestra también otros términos comúnmente usados y de qué forma se relacionan estos términos con los indicadores definidos en este grupo de herramientas.

Cuadro 9. Comparación de los Indicadores Comúnmente Usados en Lactancia

Categorías de alimentación infantil	Requiere que el bebé reciba:	Le permite al bebé recibir:	No le permite al bebé recibir:	Criterios adicionales/ comentarios:
Lactancia EXCLUSIVA (definición de OMS)	Leche materna, (incluyendo leche extraída o de una nodriza)	Gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicamento)		
Lactancia Predominante (definición de OMS)	Leche materna (incluyendo leche extraída o de coma nodriza) como la fuente predominante o principal de alimento.	Líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugo de fruta, SRO), fluidos rituales y gotas o jarabes. (vitaminas, minerales, medicamentos)		*Permite cualquier cantidad de líquidos de acuerdo a la definición.
Lactancia completa				Incluye las siguientes categorías: Lactancia exclusiva y Lactancia predominante.
Lactancia completa (ver esquema A-29, incluye:)				
a) *Lactancia Exclusiva*	Leche materna			
b) *Lactancia Casi Exclusiva*	Leche materna	Vitaminas, minerales, agua, jugo o comidas rituales.		Las sustancias distintas a la leche materna deben ser dada "infrecuentemente."
Alimentación con leche materna total				
a) *Alimentación exclusiva con leche materna*	Leche materna no necesariamente directamente del pecho.			
b) *Alimentación casi exclusiva con leche materna*	Leche materna no necesariamente directamente del pecho.	Vitaminas, minerales, agua, jugo o comidas rituales.		Las sustancias distintas a la lecha materna deben ser dadas "infrecuentemente"
Lactancia completa o casi total (ver esquema, pág A29)				Por lo menos 85% de las comidas deben ser amamantadas; la suplementación no debe exceder 15% de todas las comidas y no deben existir intervalos > 4 horas (diurnas) o > 6 horas (nocturnas) entre comidas** Incluye las siguientes categorías exclusiva, casi exclusiva, y parcial alta.

Cuadro 9. Comparación de los Indicadores Comúnmente Usados en Lactancia

Categorías de alimentación infantil	Requiere que el bebé reciba:	Le permite al bebé recibir:	No le permite al bebé recibir:	Criterios adicionales/ comentarios:
Lactancia parcial (ver esquema A 29 ... incluye)				
a) parcial alta	> 80-85% de las comidas son mamadas.			
b) *parcial media*	Cerca de la mitad de todas las comidas son de lecha materna**.			
c) *parcial baja*	< 15-20% de las comidas son mamadas.**			
Lactancia simbólica (ver esquema pág. A 29)	Mamadas mínimas ocasionales básicamente por placer/comodidad.			Menos del 15% de las comidas son mamadas**

** El término "comidas," requiere de una definición culturalmente apropiada.

APÉNDICE 5. CUESTIONARIOS DE MUESTRA

Formato MADLAC en Inglés

Formato MADLAC en Español

Muestra de preguntas para uso en encuestas de indicadores de lactancia de la OMS

Preguntas de Lactancia de las Encuestas Demográficas y de Salud

SECRETARIAT OF PUBLIC HEALTH
HONDURAS SOCIAL SECURITY INSTITUTE
REPUBLIC OF HONDURAS, C.A.

MONITORING OF SUPPORT TO BREASTFEEDING IN HOSPITALS
"M A D L A C"

EXIT INTERVIEW WITH MOTHER

AFTER GREETING THE MOTHER, ASK HER IF YOU MAY ASK HER SOME QUESTIONS THAT WILL TAKE A MAXIMUM OF 10 MINUTES.

Survey #:(____) Yr.: (____) Interviewer's Code:(____).

Hospital: _____ Level:(___). Month of Interview: (____).

Ward: _____

Date of the interview: <___/___/___> Time of the interview: (___:___) Hours.

Date of birth: <___/___/___> Time of birth:(___:___) Hours.

Sex of Newborn: (____) Type of Birth: (____).

Weeks of gestation at birth: (____). Product: (____) Number: (____).

Age of the mother:(____) Years

****

QUESTIONS: Do you:

Work outside of your home?: (_); Study: (_).

1. Are you planning to nurse your baby:? (___).

2. At what age do you plan to give water, teas, juices or other milks to your baby?
(____) months (____) days (____) weeks

3. How long do you plan to breastfeed? (_____) months (____)days (_____)weeks
□ until the baby stops.

4. Did you have prenatal care? (_____).
If YES, ask Where?_____

5a. Did someone talk to you during your prenatal care about the benefits of breastfeeding for the baby and for you? (_____).
Could you mention two (2)Benefits:_____
_____

5b. Did someone check your breasts and nipples during your prenatal care? (_____).

MS_____: FROM NOW ON, THE QUESTIONS I WILL ASK YOU ARE RELATED TO WHAT HAPPENED HERE IN THE HOSPITAL SINCE THE BABY WAS BORN. (Except for questions 16, 20, 21 and 22).

6. Where were you when you nursed the baby for the first time?
Place (___). Name:_____.

7. How much time elapsed after your baby was born until you breastfed for the first time?
(_____) hours (_____) minutes (_____) on the delivery table

8. Since you came to this ward, has the baby been with you? (____).
If NO, ask where baby has been and why?_____
_____

9. Since your baby was born, did someone in this Hospital explain how to breastfeed? (_____).

10. Has anyone in this hospital helped you to put the baby on the breast in order to breastfeed well? (____).

11. Have they given any kind of liquid, water or milk to your baby here in the hospital? (_____).

12. Did anyone tell you that you should breastfeed your baby everytime s/he wants to day and night? (_____).

13. Did anyone tell you that you should wake the baby to breastfeed, if s/he sleeps more than 3 hours? (_____).

14. Has anyone in this Hospital taught you how to express your milk? (_____).
(That is manually extract your milk to store it).

15. Has anyone in this Hospital told you how many times your baby should urinate daily so that you will know that the baby is receiving enough milk? (_____).
If YES, how many times? (_____).

16. What do you think that you can do to increase your milk production?

_____

(___). (The answer is Correct, ONLY if the mother mentions increasing the frequency of feeds).

17. Have they told you here in the hospital how old your baby should be when you begin to give tea, juice or other foods to the baby? (____).
What age did they tell you? (_____)Months (_____)Weeks
(_____) [The response is Correct, ONLY if the mothers responds at around six (6 months.]

