

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA UNAN-MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE
MEDICO Y CIRUJANO GENERAL.**

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PUERPERAS, DE 15 -24 AÑOS, SALA DE GINECOLOGÍA , HOSPITAL GASPAR GARCIA LAVIANA, RIVAS. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2015.

AUTORES:

Bra. Katia Marcela Morales D Trinidad.

Bra. María Fernanda Gutiérrez Ruiz.

TUTOR:

Dra. Ximena Gutiérrez

Máster en Salud Pública, mención materno-infantil
Docente Departamento Medicina Preventiva
Coordinadora Académica Maestría en Salud Sexual y Reproductiva

Managua, Septiembre 2016

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo en primer lugar a Dios, por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud y sabiduría para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad, que nos da la inteligencia y perseverancia para realizarlo.

A nuestros padres, por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos dio ánimos para continuar siempre y no desistir de nuestras metas.

A nuestra tutora, que dedicó su tiempo y conocimientos siempre con disposición y amabilidad para que lo realizáramos con excelencia e impulsar en todo ese tiempo el desarrollo de nuestra formación profesional.

A cada madre que brinda lactancia materna, que con ese gesto de amor tan natural creó en nosotros la motivación para este estudio.

AGRADECIMIENTO:

Agradecemos a Dios por brindarnos la vida y la salud necesaria para realizar este estudio a nuestra tutora la Dra. Ximena Gutiérrez por siempre estar dispuesta a instruirnos con sus conocimientos y contribuir pasó a paso en la elaboración de este trabajo.

A nuestras familias, por día a día motivarnos a no desistir de nuestros sueños y brindarnos su amor incondicional el cual nos alentaban a continuar en esta tarea.

A nuestros padres, que son los pilares que siempre nos apoyan en el cumplimiento de nuestras metas y que nos brindaron sus consejos; a cada persona que directa e indirectamente nos motivaron a no desistir de nuestros objetivos.

A cada mujer entrevistada por permitir ser partícipe de este estudio ya que sin ellas no hubiese sido posible.

OPINION DE LA TUTORA

La Lactancia Materna constituye la principal fuente de alimentación por naturaleza para el niño/a desde su nacimiento, demostrando a lo largo de los años que constituye el alimento ideal en los primeros seis meses de vida del niño/a dado que cumple con los requerimientos que necesita para su crecimiento, además que fortalece el vínculo afectivo entre la madre y el niño/a, lo protege de enfermedades infecciosas como diarreas, cólicos, gripes y favorece su desarrollo integral

La Lactancia Materna en este sentido, representa un bien para la familia y la sociedad. Sin embargo, su práctica esta mediada por factores culturales y socio económicos.

El estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Lactancia Materna en mujeres púérperas de 15-24 años realizado en la sala de ginecología del Hospital García Gaspar García Laviana en Rivas, Septiembre-Diciembre 2015 realizado por la Bra. Katia Marcela Morales D´Trinidad y la Bra. María Fernanda Gutiérrez Ruiz aborda un tema sensible ya que sus resultados pueden contribuir a la reducción de la mortalidad infantil mediante la promoción de la Lactancia Materna en esta unidad de salud, para que niños/as de esta área geográfica se desarrollen saludablemente y puedan aportar al desarrollo social y económico del país como parte de las futuras generaciones.

Un aporte importante en el estudio es haber incluido la percepción de la pareja en relación a la Lactancia Materna desde la perspectiva de las mujeres.

Deseo felicitar a sus autoras por sus deseos de abordar el tema con disciplina, compromiso, minuciosidad, profesionalismo y flexibilidad para finalizar el estudio de manera exitosa y motivar con sus hallazgos a que este tema que es de vital importancia para el país se promueva en las unidades de salud desde las primeras visitas prenatales de la mujer y se reduzcan los mitos que limitan su práctica.

Que este sea el inicio de un camino lleno de éxitos!

Dra. Ximena Gutiérrez Gómez

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en el área de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas, en el periodo comprendido Septiembre – Diciembre del año 2015. El universo estuvo constituido por 518 mujeres, con una muestra de 82 mujeres puérperas entre las edades de 15-24 años de edad a quienes se les realizó una encuesta, previamente validada con personas claves, dicha encuesta incluía preguntas sobre datos socio demográficos, conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia materna, que tenía como objetivo conocer las características demográficas de la población estudiada, el nivel de conocimiento, la actitud ante este tema, que es de suma importancia para el bienestar de los niños y niñas. Así mismo, se exploró si las mujeres a su vez realizaban una práctica adecuada de la lactancia materna.

Los resultados más relevantes del estudio revelaron que el 57% de las mujeres tenían una actitud desfavorable ante la Lactancia Materna, lo que permite confirmar que a pesar que la población se encuentra en un sector urbanizado, tiene mitos sobre este tema que no han sido superados aun con las diferentes iniciativas que se han implementado en las unidades de salud, donde el personal de salud, es la principal fuente de información. Al preguntarles a las mujeres en estudio sobre la actitud del cónyuge, el 49% expresó que este no juega un papel importante en el momento del amamantamiento, pero también se expresó que ellos no tienen problema con los horarios ni la atención prestada al bebé. La práctica realizada por la población estudiada fue buena en un 95%, en su mayoría estas mujeres brindaron lactancia materna posterior al parto y utilizan las medidas higiénicas adecuadas, sin embargo se demostró que en su mayoría brindan otro tipo de leche a sus bebés. Los hallazgos del estudio brindan pautas para fortalecer la iniciativa de la Lactancia Materna que se desarrolla en las unidades de salud por parte del Ministerio de Salud, en particular en los aspectos educativos para reducir mitos y tabúes relacionados con este tema que es de mucha importancia para el desarrollo y bienestar de la niñez en nuestro país.

INDICE

I. INTRODUCCION:	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V. OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL:	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	8
VI. MARCO TEORICO.....	9
VII. DISEÑO METODOLÓGICO:	38
VIII. RESULTADOS:.....	55
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS:	60
X. CONCLUSIONES:	63
XII. BIBLIOGRAFIA.....	66
XIII. ANEXOS.....	68

I. INTRODUCCION

La lactancia materna debe considerarse el “patrón de oro” de la alimentación del lactante y del niño pequeño ya que la leche humana no es una simple colección de nutrientes, sino un producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el adecuado desarrollo pondo-estructural, psicomotor y psicosocial del lactante.

El lactante no amamantado deja de obtener numerosos beneficios, existiendo evidencia suficiente, según datos de la UNICEF (The United Nations Children's Fund) para afirmar que esta práctica reduce el 22% de muertes neonatales y les brinda 6 veces más probabilidad de supervivencia si fueron alimentados con leche materna en los primeros 6 meses de vida, esto por la reducción de enfermedades infecciosas como diarreas y enfermedades respiratorias las cuales se encuentran dentro de las primeras causas de mortalidad infantil.