18. Did anyone here at the hospital tell you where you could receive a postpartum checkup? (_____),

19. Did anyone here at the hospital, tell you where you could go to IMPROVE breastfeeding? (_____).

20. Since your baby was born, has anyone in this hospital explained to you how much time you should wait before becoming pregnant again? (____)
If YES, How much time? (____) years (_____)months

21. When do you plan to begin the use of a pregnancy spacing method? (____).

22. What method do you think you may use so that you don't get pregnant? (____).

THANK YOU.

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
REPÚBLICA DE HONDURAS, C.A.

MONITOREO DE APOYO DIRECTO CON LA LACTANCIA EN LOS HOSPITALES
"M A D L A C"

ENTREVISTA A LA MADRE EN EL ALTA DEL HOSPITAL

DESPUÉS DE SALUDAR A LA MADRE PREGÚNTELE SI LE PUEDE HACER UNA ENTREVISTA QUE DURA UN MÁXIMO DE 10 MINUTOS.

Numero de Encuesta:(____) Año: (____) Código del Entrevistador(a):(____).

Hospital: _____ Tipo:(___). Mes encuestado: (____).

Sala: _____ Día de la entrevista:(_____).

Fecha de la entrevista: <___/___/___> Hora de la entrevista: (___:___) Horas.

Fecha del parto: <___/___/___> Hora del parto:(___:___) Horas.

Sexo del Recién Nacido: (____) Vía del parto: (____).

Tiempo de gestación al nacer: (____). Producto: (____) Número: (____).

Edad de la madre:(____) Años.

****

SEÑORA USTED:

Trabaja fuera del hogar: (_); Estudia: (_).

1. Le Piensa dar pecho a su niño(a):? (___).
2. A qué edad piensa dar agua, té, jugo u otras leches a su niño(a):? (____) meses (____) días (____) semanas
3. Cuánto tiempo piensa dar de mamar a su niño(a):? (_____) meses (____)días (_____)semanas o hasta que el niño(a) lo deja.
4. Recibió usted Control de Embarazo (Prenatal):? (_____).
   Si la respuesta es SI, Dónde:?_____

5a. Se le dijo en su Control de Embarazo, porqué es buena la Lactancia para el el niño(a) y la madre:? (_____).
Podría decirme dos (2) Beneficios?:_____
_____

5b. Le revisaron los pechos en el Control?: (_____).

SEÑORA: EN ESTE MOMENTO LAS PREGUNTAS QUE LE VOY HACER SE REFIEREN A LO SUCEDIDO AQUÍ EN EL HOSPITAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DEL NIÑO(A). (Exceptuando la pregunta número 16, 20, 21 y 22).

6. En qué lugar estaba usted cuando dio de mamar a su niño(a) por primera vez?
Sala de (#). Cuál:_____.

7. Cuánto tiempo había pasado, desde que nació su niño(a), hasta que le dio el Pecho por primera Vez:? (_____).

8. Desde que llegó a esta sala su niño(a) ha permanecido junto usted:? (#).
Si la respuesta es NO, Dónde y Porqué?_____
_____

9. Desde que nació su niño(a), alguien en este Hospital le ha explicado como darle de mamar:? (_____).

10. Alguien del personal de este Hospital le ha ayudado a colocar a su niño(a) al pecho, para que mame bien:? (____).

11. Se le a dado a su niño(a), para que tome, algún tipo de liquido, agua y/o leche en este Hospital:? (_____).

12. Le dijeron que debe darle de mamar, a su niño(a), cada vez que lo pida en el día y en la noche:? (_____).

13. Le dijeron que debería despertar a su niño(a), para darle de mamar, si duerme más de 3 (tres) horas seguidas:? (_____).

14. Alguien en este Hospital le ha enseñado como Ordeñarse:? (_____).
(Es decir sacarse la leche manualmente para guardarla).

15. Alguien en este Hospital le ha dicho cuántas veces debe orinar su Niño(a), diariamente para saber si esta recibiendo suficiente leche materna:? (_____).
Si la respuesta es SI, Cuantas Veces (_____).

16. Que piensa usted, que puede hacer para tener más leche:?

    _____

    (___). (La Respuesta es Correcta, ÚNICAMENTE si la madre, Refiere Aumentar Su Frecuencia de Amamantamiento).

17. Le dijeron en el hospital: A que edad se le debe de comenzar a dar agua, té, jugo o comida a este niño(a):? (_____).
    A que edad le dijeron? Meses (_____).
    (_____) [La Respuesta es Correcta, ÚNICAMENTE si la madre, contesta a los 6 (seis) Meses.].

18. Le dijo el personal del Hospital, donde acudir para CONTROL después del Parto:? (_____),

19. Le dijo el personal del Hospital, donde asistir para MEJORAR la Lactancia Materna:? (_____).

20. Desde que nació su niño (a), alguien en este hospital le ha explicado cuanto tiempo debe esperar para salir embarazada otra vez:? (_____).
    Si la respuesta es SI, Cuanto tiempo:? (_____).

21. Cuando piensa iniciar el uso de un método para espaciar los embarazos:? (_____).

22. Que método piensa usar para no salir embarazada:? (_____).

MUESTRA DE PREGUNTAS PARA USO EN INDICADORES DE LACTANCIA DE OMS

(Adaptado de (6))

Fecha de la Entrevista.....

Sobre cada niño menor de 24 meses pregúntele a la entrevistada lo siguiente:

1. Puede decirme qué edad tiene este niño-hoy?
   (En lo posible la fecha exacta de nacimiento es.....)

2. Desde esta misma hora ayer, ha sido (nombre) amamantado? SI NO
   Si la respuesta es SI, fue el pecho la fuente más importante de alimentación?

3. Desde esta misma hora ayer, recibió (nombre) cualquiera de las siguientes?

   - Vitaminas, suplementos minerales, medicamentos SI NO
   - Agua SI NO
   - Agua endulzada o con sabores SI NO
   - Jugo de fruta SI NO
   - Fórmula láctea infantil SI NO
   - Leche fresca de vaca, en polvo, en latas SI NO
   - Alimentos sólidos o semisólidos SI NO
   - Solución de sales de rehidratación oral (SRO) SI NO
   - Otro(s) (especifique cuál:_____) SI NO

4. Desde esta misma hora ayer, tomó (nombre) algo de un biberón con chupete/tetilla? SI NO

   Si la respuesta es si, por favor describa.....