La promoción de fórmula o sucedáneos de la leche a través de los medios de comunicación son una limitante para lograr la lactancia materna, principalmente en madres adolescentes que no poseen algún tipo de experiencia y que son fácilmente influenciadas por las diversas opiniones comerciales, que le brindan formas más cómodas de alimentación. A esto se le suman los mitos existentes y las creencias arraigadas en la sociedad, tales como que la leche materna no brinda el sustento adecuado al lactante, que la estética de la mujer se perjudica y no favorece relación con su cónyuge, que la lactancia materna se relaciona con un nivel socioeconómico bajo, entre otros, estas creencias llenan de dudas y menos habilidades a estas jóvenes, provocando la disminución de esta práctica y privando al binomio madre-hijo (a) de los diversos beneficios.

Debido a la importancia demostrada que tiene la lactancia materna y al poco porcentaje de mujeres en el país que la ponen en práctica, se propuso realizar el presente estudio en mujeres puérperas jóvenes de Rivas, con el fin de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la Lactancia Materna que contribuyan a la promoción y reducción de mitos para que este don natural del ser humano no sea negado a los lactantes.

II. ANTECEDENTES

En Latinoamérica, Argentina, según estudios de la Sociedad Argentina Pediátrica muestra que el 95% de los niños inician la Lactancia Materna sin presentar diferencias según el nivel socioeconómico de los hogares ni regiones del país. En Colombia según los datos tomados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2005, amamantar ha sido una práctica más generalizada en mujeres de poco nivel de instrucción formal y residentes en zonas rurales, En el Perú como en otros países latinoamericanos, una de las causas más importantes de la desnutrición es la brevedad e insuficiencia de la lactancia materna.

Para el año 1991, la Organización Mundial de la Salud realiza estudios sobre los Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en 15 países y se lanza por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la organización mundial de la salud la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, firmándose un acuerdo con la Asociación Internacional de las Industrias de Fórmulas Infantiles para la interrupción de donaciones gratuitas en 12 países.

Desde que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud lanzaron la iniciativa Hospital Amigo de los Niños, esta ha crecido con más de 20,000 hospitales designados en 156 países alrededor del mundo en los últimos 15 años, durante este tiempo, un numero de reuniones regionales sirvieron de guía y proveyeron de oportunidades para establecer vínculos y recibir retroalimentación de profesionales dedicados de países involucrados con la implementación de la iniciativa.

En 1989, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, promulgaron los “Diez pasos para garantizar una lactancia materna natural exitosa”, cuyo propósito es proteger, promover y apoyar la Lactancia Materna desde el punto de vista de las prácticas institucionales.

En 1979, la Organización Mundial de la Salud e instituciones de las Naciones Unidas abordaron los problemas de alimentación del lactante y en niños pequeños, se constató que una de las causas de abandono de la lactancia natural es la publicidad errónea y la excesiva promoción de formula lácteas, como resultado surgió el “Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna” para regular las prácticas de comercialización de alimentos infantiles.

A nivel nacional ENDESA 2011/12 (Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud) muestra que los índice más altos de mortalidad infantil en los últimos 10 años a esta encuesta se encuentra en el área rural en los departamentos de RAAN (33), Rio San Juan (33), Nueva Segovia (30), Madriz(24) y Rivas (23), siendo este último un dato de relevancia para el estudio; Esta misma fuente revela que solamente el 2.3% de los niños (as) reciben lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses, cuando las normas institucionales orientan que este alimento debe brindarse de forma exclusiva en este periodo y de forma de complemento alimenticio hasta los dos años, por lo cual se podrá relacionar como el bajo índice de cumplimiento de esta práctica repercute en el número de muertes infantiles presentadas en el país.

Ramírez y Ortega (Hospital Berta Calderón Roque-Managua, 2010) estudiaron los conocimiento, actitudes y prácticas del personal médico sobre LM caracterizado por tener edades de 31-40 años, ser médicos residentes, con 1-5 años de antigüedad laboral y antecedentes de 1-3 capacitaciones. El nivel de conocimiento y actitudes sobre lactancia materna en el personal médico del Hospital Berta calderón Roque fue regular y el nivel de prácticas fue malo.

Garmendia (HMADB-Managua, 2010) estudio un conocimiento, actitudes y practicas sobre lactancia materna de madres de menores de seis meses atendidos en consulta externa de pediatría (madres de 17-38 años, nivel académico superior, dos hijos promedio), encontrando buenos niveles de conocimiento entre las encuestas: 100% conoce que dar solo

el pecho protege de enfermedades diarreicas, infecciones de oído y neumonía grave , 95% conoce que la lactancia materna contiene toda la energía, vitaminas y agua que su bebe necesita para crecer y desarrollarse adecuadamente. 76% que se recomienda destetar gradualmente después del segundo año de vida y 71% que debe de dar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. En cuanto a la práctica, el 100% respondió que protege a su bebe brindándole lactancia materna los primeros meses e inicio la introducción de alimentos distintos a la leche a partir de los seis meses y que noto mayor vinculo afectivo al darle pecho materno al bebe.

Barrios y Méndez (Hospital Berta Calderón Roque-Managua, 2009) estudiaron conocimiento, actitud y prácticas en paciente ingresadas en el servicio de maternidad, conformado por 319 pacientes entrevistadas, 39.5% oscilaba entre edades de 15-19 años, el 81.5% pertenecían a zonas urbanas, 59.2% eran acompañadas. 33.2% con nivel de escolaridad cursando en secundaria incompleta, 69.9%, amas de casa, 39.8% de religión evangélica con respecto al nivel de conocimiento fue regular en un 64.9% y deficiente en un 18.5%, Con respecto a las practicas se concluyo que eran adecuadas en un 56.4% e inadecuadas en un 43.6%. Las actitudes fueron positivas con un 89% y el 57.1% recibió información de un medio y/o enfermera.

Selva Gómez y Llanes Blanco (Municipio de la Cruz del Rio Grande y Karawala, Región Autónoma Atlántico Sur. 2009) estudiaron conocimiento, actitud y sobre lactancia materna con madres de niños menores de seis meses encontrándose que el 79.7% de las mujeres eran casadas y/o acompañadas, lo que influirá positivamente al momento de mantener la lactancia, 40.7% de las madres eran analfabeta por lo que tienen un nivel de conocimiento deficiente. El 100% eran amas de casa, razón que favorecía la lactancia materna, encontrándose un 98% que las madres practican la lactancia a libre demanda.

Maradiaga y Hernández (HRSJ-CARAZO,2009) estudiaron conocimiento actitudes y practicas sobre lactancia materna exclusiva en 175 mujeres atendidas en maternidad, caracterizadas por tener entre 15-24 años casadas, del área urbana, con secundaria completa y amas de casa. Recibieron información del personal del centro de salud, especialmente sobre lactancia materna exclusiva, consideraron que el nivel de conocimiento era regular

Parrales y Quijano (Jinotega 2006) estudiaron conocimiento actitudes y prácticas en lactancia materna en 98 madres de menores de seis meses, caracterizadas por tener 22 a 30 años, estudios de primaria, entre uno y dos hijos y ser amas de casa. La mayor parte de las madres saben que es el calostro y de la excelencia de su calidad. 100% conocían de las ventajas (mejor alimento, se enferma menos, ahorra tiempo, dinero y está disponible en todo momento) y 99% conoce que dar biberón es peligroso ya que puede enfermar al niño frecuentemente. La información fue adquirida en un centro de salud. Las razones encontradas para no dar lactancia materna exclusiva fueron poca leche e inflamación de los pechos. El 51.5% habían introducido otros alimentos en la dieta del lactante y casi todas amamantaban a libre demanda, ofreciendo ambos pechos hasta que su bebe quisiera, las posiciones más usadas para el amamantamiento fueron sentadas y en sandia.

III. JUSTIFICACIÓN

Un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), publicado en el año 2012, revela que Nicaragua es el segundo país más pobre de América Latina, superado solamente por Honduras. La pobreza está relacionada con la capacidad de las personas para satisfacer sus necesidades, principalmente la alimentación, la educación y la salud.

En Nicaragua, según Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2011/12) el 58.8% de los niños (as) de 0-1 mes, reciben lactancia materna exclusiva, sin embargo, este porcentaje se reduce a un 28.0% en niños (as) de 2-3 meses. En el grupo de niños(as) de 0-5 meses el 31.7% reciben lactancia materna exclusiva, del 68.3% restante el 62.4% recibe alimentación mixta donde un 31.8% son alimentados con leche no materna.

La lactancia materna proporciona diversos beneficios para el desarrollo psicomotor, inmunológico y nutricional del lactante disminuyendo la morbimortalidad infantil y otros factores como la violencia que en la actualidad es un problema de importancia que enfrenta la niñez. Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en América Latina entre los factores que han venido reduciendo la Lactancia Materna Exclusiva, se destacan: un mejor nivel socioeconómico, una mayor escolaridad materna y el trabajo fuera del hogar se asocian con porcentajes mayores de abandono temprano de esta práctica, a esto se puede sumar el sin número de mitos que la comunidad trae arraigados desde tiempos pasados, y que la población joven y adolescente, por su falta de experiencia utiliza como excusa para privar al lactante de estos beneficios.

Este contexto motivó a realizar el presente estudio, considerando los grandes beneficios que tiene la Lactancia Materna tanto para los niños (as), como para las madres, además el bajo costo que tiene para la familia y el país al reducir la morbilidad y mortalidad infantil. Con él se pretende identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres puérperas, así permita reconocer los principales mitos que existen relacionados con este tema y a la vez proponer estrategias de intervención para su promoción en el Hospital Gaspar García Laviana.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2005 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF) junto al Ministerio de Salud y otras organizaciones, posicionaron la lactancia materna como la intervención más importante relacionada con la Iniciativa una Promesa Renovada, la cual pretende incidir en la reducción de la mortalidad neonatal y desnutrición crónica de la infancia; pero en los últimos años la práctica, frecuencia y duración de la lactancia materna ha disminuido en América Latina y el Caribe, donde solo el 38% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida (Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud OPS/OMS, 2013).

En el año 2005 la encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) reporta que desde antes de los dos meses de edad, el 30% de los niños que lactan les dan leche de fórmula en sus hogares, el 9% recibe otro tipo de lácteo, al 15% les dan otro líquido, al 7% otros alimentos. En el año 2011-2012, según ENDESA Nicaragua cuenta con una tasa de lactancia materna exclusiva de un 30.5% durante los primeros seis meses de vida demuestra que si el 90% de los niños se amantaran de manera exclusiva los primeros seis meses la mortalidad infantil disminuiría a un 13%.

Muchas madres principalmente las primigestas tienen arraigado muchos mitos y creencias que influyen en la práctica del amamantamiento, lo que las lleva a desobligarse de su cumplimiento. Nicaragua se considera un país con una práctica no satisfactoria de lactancia materna, aún cuando se ha hecho mucho énfasis en la importancia que esta tiene para el lactante.

Por lo antes expuesto, se plantea la a la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo son los conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna en las mujeres puérperas entre las edades 15-24 años que se encuentran en la sala de Ginecología del Hospital Gaspar García Liviana, Rivas Septiembre - Diciembre 2015?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar el nivel de conocimiento, actitudes y práctica de la lactancia materna en mujeres puérperas entre las edades de 15 -24 años que se encuentran en la sala de Ginecología del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas Septiembre – Diciembre 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar las características demográficas de las mujeres puérperas en estudio.
- Describir la información que poseen las mujeres puérperas en estudio sobre lactancia materna.
- Distinguir las actitudes que poseen las mujeres puérperas en estudio acerca la lactancia materna.
- Determinar las prácticas de la lactancia materna en las mujeres puérperas en estudio.

VI. MARCO TEORICO

Historia de Lactancia Materna

La historia de la lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad y sus beneficios se han documentado por siglos, en toda Europa se han encontrado recipientes para alimentación con boquilla en tumba de niños, año 2000 A.C; Existían nodrizas que eran personajes importantes que amamantaban a los hijos de aquellas madres de clase social más alta que no querían brindar lactancia materna por el desgaste que esta producía, lo cual con el tiempo se fue convirtiendo en un trabajo remunerado. Así también existen referencias de babilonia en donde la lactancia se practicaba hasta los 3 años, al igual que en la India y Egipto.

En el papiro de Ebers se detallan descripciones de los cuidados de los bebés, del amamantamiento e incluso de algunas posturas; en Egipto también se consideraba un honor practicar la lactancia y las nodrizas eran elegidas por el faraón y gozaban de muchos privilegios, al punto de obtener altos rangos en la corte del Rey; caso contrario en Roma donde a pesar de ser fomentada esta era asociada a envejecimiento prematuro, desgaste y dilatación de los pechos.

Se observa entonces como la lactancia no solo interviene en la evolución del ser humano sino que, simultáneamente, pasa de ser un medio de subsistencia nutricional, pues era el único medio de alimentación para los lactantes, y un medio de subsistencia socioeconómica para las mujeres que se dedicaban a esa tarea

Conocimiento

Este término que se usa en el sentido del hecho, información, conceptos; pero también comprensión y análisis. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, aunque es esencial para que las personas hagan conciencia y adopte o modifique una determinada conducta. Dicho conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas.

Actitud

Están son adquiridas y no heredadas, obtenidas del conocimiento empírico por lo que su desarrollo implica socialización y hábito. Las actitudes también son la predisposición o tendencia a actuar.

Práctica

Es la respuesta establecida para una situación común. El comportamiento humano está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones. Es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa, siendo las practicas regulares llamados hábitos.

Conceptos generales sobre lactancia materna

Lactancia materna

Es la alimentación con leche del seno materno. La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) señalan así mismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños(a)".