PREGUNTAS SOBRE LACTANCIA DE LAS ENCUESTAS DEMOGRÁFICAS Y DE SALUD (DHS) (tomado de (13))

La alimentación del bebé afecta tanto a la madre como al niño. Afecta al niño en su estado nutricional y riesgo de morir. Afecta a la madre a través del período de infecundidad postparto y por lo tanto también afecta la longitud de los intervalos entre nacimientos y los niveles de fecundidad. Esos efectos de la lactancia están influenciados por la duración y la intensidad del amamantamiento y por la edad en la cual el niño recibe comidas y bebidas suplementarias.

Lactancia: Alguna, duración, razones para nunca lactar y descontinuar (425-430, 436-437)

Se le pregunta a la entrevistada información sobre cada niño nacido durante los últimos 5-6 años, si el niño fue amamantado (425) y acerca de la duración de la lactancia (436, 430). La información acerca de la duración de la lactancia se registrará en la columna 5 del calendario. Se le pregunta además a la entrevistada acerca de las razones por las cuales nunca amamantó (427) y las razones para la descontinuación (437) de la lactancia.

La pregunta 428 que se refiere al último niño, indaga acerca del tiempo que se esperó desde el nacimiento hasta haberle dado el pecho. Las prácticas de lactancia inmediatamente después del nacimiento varían. Entre algunos grupos se le da el pecho al niño enseguida del nacimiento, mientras que otros grupos esperan algún tiempo, es así como el niño no recibe el calostro que contiene alta concentración de anticuerpos que lo protegen de la infección. El retardo en comenzar a darle el pecho al niño puede contribuir con problemas en la lactancia.

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE_____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE_____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE_____
425	¿Le dió pecho a (NOMBRE) alguna vez?	SI.....1 (PASE A 428) NO.....2	SI.....1 (PASE A 428) NO.....2	SI.....1 (PASE A 428) NO.....2
426	ANOTE "N" EN LA COLUMNA 5 DEL CALENDARIO EN EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO.			
427	¿Por qué nunca le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL....02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMAS DE LOS PEZONES/SENO.....04 LECHE INSUFICIENTE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 OTRO _____ 08 (ESPECIFIQUE) (PASE A 438)	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL....02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMAS DE LOS PEZONES/SENO.....04 LECHE INSUFICIENTE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 OTRO _____ 08 (ESPECIFIQUE) (PASE A 438)	MADRE ENFERMA/DEBIL.....01 NIÑO(A) ENFERMO/DEBIL....02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMAS DE LOS PEZONES/SENO.....04 LECHE INSUFICIENTE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO RECHAZO.....07 OTRO _____ 08 (ESPECIFIQUE) (PASE A 438)
428	¿Cuánto tiempo después de nacido (NOMBRE) empezó a darle el pecho? SI ES MENOS DE 1 HORA, ANOTE "00" HORAS. SI ES MENOS DE 24 HORAS, ANOTE HORAS DE OTRA MANERA, ANOTE DIAS	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS.....1 ☐☐ DIAS.....2 ☐☐		
429	COTEJE 216: ESTA VIVO EL NIÑO?	VIVO ☐ MUERTO ☐ (PASE A 436)		
430	¿Todavía le está dando el pecho a (NOMBRE)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 436)		
431	ANOTE "X" EN LA COLUMNA 5 DEL CALENDARIO EN EL MES DESPUES DEL NACIMIENTO Y EN CADA MES HASTA EL MES ACTUAL.			
432	¿Cuántas veces le dió el pecho a (NOMBRE) entre el anochecer de ayer y el amanecer de hoy? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO).	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE LA NOCHE ☐☐		
433	¿Cuántas veces durante el día le dio el pecho a (NOMBRE)? (SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO).	NUMERO DE VECES QUE LE DIO EL PECHO DURANTE EL DIA ☐☐		
434	¿En algún momento de ayer o o de anoche, le dió a (NOMBRE) algo de lo incluído en la siguiente lista?*: Agua sola? Agua azucarada? Jugo? Té herbal? Fórmula para bebé? Leche fresca? Leche diluída o en polvo? Otros líquidos? Algún alimento sólido o papilla?	SI NO AGUA SOLA.....1 2 AGUA AZUCARADA.....1 2 JUGO.....1 2 TE HERBAL.....1 2 FORMULA PARA BEBE.....1 2 LECHE FRESCA.....1 2 LECHE DILUIDA/EN POLVO.1 2 OTROS LIQUIDOS.....1 2 ALGUN ALIMENTO SOLIDO O PAPILLA.....1 2		
435	VEA 434: ALIMENTO SOLIDO O LIQUIDO DADO AYER?	"SI" EN UNO O MAS ☐ (PASE A 440) "NO" EN TODOS ☐ (PASE A 439)		

* La lista de alimentos sólidos o líquidos se desarrollará localmente y se revisará de acuerdo a la prueba piloto. Esta lista deberá incluir comidas comunes de destete.

Alimentos suplementarios suministrados el día de ayer, edad en la cual fueron suministrados por primera vez alimentos sólidos y líquidos, y frecuencia de la lactancia (432-434, 439-440)

Tanto la salud del niño y su estado nutricional como la duración de la amenorrea postparto están afectadas por la intensidad de la lactancia, lo cual se analiza preguntando cuántas veces fue amamantado el niño durante las últimas 24 horas (432-433). Adicionalmente se obtiene información acerca de la alimentación suplementaria dada a los niños de pecho durante el día anterior a la entrevista (434) y la edad a la cual comenzó a darle comidas diferentes a la leche del pecho (439-440), pregunta que se hace para todos los niños y que permite evaluar la intensidad de la lactancia.

Con las preguntas relacionadas con prácticas de alimentación infantil, se obtiene información acerca de la edad cuando se comienza a darle al niño alimentos sólidos, leches y líquidos (439-440), preguntas hechas para todos los niños nacidos en los últimos 5-6 años, con el fin de evaluar si se les comienza a dar comidas suplementarias a la edad apropiada. Hay dos temas importantes en relación con los efectos producidos por las prácticas de alimentación en la salud del niño, la mortalidad y el desarrollo físico: 1) La sustitución de la leche de la madre muy temprano interfiere con una lactancia exitosa y contribuye al fracaso en la lactancia. Además, el sustituto de la leche de la madre o (fórmula para bebé), es a menudo un líquido muy aguado que provee muy pocas calorías. Los sustitutos de la leche son frecuentemente contaminados, exponiendo al niño a un ciclo de malnutrición y enfermedades diarréicas. 2) Comenzar a darle comidas de destete muy tarde puede asímismo resultar en malnutrición, ya que el bebé no recibe suficientes calorías para sus necesidades alimentarias.