La organización Mundial de la Salud y El Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría coincide en sus recomendaciones con la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

Según la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, a partir de los dos primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. Los referentes sobre los términos y características de la lactancia se comprenden desde el contexto cultural de las

madres que lactan, de tal forma que los periodos de lactancia se pueden extender tanto como la variabilidad de culturas existentes en el mundo. En el mundo podemos referir casos en donde se considera un acto únicamente de bebés de pocas semanas o meses, así como también se encuentran casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años.

Lactancia materna exclusiva

Es cuando el lactante solo recibe leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua; y que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño(a), tanto de día como de noche; y que no se utilicen biberones, ni chupetes; todo esto por los primeros 6 meses de vida..

Alimentación con formula

Cuando el lactante recibe productos alimenticios diseñados para suplir las necesidades nutricionales de los bebés menores de un año de edad. Estos productos son, entre otros, leches artificiales en polvo, líquidos concentrados y alimentos ya preparados. Dichas leches varían en nutrientes, número de calorías, sabor, capacidad para ser digerida y costo.

Ablactación

Introducción de alimentos diferentes a la leche materna a la dieta del bebé a partir de los 6 meses de edad; la OMS recomienda que hasta esa edad, el bebé tome a demanda y de forma exclusiva leche materna. Se elije este momento ya que es cuando se agotan las reservas de hierro en su organismo y además ya se encuentra preparado para recibir alimentos con una cucharita.

Destete

El destete es el proceso por el que el niño(a) deja de tomar el pecho y abandona su anterior forma de alimentación, la lactancia materna, por otro, que consiste en la introducción de alimentos complementarios o la sustitución de la leche materna por fórmulas artificiales. es un proceso largo, que comienza con la primera papilla alrededor de los seis meses y puede terminar muchos meses e incluso uno o dos años después.

Anatomía y fisiología de la lactancia materna

La glándula mamaria se encuentra localizada en la pared torácica anterior entre la segunda y la sexta costilla. Su tamaño y forma varía según las características individuales, genéticas y raciales y, en la misma mujer, de acuerdo a la edad y la paridad.

Fisiología de la producción de la leche

Durante el embarazo ocurren una serie de cambios hormonales que permiten a la mujer prepararse para la lactancia. Entre estos podemos mencionar:

- **Las hormonas luteales y placentarias:** producen un aumento en el número de conductos y lobulillos.
- **Los estrógenos:** estimulan la proliferación del sistema ductal (conductos).
- **La Progesterona:** incrementa el tamaño de los lóbulos, lobulillos y alvéolos. La Prolactina, cuya producción es inducida por los estrógenos, es indispensable para el desarrollo completo de los conductos y lobulillos.

La leche se produce como resultado de la acción de hormonas y reflejos. Cuando el (la) Niño (a) empieza a succionar, comienzan a actuar dos reflejos el de producción y el de Secreción de la leche.

Regulación de la producción de leche:

Lactogénesis

La iniciación de la lactancia o lactogénesis puede ser dividida en tres etapas:

Etapas I: Se inicia durante el embarazo con el desarrollo de la capacidad para secretar leche.

Etapas II: Se da con el inicio de la secreción copiosa de leche, lo que ocurre entre el segundo al quinto día post – parto. Esta etapa depende de tres factores; el desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo, mantención de niveles de prolactina y caída de los esteroides sexuales especialmente de la progesterona.

Etapa III: Se da con el proceso de maduración que ocurre después del quinto día post parto.

Eyección láctea

Constituye la expulsión de la secreción láctea que se produce por la contracción de las células musculares o microepiteliales de los alvéolos y conductos galactóforos. El fenómeno parece estar gobernado por la oxitocina, segregada por un mecanismo reflejo que parte del pezón durante la succión. Así pues, la leche humana se produce como resultado de la acción de distintas hormonas y reflejos. Cuando el niño(a) empieza a succionar, comienzan a actuar el reflejo de producción - secreción de leche o reflejo de prolactina y el reflejo de eyección o de oxitocina. Estos reflejos permiten que la leche se produzca y salga en la cantidad adecuada en el momento que se necesita.

Composición de la leche materna

Los (as) bebés no necesitan nada diferente a la leche materna, durante los primeros seis meses de vida, ya que la leche de su madre contiene todos los nutrientes que necesita, tales como:

- La cantidad de proteína adecuada a las necesidades del (de la) niño (a). Si se compara la leche materna con la leche de vaca, se verá que esta última tiene más proteína pero ésta es demasiado para lo que él (la) bebé necesita y son de una clase diferente. Con frecuencia esas proteínas causan inflamación y alergia en los (as) bebés. Algunos aminoácidos que se encuentran en las proteínas de la leche materna y que son indispensables para el desarrollo del cerebro del (de la) bebé, no se encuentran en otras leches en la cantidad requerida.
- Contiene taurina, un aminoácido esencial para el prematuro y muy importante para el desarrollo del (de la) recién nacido (a), puesto que es necesaria para conjugarlos ácidos biliares y es además, un posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.

- Contiene más lactosa que la mayoría de leches de otros mamíferos, (la lactosa es el azúcar natural de la leche). La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del hierro y del calcio y promueve la colonización intestinal del lactobacillus bífidus que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

- Las vitaminas que el (la) bebé necesita, en las proporciones adecuadas por lo que no es necesario darle suplementos vitamínicos ni jugos de frutas durante este período. Los jugos y las vitaminas no solo no son necesarios sino que pueden causar problemas al lactante menor, como es el caso de los de frutas cítricas que pueden precipitar la aparición de alergias en niños (as) predispuestos (as).

- La cantidad suficiente de hierro que el (la) niño (a) necesita pues el hierro de la leche materna es absorbido hasta en un 50% por el intestino, debido a los factores de transferencia contenidos en ésta y que no se encuentran en la leche de vaca. El hierro contenido en la leche de vaca, se absorbe solamente en un 10% y el de las preparaciones para lactantes, fortalecidas con hierro, se absorbe solamente en un 4%. Los (as) niños (as) amamantados (as) con leche materna no desarrollan anemia ferropénica y no necesitan suplemento de hierro en los primeros seis meses de vida.

- La cantidad de agua que el (la) bebé requiere, aún en climas cálidos.

- La cantidad correcta de sal, calcio y fosfatos.

- Factores de crecimiento.

- Una enzima llamada lipasa, específica de la leche materna, que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares y que interviene en la digestión de las grasas.

- Anticuerpos (inmunoglobulinas) contra muchas infecciones comunes. Estas ayudan a proteger al (la) bebé contra la infección hasta que sea capaz de fabricar sus propios

anticuerpos. Si una madre tiene una infección, en su leche aparecerán, muy rápidamente, anticuerpos contra esa infección. Células sanguíneas blancas, vivas, (leucocitos) los cuales ayudan a luchar contra la infección.

- Una sustancia denominada "factor bífid", carbohidrato complejo que contiene nitrógeno, que no está presente en los derivados de la leche de vaca y que ayuda a que el "lacto bacillus bífidus" crezca en el intestino del (de la) niño (a) evitando el crecimiento de otras bacterias dañinas.

- Lactoferrina, sustancia que favorece la absorción del hierro. Además, al ligarse con el hierro evita que éste sea utilizado por los gérmenes patógenos intestinales que necesitan hierro para crecer. Por lo que se dice tiene una acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferro dependiente. Si el (la) niño (a) recibe suplementos de hierro, pueden interferir con la función de la lactoferrina ya que ésta se satura y no acepta más hierro el que al quedar libre puede ser utilizado por bacterias.

La leche materna, no siempre tiene la misma composición, sino que varía:

- Según la edad del (de la) niño (a); puede ser Calostro y Leche Madura.
- Si se trata del comienzo de la mamada o del final de la misma.
- Si es un niño prematuro o a término.

Tipos de Leche

El Calostro

- Su producción se inicia con el apego precoz y permanece durante los primeros 4 a 7 días después del parto. Es el primer alimento esencial para la nutrición y salud del recién nacido en los primeros días de vida.
- Es un líquido espeso y amarillento. Este color, está determinado por las altas concentraciones de Vitamina "A". Es de alta densidad y poco volumen, y satisface las necesidades del (de la) recién nacido (a).

- Contiene lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y liposolubles (A, E, K,) carotenos y algunos minerales como Sodio y Zinc.
- La principal inmunoglobulina que se transmite al niño(a) con el Calostro es la IgA que junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido inmunidad específica e inespecífica.
- Facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Facilita la producción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido, evitando el crecimiento de bacterias patógenas.

Leche de transición:

Es la leche que se produce entre el 7 y el 14 día post-parto. Cerca del 6 y 8 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando en cantidad, hasta alcanzar un volumen de aproximadamente 600-700 ml por día. Esta leche va variando, en color y apariencia, día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. La concentración de inmunoglobulinas y proteínas totales disminuye, mientras aumentan la lactosa, la grasa y las calorías totales. Las vitaminas hidrosolubles aumentan, y las liposolubles disminuyen hasta los niveles de la leche madura.

Leche madura:

Esta leche varía en relación con la hora del día, la duración de la comida, las necesidades del lactante y las enfermedades con las que ha estado en contacto la madre. Alcanza una producción promedio entre 600 y 900 ml/día.

- Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3%) constituyendo una importante fuente calórica para el (la) niño (a). La alta concentración de lactosa, determina las deposiciones blandas del (de la) niño (a) amamantado (a).
- La cantidad de proteínas en la leche materna es perfecta para el crecimiento del (de la) niño (a) y el desarrollo del cerebro. El nivel de proteínas de la leche materna no se ve afectado por la ingesta de la madre.
- La proteína de la leche materna se digiere fácilmente y se absorbe bien.
- Las grasas son la principal fuente de calorías del lactante.

- La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos de cadena larga y el porcentaje de ácidos grasos poli-insaturados es mayor que el de los saturados.
- El nivel de grasa es bajo al comenzar el amamantamiento (leche delantera o del inicio) y aumenta a medida que el (la) niño (a) mama (leche del final o trasera).
- A pesar de que el contenido de hierro en la leche materna es pobre, su absorción es mayor en relación al de las otras leches.

Leche del comienzo y del final de la succión:

La leche del comienzo es la que sale cuando el (la) niño (a) principia a mamar. Tiene una apariencia acuosa y es de color azulado, como tiene mucha agua (en relación a los solutos) le calma la sed al niño(a) a la vez, también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa.

La leche del final de la succión es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa, por lo tanto le brinda más energía, al niño (a) lo que es necesario para satisfacerle en cuanto a su saciedad y para un aumento de peso satisfactorio.

Si se le retira del pecho muy pronto éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. Además, por su mayor contenido de grasa, es rica en las vitaminas liposolubles A, D, E, K.

Si se cambia muy rápidamente al (a la) niño (a) de un pecho al otro, sin que haya obtenido la leche del final sino solamente la del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a ésta, lo cual en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos vespertinos que algunos (as) bebés presentan hacia los tres meses de edad.

Leche de pretérmino

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación producen durante un periodo prudencial una leche con una composición diferente. La leche de pre término contiene, en comparación con la leche de un (a) niño (a) a término, mayor número de sustancias que aportan las defensas necesarias para luchar contra las infecciones

especialmente contra la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal. Además contiene mayor cantidad de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa, que la leche madura, siendo ésta la combinación más apropiada para el (la) niño (a) inmaduro (a) quien tiene requerimientos más elevados de proteínas y menor capacidad de digestión de la lactosa. La lactoferrina y la IgA están en mayor abundancia, por lo que es más adecuada a las necesidades del prematuro que cualquier preparación artificial.

Reflejo de la madre

Reflejo de producción/secreción

Está mediado por la prolactina y depende básicamente de la succión o extracción de leche. El estímulo de las terminaciones nerviosas sensitivas que se encuentran en el pezón viajan a través de los nervios (nervio vago) hacia el Hipotálamo, de donde parte un estímulo a la Hipófisis anterior, produciendo la liberación de la hormona Prolactina, la que actúa en los alvéolos sobre las células productoras de leche. Por lo tanto, entre más succione el niño(a), habrá mayor liberación de Prolactina y mayor producción y secreción de leche.

Reflejo de eyección

Los impulsos de los nervios sensitivos que se originan con la succión del niño(a) en el pezón, hacen que en la parte posterior de la hipófisis se libere oxitocina, la cual hace que se contraigan las células epiteliales, que se encuentran alrededor de los alvéolos expulsando la leche hacia los conductos que la llevarán hasta los senos lactíferos de donde será extraída por el (la) niño (a) al succionar el pecho. Este reflejo puede disminuirse transitoriamente, cuando la madre sufre alteraciones en su estado emocional (angustia, preocupación, sufrimiento, etc.), ya que es posible que la adrenalina que se libera como respuesta a estos estímulos, haga que se contraigan los vasos sanguíneos que rodean los alvéolos, no dejando pasar la oxitocina a las células mioepiteliales, las cuales no se contraen, y por lo tanto no expulsan la leche hacia fuera.

De ahí que es importante brindar una adecuada orientación a la madre, informándole que pronto se restablecerá la salida y la cantidad de su leche. Además de ofrecer algunas recomendaciones que pueden ser útiles para superar el problema, tales como tomar un

descanso antes de amamantar, asegurarse de una cómoda posición, ubicarse en un lugar tranquilo, ofrecer más frecuentemente el pecho a su bebé y/o siempre que sienta el reflejo de salida, pues si el(la) bebé succiona más, los pechos producen más leche.

.