El uso de sustitutos de la leche de pecho afecta la duración de la amenorrea, ya que disminuye la intensidad de la chupada, lo cual a su vez conduce a la disminución en la producción de hormonas pituitarias y una duración más corta de la amenorrea postparto.

La pregunta 442 se refiere a si se le dió al último niño algo de tomar de una botella con tetina. Ya que es difícil limpiar bien las botellas, su uso coloca al niño en una situación de alto riesgo para desarrollar enfermedades diarréicas. El hecho de darle líquidos en botella a un niño de pecho, sugiere que el niño recibe menos leche de pecho y pasa menos tiempo succionando el seno materno.

		ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE_____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE_____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE_____
436	¿Durante cuántos meses le dió usted el pecho a (NOMBRE)?	ANOTE "X" EN LA COLUMNA 5 DEL CALENDARIO PARA EL NUMERO ESPECIFICO DE MESES QUE LE TUVO AL PECHO, EMPEZANDO CON EL MES DESPUES DEL NACIMIENTO. SI LE DIO PECHO POR MENOS DE UN MES, ANOTE "0" EN LA COLUMNA 5 EN EL MES SIGUIENTE AL NACIMIENTO.		
437	¿Por qué dejó de darle el pecho a (NOMBRE)?*	MADRE ENFER/DEBIL.....01 EL NIÑO(A) ENFER/DEBIL...02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMA DE PEZONES/SENO.....04 LECHE INSUFICIENTE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO(A) RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 COMENZO A USAR METODO....10 OTRA _____11 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFER/DEBIL.....01 EL NIÑO(A) ENFER/DEBIL...02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMA DE PEZONES/SENO.....04 LECHE INSUFICIENTE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO(A) RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 COMENZO A USAR METODO....10 OTRA _____11 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFER/DEBIL.....01 EL NIÑO(A) ENFER/DEBIL...02 NIÑO(A) MURIO.....03 PROBLEMA DE PEZONES/SENO.....04 LECHE INSUFICIENTE.....05 MADRE TRABAJANDO.....06 NIÑO(A) RECHAZO.....07 EDAD DE DESTETE.....08 QUEDO EMBARAZADA.....09 COMENZO A USAR METODO....10 OTRA _____11 (ESPECIFIQUE)
438	VEA 216: ¿ESTA EL NIÑO VIVO?	VIVO ☐ → (PASE A 440) MUERTO ☐ →	VIVO ☐ → (PASE A 440) MUERTO ☐ →	VIVO ☐ → (PASE A 440) MUERTO ☐ →
439	¿Le dió agua a (NOMBRE) o algo más de beber, o alguna comida? (Diferente que leche de pecho)?	SI.....1 NO.....2 (PASE A 443)<-	SI.....1 NO.....2 (PASE A 443)<-	SI.....1 NO.....2 (PASE A 443)<-
440	¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando empezó a darle en forma permanente algún alimento incluído en la siguiente lista?			
	Fórmula o leche diferente que leche de pecho?*	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96
	Agua?*	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96
	Otros líquidos?*	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96
	Algún alimento sólido o papilla?*	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96	EDAD EN MESES..... ☐☐ NO LE DIO.....96
	SI MENOS DE UN MES, ANOTE "00"		(PASE A 443)	(PASE A 443)
441	COTEJE 216: ¿ESTA VIVO EL NIÑO?	VIVO ☐ → MUERTO ☐ → (PASE A 443)		
442	¿Sabe usted si (NOMBRE) tomó algo de una mamadera con tetina ayer o anoche?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8		
443	REGRESE A 403 PARA EL NACIMIENTO SIGUIENTE; O, SI NO HAY MAS NACIMIENTOS, PASE A 444.			

* Las categorías y códigos se revisarán de acuerdo a la prueba piloto (se debe incluir comidas comunes de destete).

Duración del comportamiento postparto antes del período del calendario (445-448)

Las preguntas relacionadas con la duración de la lactancia, la abstinencia postparto y la amenorrea, referentes al último niño nacido antes del período del calendario, están incluídas con el objeto de obtener una información completa del intervalo genérico anterior al primer nacimiento en el calendario. Tanto la lactancia como la abstinencia y la amenorrea relacionadas a un hijo nacido entre 1982 y 1984 podrían haber extendido el período incluído en el calendario. Estas preguntas son similares a las preguntas sobre uso y no-uso de métodos anticonceptivos para períodos de tiempo que se interceptan con el comienzo del calendario (333-337).

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
444	VEA 215: ALGUN NACIMIENTO EN 1982, 1983, O EN 1984*? SI ☐ → NOMBRE DEL ULTIMO NACIMIENTO ANTES DE 1985**: _____ (NOMBRE) NO ☐		→449
445	¿Le dió el pecho a (NOMBRE) alguna vez?	SI.....1 NO.....2	→447
446	¿Durante cuántos meses le dió el pecho a (NOMBRE)?	MESES..... ☐☐	
447	¿Durante cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) no le llegó la menstruación?	MESES..... ☐☐ NO HA VUELTO/ NO VOLVIO.....96	
448	¿Durante cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) no tuvo relaciones sexuales?	MESES..... ☐☐ NO REANUDO.....96	
449	VEA 401: UNO O MAS NACIDOS DESDE ENERO DE 1985** ☐ → (PASE A 451) NO HUBO NACIDOS DESDE ENERO 1985** ☐		→501

* Para el trabajo de campo que empieza en 1991, 1992, o en 1993, los años deberán ajustarse.
** Para el trabajo de campo que empieza en 1991, 1992, o en 1993, los años deberán cambiarse a 1986, 1987 y 1988, respectivamente.

APÉNDICE 6. DATOS DE LOS INDICADORES DE LACTANCIA

Cuadro 10. *Estado Mundial de la Infancia* 1995. Cuadro 2. Nutrición

Cuadro 11. Porcentaje de niños que nunca fueron amamantados

Table 2: Nutrition

		% of infants with low birth weight 1990	% of children (1986-93) who are:			% of under-fives (1980-93) suffering from:				Total goitre rate (6-11 years) (%) 1980-92	Daily per capita calorie supply as a % of requirements 1988-90	% share of total household consumption (1980-85)	
			exclusively breastfed (0-3 months)	breastfed with complementary food (6-9 months)	still breastfeeding (20-23 months)	underweight		wasting	stunting			all ↓ food	cereals
						moderate & severe	severe	moderate & severe	moderate & severe				
1	Niger	15	..	..	..	36	12	16	32	9	95	..	..
2	Angola	19	3	83	53	..	..	..	..	7	80	..	..
3	Sierra Leone	17	..	94	41	29	..	9x	35	7	83	56	22
4	Mozambique	20	..	..	..	..	..	..	..	20	77	..	..
5	Afghanistan	20	..	..	..	..	..	..	..	20	72	..	..
6	Guinea-Bissau	20	..	..	..	23x	..	..	..	19	97	..	..
7	Guinea	21	..	..	..	..	..	..	..	19	97	..	..
8	Malawi	20	3	89	..	27	8	5	49	13	88	30	9
9	Liberia	..	15	56	26	20x	..	3x	37x	6	98	..	..
10	Mali	17	8	45	44	31x	9x	11x	24x	29	96	57	22
11	Somalia	16	..	..	..	..	..	..	..	7	81	..	..
12	Chad	..	..	..	..	..	..	..	..	15	73	..	..
13	Eritrea	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
14	Ethiopia	16	74	..	35	48x	16x	8x	64x	22	73	49	24
15	Zambia	13	13	88	34	25	6	5	40	51x	87	36	8
16	Mauritania	11	12	39	..	48	..	16	57	..	106	..	..
17	Bhutan	..	..	..	..	38	..	4	56	25	128	..	..
18	Nigeria	16	2	52	43	36	12	9	43	10	93	48	18
19	Zaire	15	..	..	..	28x	..	5x	43x	9	96	..	..
20	Uganda	..	70	67	39	23	5	2	45	7	93	..	..
21	Cambodia	..	..	..	..	..	..	..	..	15	96	..	..
22	Burundi	..	89	66	73	38x	10x	6x	48x	42	84	..	..
23	Central African Rep.	15	..	..	..	..	..	..	..	63	82	..	..
24	Burkina Faso	21x	3	35	..	30	8	13	29	16	94	..	..
25	Ghana	17	2	57	52	27	6	7	31	10	93	50	..
26	Tanzania, U. Rep. of	14	32	89	57	29	7	6	47	37	95	64	32
27	Madagascar	10	47	93	45	39	9	5	51	24	95	59	26
28	Lesotho	11	..	..	..	16	2	5	26	16	93	..	..
29	Gabon	..	..	..	..	..	..	..	..	5	104	..	..
30	Benin	..	..	..	..	..	..	..	..	24	104	37	12
31	Lao Peo. Dem. Rep.	18	..	..	..	37	..	11	40	25	111	..	..
32	Rwanda	17	90	75	..	29	6	4	48	49	82	29	10
33	Pakistan	25	25	29	52	40	14	9	50	32	99	37	12
34	Yemen	19	15	51	..	30	4	13	44	32	..	..	..
35	Togo	20	10	86	68	24x	6x	5x	30x	22	99	..	..
36	Haiti	15	..	..	..	37x	3x	9x	40x	4	89	..	..
37	Sudan	15	14	45	44	20	..	14	32	20	87	60	..
38	Nepal	..	..	..	..	70x	5x	14x	69x	44	100	57	38
39	Bangladesh	50	..	..	..	66x	27x	16x	65x	11	88	59	36
40	India	33	..	..	..	69x	27x	..	65x	9	101	52	18
41	Côte d'Ivoire	14x	..	..	..	12	2	9	17	6	111	39	13
42	Senegal	11	9	42	95	20	5	9	22	12	98	49	15
43	Bolivia	12	59	57	30	13x	3x	2x	38x	21	84	33	..
44	Cameroon	13	7	77	35	14	3	3	24	26	95	24	7
45	Indonesia	14	53	76	62	40	..	..	..	28	121	48	21
46	Myanmar	16	..	..	..	32x	9x	..	..	18	114	..	..
47	Congo	16	43	..	27	24	..	5	27	8	103	37	16
48	Libyan Arab Jamahiriya	..	..	..	..	..	..	..	..	6	140	..	..
49	Papua New Guinea	23	..	..	..	35	..	..	..	30	114	..	..
50	Kenya	16	17	97	54	22	6	6	33	7	89	38	16
51	Turkmenistan	..	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..	..
52	Turkey	8	..	..	..	..	..	..	..	36	127	40	9
53	Zimbabwe	14	11	94	26	12x	2x	1x	29x	42	94	40	9
54	Tajikistan	..	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..	..
55	Namibia	12	22	65	23	26	6	9	28	35	..	..	..
56	Mongolia	10	..	..	..	12x	..	2x	26x	7	97	..	..
57	Guatemala	14	..	..	44	34x	8x	1x	58x	20	103	36	10
58	Nicaragua	15	..	..	..	11	1	1	22	4	99	..	..
59	Iraq	15	..	..	..	12	2	3	22	7	128	..	..
60	South Africa	..	..	..	..	..	..	..	..	2	128	34	..
61	Algeria	9	..	..	..	9	..	6	18	9	123	..	..
62	Uzbekistan	..	..	..	..	..	..	..	..	18	..	..	..
63	Brazil	11	4	27	13	7	1	2	16	14x	114	35	9
64	Peru	11	40	62	36	11	2	1	37	36	87	35	8
65	El Salvador	11	..	..	..	15	..	5	30	25	102	33	12
66	Egypt	10	38	52	..	9	2	3	24	5	132	49	10
67	Morocco	9	48	48	18	9	2	2	23	20	125	38	12
68	Philippines	15	33	61	18	34	5	6	37	15	104	51	21
69	Kyrgyzstan	..	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..	..
70	Ecuador	11	31	31	23	17	0	2	34	10	105	30	..
71	Botswana	8	41	82	23	15x	..	..	44	8	97	25	12
72	Honduras	9	..	..	..	21	4	2	34	9	98	39	..
73	Iran, Islamic Rep. of	9	..	..	..	..	..	..	..	30	125	37	10
74	Azerbaijan	..	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..	..
75	Kazakhstan	..	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..	..