Reflejo en el niño (a)

Reflejo de Búsqueda

Este reflejo, ayuda al niño (a) a buscar el pezón; si algo toca la mejilla del (de la) niño (a), éste abre la boca y se voltea hacia el lado de donde proviene el estímulo táctil, tratando de buscar el pezón de donde succionar. Secuencialmente ocurren los siguientes eventos:

- Búsqueda (boque activo): se abre ampliamente la mandíbula, la lengua sobre pasa la encía inferior, llega el labio inferior y forma surco.
- Toma el pezón: El pezón, introducido por la lengua, ocupa completamente la boca. Los labios permanecen relajados.

Reflejo de Succión

Permite que el (la) niño (a) realice una serie de movimientos linguo-mandibulares que con llevan a la succión del pecho.

- La lengua haciendo rítmicos movimientos ondulares, queda hacia delante sobre la encía inferior, ahuecadas en forma de surcos.

Reflejo de Deglución: Permite al (a la) niño (a), deglutir en forma refleja el alimento líquido que llena su boca es decir, hace que estos líquidos pasen al tracto digestivo.

Beneficio de la lactancia materna

Niño, niña

a. Nutrición y crecimiento óptimo

- **Alimento óptimo:** La lactancia materna es el mejor alimento en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes. Esta composición, se va adecuando a las necesidades del (de la) niño (a) a medida que crece y se desarrolla.
- **Fácil digestibilidad:** Por su concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa. Además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción aprovechándose al máximo todos sus nutrientes sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal, permitiendo una maduración progresiva del sistema digestivo del (de la) niño (a), preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.
- **Crecimiento y Desarrollo óptimo:** Los(as) niños(as) alimentados, exclusivamente, hasta los 6 meses con leche materna tienen un crecimiento y desarrollo adecuado. Este crecimiento y desarrollo se mantiene óptimo iniciando la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y manteniendo la lactancia materna hasta al menos los 2 años de edad. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche.
- **Alimento adecuado para prematuros:** La madre que da a luz antes de término produce un tipo de leche adecuada a la edad del bebé. Esta leche tiene menos cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina.

b. Desarrollo Psico-motor

- **Organización Sensorial:**

El contacto físico del (de la) niño (a) con la madre durante el amamantamiento permite el Desarrollo adecuado de sus patrones sensoriales. Se ha demostrado que los niños (as) amamantados (as) presentan mayor agudeza sensorial (gusto, tacto, olfato, visión y audición) que los alimentados con biberón y fórmula.

- Organización biocronológica y del estado de alerta:

Durante al menos tres meses, el (la) niño (a) necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar su propio ritmo basal y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apnea prolongada, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita.

- Patrones afectivo-emocionales:

El (la) niño (a) que es amamantado adecuadamente satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce hace que se sienta querido y protegido respondiendo con actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional, equilibrado y armónico.

- Desarrollo intelectual:

Los (as) niños (as) amamantados (as) son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje. La lactancia natural se asocia con un mayor coeficiente intelectual del (de la) niño (a).

- Desarrollo dentó-maxilar y facial:

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dentó-máxilo-facial y la maduración de las funciones bucales: masticación, mímica y fono-articulación del lenguaje. Los (as) niños (as) amamantados (as) están mejor preparados para el inicio de la alimentación sólida dado que el periodo del amamantamiento le permite un buen desarrollo anatómico y funcional de las estructuras oro faríngeas.

c. Protección

- El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (IgA) que protege al (a la) niño (a) mientras ellos (as) van aumentando su capacidad de producirla.

- Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Protección inmunológica: La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el (la) niño (a) y sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El (la) niño (a) amamantado (a), rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias.
- Protección relacionada en la prevención de las Diarreas.

d. Otros

En prematuros, previene contra la enterocolitis necrotizante.

- Optimiza el desarrollo cerebral,
- Disminuye el riesgo de muerte súbita Previene la mal-oclusión

En la Madre

a. Recuperación fisiológica post-parto

- Retracción del útero:

Por el estímulo de succión, inmediatamente después del parto, se libera oxitocina, la que actúa sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño normal. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta produciendo también una recuperación a más corto plazo.

- Recuperación del peso:

La lactancia materna permite que las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso, ganado durante el embarazo, precisamente para enfrentar la lactancia materna.

- Recuperación de los pechos:

La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evitan su congestión y reduce los depósitos de grasa acumulada, durante el embarazo, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de su estructura.

b. De carácter físico

- Prevención de cáncer de mamas y ovario:

La lactancia materna cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. La lactancia prolongada (por más de un total de 36 meses durante la vida) se ha considerado, por algunos investigadores, como un factor relacionado con la disminución del peligro de cáncer de mama, debido quizás a una disminución relativa de los estrógenos carcinógenos desencadenados por los períodos de anovulación tal como ocurre en el embarazo.

- Aspecto físico de la mujer:

Las hormonas de la lactancia hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico vital y armónico, de seguridad, satisfacción, belleza, tranquilidad etc.

- Comodidad:

Evita las molestias de lavado y hervido de biberones así como la preparación de alimentos especiales para el (la) bebé.

c. De carácter emocional

- Establecimiento del apego:

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo (a), estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego", induciendo en la madre un sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño (a) hijo (a).

- Satisfacción emocional de la madre:

La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo (a), producen en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.

En la Familia

a. Refuerzo de lazos afectivos familiares

El amamantamiento del (de la) niño (a) es una experiencia familiar. El padre, otros hijos o personas integradas a la familia, organizan su interacción en torno a la madre y su hijo (a). Además, se refuerzan los lazos afectivos y de solidaridad familiar.

b. Prevención del maltrato infantil

Una madre que amamanta a su hijo (a), mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y por consiguiente, tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato.

c. Espaciamiento de los nacimientos

El amamantamiento, puede demorar el retorno de la ovulación y la menstruación, siendo así una manera de espaciar los embarazos. La lactancia materna exclusiva, estimula la producción de prolactina y de otras hormonas de tal manera que si la madre permanece amenorréica, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. El MELA (Método de Lactancia y Amenorrea), es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos.

En la Comunidad

a. Disminución de la morbilidad infantil:

Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos (as) al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños (as) anualmente, debido principalmente al efecto protector y nutricional de la leche materna.

b. Economía de recursos:

La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de:

- Leche de vaca o de fórmula.
- Mamaderas, chupetes y accesorios.
- Enfermedades y sus tratamientos.
- Gastos hospitalarios de maternidad y atención a neonatos.
- Ausentismo laboral de la madre por necesitar atender al (a la) niño (a) enfermo (a).
- Producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

Desde el punto de vista económico se estima que, si todas las madres del mundo alimentaran exclusivamente a sus hijos (as) con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de córdobas anuales.

A nivel familiar, la alimentación con biberón es costosa, aproximadamente se puede gastar miles de córdobas en sólo sucedáneos de la leche materna, sin incluir el gasto de biberones, de combustible y jabón (para el aseo de los utensilios) equivalente a trescientos cincuenta dólares en los 6 primeros meses.

Ecológica

La leche materna es un recurso natural, renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable.

- Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población, al espaciar los nacimientos.
- No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación, protegiendo de esta forma el medio ambiente.
- No implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento.