		% of infants with low birth weight 1990	% of children (1986-93) who are:			% of under-fives (1980-93) suffering from:				Total goitre rate (6-11 years) (%) 1980-92	Daily per capita calorie supply as a % of requirements 1988-90	% share of total household consumption (1980-85)	
			exclusively breastfed (0-3 months)	breastfed with complementary food (6-9 months)	still breastfeeding (20-23 months)	underweight		wasting	stunting			all food	cereals
						moderate & severe	severe	moderate & severe	moderate & severe				
76	Dominican Rep.	16	10	23	7	10	2	1	19	..	102	46	13
77	Viet Nam	17	..	..	..	52	14	7	60	20	103	..	..
78	China	9	..	..	..	21x	3x	4x	32x	9	112	61	..
79	Albania	7	..	..	..	..	..	..	..	41	107	..	..
80	Lebanon	10	..	..	..	..	..	..	..	15	127	..	..
81	Syrian Arab Rep.	11	..	..	..	..	..	..	..	73	126	..	..
82	Saudi Arabia	7	..	..	..	..	..	..	..	..	121	..	..
83	Moldova	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
84	Tunisia	8	21	53	25	10x	2x	3x	18x	4	131	37	7
85	Paraguay	8	7	61	8	4	1	0	17	49	116	30	6
86	Armenia	..	..	..	..	..	..	..	..	10	..	..	..
87	Thailand	13	4	69	34	26x	4x	6x	22x	12	103	30	7
88	Mexico	12	37	36	21	14	..	6	22	15	131	35	..
89	Korea, Dem. Peo. Rep.	..	..	..	..	..	..	..	..	..	121	..	..
90	Russian Federation	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
91	Romania	7	..	..	..	..	..	..	..	10	116	..	..
92	Oman	10	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
93	Georgia	..	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..	..
94	Jordan	7	32	48	13	6	1	3	19	..	110	35	..
95	Argentina	8	..	..	..	..	..	..	..	8	131	35	4
96	Latvia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
97	Ukraine	..	..	..	..	..	..	..	..	10	..	..	..
98	Venezuela	9	..	..	..	6	..	2	6	11	99	23	..
99	Estonia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
100	Belarus	..	..	..	..	..	..	..	..	22	..	..	..
101	Mauritius	9	..	..	..	24	..	16	22	..	128	24	7
102	Yugoslavia (former)	..	..	..	..	..	..	..	..	5	140	27	4
103	United Arab Emirates	6	..	..	26	..	..	..	..	..	..	..	..
104	Trinidad and Tobago	10	10	39	16	7x	0x	4x	5x	..	114	19	3
105	Uruguay	8	..	..	..	7	2	..	16	..	101	31	7
106	Lithuania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
107	Panama	10	..	..	..	16	..	6	22	13	98	38	7
108	Bulgaria	6	..	..	..	..	..	..	..	20	148	..	..
109	Sri Lanka	25	14	47	46	29x	2x	18	36	14	101	43	18
110	Colombia	10	17	48	24	10	2	3	17	10	106	29	..
111	Slovakia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
112	Chile	7	..	..	..	3x	..	1x	10x	9	102	29	7
113	Malaysia	10	..	..	..	..	..	..	..	20	120	23	..
114	Costa Rica	6	..	..	..	6	..	2	8	3	121	33	8
115	Poland	..	..	..	..	..	..	..	..	10	131	29	4
116	Hungary	9	..	..	..	..	..	..	..	..	137	25	3
117	Jamaica	11	..	..	..	7	1	3	9	..	114	36	14
118	Kuwait	7	..	..	..	6	..	3	12	..	..	..	..
119	Portugal	5	..	..	..	..	..	..	..	15	136	34	8
120	Cuba	8	..	..	..	..	..	1	..	10	135	..	..
121	United States	7	..	..	..	..	..	..	..	..	138	10	2
122	Czech Rep.	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
123	Greece	6	..	..	..	..	..	..	..	10	151	30	3
124	Belgium	6	..	..	..	..	..	..	..	5	149	15	2
125	Spain	4	..	..	..	..	..	..	..	10	141	24	3
126	France	5	..	..	..	..	..	..	..	5	143	16	2
127	Korea, Rep. of	9	..	..	..	..	..	..	..	..	120	35	14
128	Israel	7	..	..	..	..	..	..	..	..	125	21	..
129	Italy	5	..	..	..	..	..	..	..	20	139	19	2
130	New Zealand	6	..	..	..	..	..	..	..	..	131	12	2
131	Australia	6	..	..	..	..	..	..	..	..	124	13	2
132	Canada	6	..	..	..	..	..	..	..	..	122	11	2
133	Switzerland	5	..	..	..	..	..	..	..	..	130	17	..
134	United Kingdom	7	..	..	..	..	..	..	..	..	130	12	2
135	Austria	6	..	..	..	..	..	..	..	..	133	16	2
136	Netherlands	..	..	..	..	..	..	..	..	3	114	13	2
137	Norway	4	..	..	..	..	..	..	..	..	120	15	2
138	Germany	..	..	..	..	..	..	..	..	10	..	12	2
139	Ireland	4	..	..	..	..	..	..	..	..	157	22	4
140	Hong Kong	8	..	..	..	..	..	..	..	..	125	12	1
141	Denmark	6	..	..	..	..	..	..	..	5	135	13	2
142	Japan	6	..	..	..	..	..	..	..	..	125	17	4
143	Singapore	7	..	..	..	14x	..	4x	11x	..	136	19	..
144	Sweden	5	..	..	..	..	..	..	..	..	111	13	2
145	Finland	4	..	..	..	..	..	..	..	..	113	16	3

Countries listed in descending order of their 1993 under-five mortality rates (table 1).

Cuadro 11. Porcentaje de Niños que Nunca Fueron Amamantados

Dentro de todos los niños nacidos en los últimos tres/años antes de la encuesta, el porcentaje de los que nunca fueron amamantados (comunicación personal, Elizabeth Sommerfelt, MACRO International, DHS).

País y año de la Encuesta	% de niños nunca amamantados
Botswana 1988	5
Burkina Faso 1992-93	3
Burundi 1987	3
Camerún 1991	3
Ghana 1988	5
Ghana 1993	3
Kenia 1989	4
Kenia 1993	4
Liberia 1986	5
Madagascar 1992	3
Malawi 1992	4
Mali 1987	6
Namibia 1992	6
Níger 1992	3
Estado de Ondo, Nigeria 1986-87	1
Nigeria 1990	4
Ruanda 1992	3
Senegal 1986	5
Senegal 1992-93	3
Sudan 1989-90	4
Tanzania 1991-92	3
Togo 1988	5
Uganda 1988-89	3
Zambia 1992	3
Zimbabwe 1988-89	3
Egipto 1992	6
Jordán 1990	6
Marruecos 1987	7
Marruecos 1992	5
Tunisia 1988	5
Turquía 1993	5
Indonesia 1987	5
Indonesia 1991	3
Pakistán 1990-91	7
Filipinas 1993	13
Sri Lanka 1987	3
Tailandia 1987	6
Bolivia 1989	4
Brasil 1986	14

País y año de la Encuesta	% de niños nunca amamantados
Brasil (Nordeste) 1991	10
Colombia 1986	8
Colombia 1990	7
República Dominicana 1986	11
República Dominicana 1991	8
Ecuador 1987	9
El Salvador 1985	-
Guatemala 1987	6
México 1987	17
Paraguay 1990	7
Perú 1986	8
Perú 1991-92	4
Trinidad y Tobago 1987	13

APÉNDICE 7

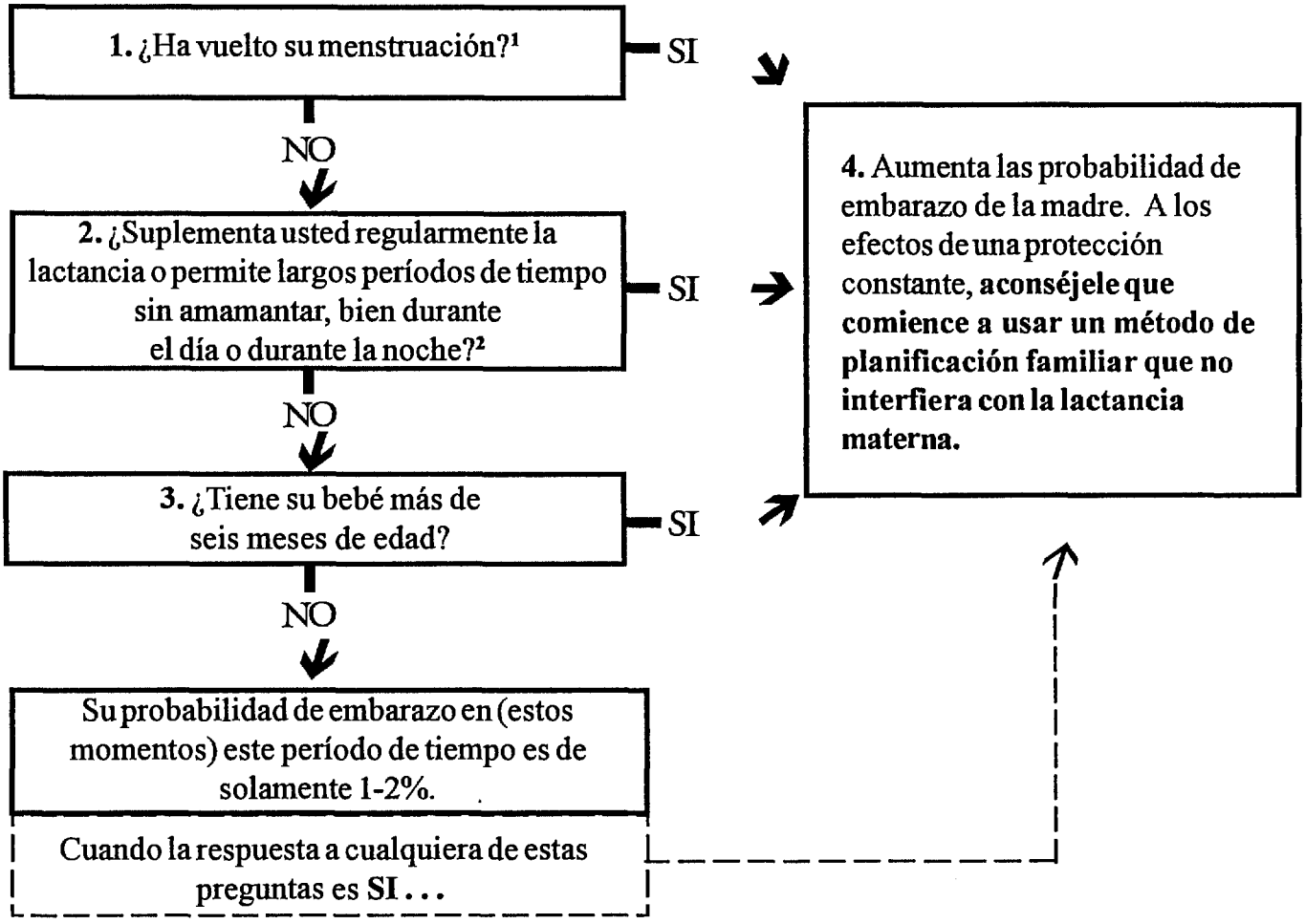
Cuadro 12. Requerimientos de Tamaño de Muestra para diferentes Niveles de Prevalencia de Estudios Transversales (Tomado de (5))

	Nivel Absoluto de Precisión (i.c. 95%.)	Tamaño de Muestra Requerido
5%	1% (4%-6%)	1,825
5%	2.5% (2.5%-7.5%)	292
10%	2.5% (7.5%-12.5%)	553
10%	5.% (5%-15%)	138
15%	5% (10%-20%)	196
15%	7.5% (7.5%-22.5%)	87
20%	5% (15%-25%)	288
20%	10% (10%-30%)	249
25%	5% (20%-30%)	61
25%	10% (15%-35%)	72
30%	10% (20%-40%)	69
35%	10% (25%-45%)	87
35%	15% (20%-50%)	39
50%	10% (40%-60%)	96
50%	15% (35%-65%)	43
65%	10% (55%-75%)	87
65%	15% (50%-80%)	39
70%	10% (60%-80%)	69
75%	5% (70%-80%)	288
75%	10% (65%-85%)	72
80%	5% (75%-85%)	249
80%	10% (70%-90%)	61
85%	5% (80%-90%)	196
85%	7.5% (77.5%-92.5%)	87
90%	2.5% (87.5%-92.5%)	553
90%	5.% (85%-95%)	138
5%	1% (94%-96%)	1,825
95%	2.5% (92.5%-97.5%)	292

APÉNDICE 8
ALGORITMO DE MELA

El MELA: MÉtodo de Lactancia y Amenorrea

Haga estas a la madre 3 preguntas:



[1] Las manchas de sangre que se producen durante los primeros 56 días post parto no se consideran menstruación.

[2] Los intervalos entre una alimentación con leche materna y otra **no deben exceder** 4 horas durante el día o 6 horas durante la noche. Los alimentos y líquidos suplementarios no deben reemplazar a una mamada.