- No necesita preparación ni uso de fuentes de energía, (leña, kerosene, gas, electricidad, etc.)
- No requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla. Conserva el agua y otros recursos naturales.

Preparación psicológica de la madre

Se sabe que el embarazo, aunque es un proceso fisiológico normal, produce en la futura mamá una serie de dudas, temores e inseguridades que pueden influir negativamente en su actitud hacia la lactancia natural. Entre estas dudas y temores frecuentes se identifican las relativas al (a la) niño (a): ¿Cuál será el sexo? ¿Nacerá sano? ¿Completo? etc. Otros temores relativos a ella misma; ¿Saldré bien? ¿Qué me irá a pasar? ¿Me moriré? ¿Cómo voy a quedar? ¿Podré dar de mamar? ¿Tendré suficiente leche?, etc.

A estas dudas y temores se agregan otros problemas propios de la vida cotidiana para la mayoría de las mujeres que agudizan la situación psicológica, en particular en la primigesta por su inexperiencia y expectativas de los cambios en su vida como futura mamá.

Los problemas más comunes en nuestro medio son: los socio-económicos, madres solteras, adolescente embarazada, futuras madres sin fuentes de ingreso, situación agravada por la violencia social. Todos estos factores son determinantes en la actitud Para el amamantamiento y a veces para el rechazo del (de la) futuro (a) hijo(a).

Debemos valorar profundamente el hecho de la influencia de las creencias, prácticas y costumbres de la familia, de la comunidad donde vive la mujer, para facilitar su decisión a amamantar. El personal de salud tiene que prepararse con técnicas y metodologías que faciliten el proceso de convencimiento de la embarazada. Para ello tenemos que apoyarnos de la familia sobre todo de experiencias positivas que sirvan de modelo; así mismo de otras madres y compañeras de trabajo. El conversar y animar al compañero o esposo para que cree un ambiente positivo son actividades que motivan a la futura mamá y ayudan a disminuir sus dudas e inseguridades¹¹.

Durante la atención prenatal el trabajador de salud desempeña una labor valiosísima para estimular a la madre y la familia, si durante la consulta logra realizar lo siguiente:

- Establecer un clima que favorezca la confianza para que ella haga preguntas y exprese sus dudas y temores.
- Ser amable y escuchar sus problemas prestando todo el interés.
- Asegurarse de que todas las mamás comprendan las ventajas del amamantamiento.
- El trabajador de la salud debe brindar toda información necesaria a la embarazada para que ella tome sus propias decisiones y respetarlas.
- Promover un ambiente de seguridad sobre su capacidad de amamantar.
- Pregúntele si amamantó a sus otros hijos y cuál fue su experiencia. Si tuvo dificultades, explíquele cómo prevenirlas y si todo le fue bien anímela a que repita la experiencia.

Otras alternativas para enfrentar y solucionar los problemas emocionales del amamantamiento podrían ser:

- Aclarar ideas, mitos y creencias que se tienen sobre la lactancia materna en las diversas situaciones que vive la madre.
- Promover un ambiente positivo para favorecer el proceso de amamantamiento donde la madre pueda relajarse, adaptarse y conocer más fácilmente a su hijo (a), permitiendo que el establecimiento del vínculo afectivo, así como de los comportamientos de apego, se desarrollen en una forma sana

Preparación física de la madre

En el primer control prenatal, se debe realizar un detenido examen mamario, como parte de la evaluación integral a la mujer, para darle seguridad a la madre de que sí puede amamantar a su bebé y detectar tempranamente algún problema y ayudar a corregirlo. Es importante observar la forma, tamaño, simetría, indicios de cirugías anteriores, formación de hoyuelos, descamaciones, cambios de coloración, durezas de las mamas a la palpación, etc. Si se detecta alguna anormalidad se debe referir a la paciente para un examen especializado.

Se debe hacer hincapié en que el tamaño y la forma de los pechos no tienen efecto sobre la producción de la leche y una cirugía anterior no necesariamente impide la lactancia. En cuanto a los pezones se debe observar si son pequeños, grandes o alargados, planos, umbilicados o invertidos, pues estas variaciones, no afectan la capacidad de amamantar. Además es importante valorar la textura de la piel y probar la protractilidad.

Tanto si el pezón es protractil o no lo es, se debe tranquilizar a la madre asegurándole que puede amamantar, dado que el bebé para succionar, se acopla a la areola y no al pezón. Si la madre utiliza una buena técnica de amamantamiento tendrá excelentes resultados existen diferentes posiciones que le permiten una buena adhesión al pecho y lograr que el bebé succione exitosamente. El ejercicio físico es fundamental de tal manera que se debe establecer una rutina de ejercicios diarios para flexibilizar el aparato locomotor y estimular la circulación.

Sobre la ropa a utilizar durante el período del embarazo el brassier debe adecuarse al tamaño de los pechos ya que debe evitar la presión excesiva y preferiblemente usar uno con tirante de tela y no elástico para evitar la pendulación. En general, la ropa debe ser cómoda, liviana, fácil de poner y sacar, que no dificulte los movimientos.

Madre:

Problemas clínicos que interfieren con la lactancia materna. Durante el puerperio tanto la madre como el (la) niño (a) pueden presentar algunos problemas que interfieran la lactancia materna y que pueden ser solucionados mediante la aplicación de tratamientos sencillos; pero adecuados a cada situación.

Los problemas más comunes en la madre son:

1. Pezones planos o invertidos.
2. Grietas del pezón.
3. Dolor al amamantar.
4. Congestión mamario
5. Reflejo de eyección inhibido.
6. Reflejo de eyección excesivo.

Pezones planos o invertidos

Entre las medidas prenatales se puede hacer uso del brassier con agujero en la punta de la copa a fin de que al ejercer presión el pezón salga. Otras medidas como la jeringa invertida o ejercicios, deben utilizarse únicamente bajo las indicaciones de personal calificado.

Si no se detectó este problema durante el embarazo, y por lo tanto, no hubo intervención para su solución, indicar a la madre que, previo a ofrecer el pecho al niño, extraer un poco de leche para ablandar la zona areolar. Colocar al niño (a) para que aprenda a introducir pezón-aréola correctamente dentro de su boca. El amamantamiento ayudará a estirar el pezón. Los pezones invertidos son poco comunes y se pueden hacer varias acciones prenatales y post natales para facilitar la lactancia.

Entre las post natales se pueden utilizar las siguientes:

- Estimulación de los pezones antes de amamantar.
- Uso del extractor de leche antes de amamantar.
- Dar el pecho lo más pronto posible después del parto.
- Sentarse de lado, apoyada en los antebrazos.
- Evitar el uso de mamilas y consoladores.

Si resulta imposible que el (la) niño (a) mame, se debe extraer la leche y darle al niño con vaso o cuchara. Este procedimiento será una medida temporal mientras el (la) niño (a) logra acoplarse al pecho.