APÉNDICE 9

Ilustración del Uso del Indicador 9 (Lactancia Completa/Parcial/Simbólica) para Valoración del Impacto del Programa de Lactancia

Se ha sugerido que para monitorear el impacto de las intervenciones de lactancia se pueden usar sitios centinela o encuestas. El Instituto de Salud Reproductiva ha recomendado el uso del Esquema para la Definición de Lactancia (ver Indicador 9 Lactancia completa/Parcial/Simbólica) al igual que la siguiente matriz para valorar en el tiempo el cambio de conducta de una comunidad, país o región, a través de la valoración del sitio centinela o de la encuesta. Un movimiento en la dirección de lactancia más exclusiva o casi exclusiva entre los bebés de cada grupo de edad, contándolos por meses hasta llegar al mes seis, o entre todos los bebés menores de seis meses, dependiendo de si hay que tener en cuenta influencias estacionales marcadas, sería la medida del cambio de conducta.

Numero (Porcentaje) de Población 0 - <6 Meses o (0 - <2 meses, 2 - <4 meses), (4 - <6 meses) Experimentando el Patrón de Lactancia Indicado

	Lactancia completa		Lactancia Parcial				
Fecha	Exclusiva	Casi Exclusiva	Parcial Alta		Parcial Baja	Simbólica	Ninguna

El siguiente es un ejemplo de cómo se verían los datos de valoración de conductas de momentos específicos, para todos los bebés menores de 6 meses, del sitio centinela escogida o de la encuesta. Tales datos pueden ser agrupados para hacerles análisis estadístico, dependiendo del alcance del programa.

		Lactancia completa		Lactancia Parcial				
Fecha	No. de Bebés	Exclusiva n (%)	Casi Exclusiva n (%)	Parcial alta n (%)	n (%)	Parcial baja n (%)	Simbólica n (%)	Ninguna n (%)
7/94	120	0 (0)	0 (0)	15 (12.5)	50 (42)	20 (17)	5 (4)	10 (8)
1/95	110	0 (0)	5 (4.5)	15 (14)	45 (41)	20 (18)	5 (4.5)	5 (4.5)
7/95	135	0 (0)	9 (7)	20 (15)	45 (33)	20 (15)	0 (0)	5 (4)
1/96	112	5 (4)	12 (11)	18 (16)	40 (36)	20 (18)	2 (2)	15 (13)
7/96	128	10 (8)	10 (8)	15 (12)	35 (27)	30 (23)	10 (8)	18 (14)

Este ejemplo hipotético ilustra la posibilidad real de que la lactancia exclusiva o casi exclusiva (total) puedan incrementar aún cuando al mismo tiempo el cuadro completo de los patrones de lactancia se está deteriorando (es decir, el porcentaje de bebés con patrones de lactancia que no son deseables - ninguna, simbólica y baja parcial, en este ejemplo, también aumenta).

WELLSTART INTERNACIONAL

Wellstart International es una organización privada y sin fines de lucro dedicada a la promoción de familias saludables a través de la promoción global de lactancia materna. Con la tradición de construir sobre los recursos existentes, Wellstart trabaja cooperativamente con individuos, instituciones, y gobiernos con el propósito de expandir y dar seguimiento a las habilidades necesarias para establecer y mantener aquellas prácticas de alimentación infantil que son mundialmente óptimas.

Wellstart se ha involucrado en numerosas iniciativas de lactancia materna incluyendo la Declaración de Innocenti (The Innocenti Declaration), La Cumbre Mundial de la Infancia (The World Summit for Children), y la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños (the Baby Friendly Hospital Initiative). Los programas se llevan a cabo tanto internacionalmente como dentro de los Estados Unidos.

Programas Internacionales

El Programa de Educación de Lactancia Materna (LME) de Wellstart, financiado por USAID/Oficina de Nutrición provee educación comprensiva, con material continuo y servicios de mantenimiento en este campo, a equipos multidisciplinarios de profesionales de salud. Con la asistencia de Wellstart, una red extensiva de asociados, de más de 40 países, provee entrenamiento y apoyo dentro de sus propias instituciones y regiones, como también desarrollando un modelo ejemplar y apropiado de enseñanza dentro de cada país, servicios, y centros de recursos.

El Programa de Promoción Ampliada de Lactancia Materna (PAL) de Wellstart, financiado por USAID/Oficina de Salud, amplia la esfera de promoción global de lactancia materna trabajando para vencer las barreras a la lactancia materna a todos niveles (políticos, institucionales, comunitarios, e individuales). Los esfuerzos incluyen la asistencia con evaluaciones nacionales, desarrollo de políticas, mercadotecnia social incluyendo el desarrollo y el examen de estrategias y materiales de comunicación, y el alcance comunitario incluyendo el entrenamiento en el desarrollo de grupo de apoyo. Además, la investigación apoyada por el programa expande el conocimiento biomédico, social, y programático de lactancia materna.

Programas Nacionales

Diecinueve equipos multidisciplinarios de todas partes de los E.E.U.U. han participado en los programas educativos del manejo de la lactancia de Wellstart diseñados específicamente para las necesidades de participantes domésticos. En colaboración con universidades a través del país, Wellstart ha desarrollado y comprobado en el campo una guía comprensiva para la integración de educación de manejo de la lactancia en escuelas de medicina, enfermería y nutrición. Con fondos de la oficina MCH (Salud Materno Infantil) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U., el Instituto Nacional de Salud (NIH), y otras agencias, Wellstart también provee talleres, convenciones y consultas en asuntos programáticos, políticos y clínicos para los diferentes profesionales del campo de la salud, ej. la salud pública, WIC (Mujeres, Bebés y Niños), los indígenas nativos de los Estados Unidos. En el centro de San Diego, las actividades incluyen servicios clínicos y educativos para familias locales.

Wellstart es un Centro de Colaboración de la Promoción y Protección de Lactancia Materna de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con Énfasis Particular en la Educación de Manejo de Lactancia.

Para información sobre asuntos corporativos, el LME, o Programas Nacionales, contacte:

Wellstart International Corporate Headquarters	tel:	619-295-5192
4062 First Avenue	fax:	619-294-7787
San Diego, California 92103 USA	e-mail:	inquiry@wellstart.org

Para información del Programa PAL contacte:

Wellstart International	tel:	202-298-7979
3333 K Street NW, Suite 101	fax:	202-298-7988
Washington, DC 20007 USA	e-mail:	info@dc.wellstart.org