Grietas del pezón: Si un (a) niño (a) succiona en mala posición y agarra mal el pecho, la piel del pezón se puede dañar y entonces puede aparecer una fisura o grieta.

- Si la grieta es leve se corrige sólo con utilizar la técnica adecuada de amamantamiento, de modo que el pezón y la areola queden dentro de la boca del (de la) niño (a).
- No deben usarse cremas cicatrizantes ya que sólo mantienen la humedad y retardan la curación.

Después de cada mamada se debe cubrir la areola y el pezón con leche materna y dejarla secar al aire o exponerlos al sol o al calor algunos minutos.

- Si la grieta es extensa y dolorosa se deben probar distintas posiciones del (de la) niño (a) al mamar, como por ejemplo, el (la) niño (a) sentado frente a la madre.
- No se recomienda distanciar las mamadas.
- Si aún usando la técnica correcta, la grieta se abre al amamantar, se debe extraer manualmente toda la leche cada 3-4 horas y darla al (a la) niño (a) con taza o cuchara por un período de 24-48 horas. En grietas que no curan se debe sospechar la sobre infección micótica o succión disfuncional, por lo que es importante examinar la boca y la succión del (de la) niño (a).

Toda madre con grieta debe ser controlada periódicamente hasta resolver el problema, ya que puede complicarse con una mastitis.

Dolor al amamantar

La causa más frecuente de dolor en los pezones es el mal acoplado de la boca-pecho al mamar. Si el (la) niño (a) introduce en su boca solo el pezón y no la aréola, la presión de las encías y la tracción del pezón producen dolor. La succión disfuncional (disfunción motora oral) puede producir dolor aún con una buena posición de amamantamiento. Otra causa de dolor es la infección de la piel del pezón y/o areola, siendo la micosis la más frecuente.

El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche. Esto provoca que el (la) niño(a) no reciba suficiente leche para mamar, manifestándose con inquietud y llanto. La madre se angustia, inhibiéndose aun más la eyección de la leche provocando un círculo vicioso que lleva al fracaso de la lactancia.

Congestión mamaria

Es la retención de leche producida por vaciamiento infrecuente y/o insuficiente de las mamas. La congestión puede ser primaria o secundaria. La congestión primaria se manifiesta en que ambas mamas están aumentadas de tamaño, duras y sensibles, pero de las cuales se puede extraer la leche. Se produce por mamadas infrecuentes o insuficientes.

La congestión mamaria se previene utilizando una buena técnica y amamantamiento frecuente. El tratamiento consiste en un vaciamiento efectivo, hecho idealmente por el (la) niño (a). Si la congestión compromete la areola, el (la) niño (a) no siempre será capaz de introducirla en su boca. En este caso, se debe extraer la leche manualmente hasta ablandar la zona de la areola para que el (la) niño (a) pueda mamar efectivamente.

En la congestión secundaria, además de la acumulación de leche, se presenta edema de la mama, que en casos extremos lleva a obstruir los conductos, impidiendo la salida de la leche. Las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes y en algunas ocasiones enrojecidas.

Para vaciar la mama es conveniente estimular previamente la areola y el pezón para desencadenar el reflejo de eyección y luego extraer manualmente o por amamantamiento del (de la) niño (a). La congestión secundaria demora dos o tres días en desaparecer y puede ocasionar daño en el epitelio alveolar.

Reflejo de eyección inhibido

La inseguridad, la tensión y el dolor al amamantar pueden interferir con el reflejo de eyección, impidiendo un buen vaciamiento mamario y por lo tanto, una disminución en la producción de leche. El (la) niño (a), que siempre empieza a succionar ávidamente, se frustra al no tener leche para satisfacer su hambre; se manifiesta ansioso (a) e irritado (a) y adopta una posición rígida, se retira del pecho echando la cabeza hacia atrás, llora y se resiste a acercarse nuevamente.

La repetición de la experiencia condiciona al (a la) niño (a) a rechazar el pecho al empezar la succión, aumentando aún más la tensión de la madre. Esta situación se agrava si se recurre al uso de suplementos en mamaderas, de los que el (la) niño (a) extrae la leche con menor esfuerzo.

Reflejo de eyección excesivo: En los casos de reflejo de eyección excesivo también se puede condicionar un rechazo al amamantamiento por un efecto diferente. Al iniciar la succión, la madre presenta una gran descarga de leche que atraganta al niño(a), o bien la deglución de una cantidad excesiva de leche le produce distensión gástrica dolorosa, condiciones que le hacen desagradable la experiencia del amamantamiento. Se recomienda extraerse un poco de leche antes de iniciar la mamada, ya que contribuye a resolver el problema.

MITOS

Si la mamá está triste la leche no sale bien:

Esto es cierto. Si la mamá está angustiada, estresada o triste, puede que la leche no salga con abundancia. Siempre es mejor relajarse antes de alimentar, tratar que la madre este tranquila y en paz.

Las mamás con pechos más grandes tienen más leche

Esto es un mito. La producción de leche de una mujer no tiene que ver con el tamaño de los pechos. Si se tiene pechos pequeños, y se siente que no sale tanta leche, se deberá intentar alimentar al bebé con más frecuencia ya que entre más succione, más leche se va a producir.

La mamá debe tomar vitaminas durante los meses de lactancia

Esto es cierto, hasta cierto punto. Muchos médicos recomiendan que las mamás tomen suplementos vitamínicos y de calcio durante la lactancia, sin embargo muchos otros creen que con una muy buena alimentación es suficiente.

Las mamás con pezones invertidos no pueden amamantar a sus hijos

Esto es un mito. Las mujeres con pezones invertidos sí pueden amamantar a sus bebés en caso de encontrar esta condición se debe poner en práctica consejos de lactancia que le enseñen a la madre como realizar la lactancia

Si la mamá está tomando algún medicamento no puede amamantar a su bebé

Esto es un mito. La mayoría de las medicinas que las mamás toman durante la lactancia son completamente inofensivas para el bebé ya que será un especialista el que determine si puede o no darle pecho al bebé.

Algunas mujeres no producen suficiente leche

Es falso la gran mayoría de mujeres producen más que suficiente leche. De hecho, es común tener leche en exceso. Por la mayoría de los bebés que aumentan poco o bajan de peso, esto no se debe a que la madre no tenga suficiente leche, sino a que el bebé no está tomando la leche que la madre tiene disponible. La causa más común por la que el bebé no obtenga la leche es porque no está colocado adecuadamente al seno. Por eso, es muy importante que le muestren a la madre, el primer día, cómo colocar al seno a su bebé adecuadamente, por alguien que sepa lo que está haciendo.

Es normal que la lactancia produzca dolor

Es falso aunque durante los primeros días hay mayor sensibilidad en los pezones, esta es una situación temporal que dura sólo unos días y no debería ser tan malo que la madre no desee amamantar. Cualquier dolor que sea más que leve no es normal, por lo general se debe a que el bebé no está colocado al seno adecuadamente. Si hay dolor en el pezón no mejora en 3 o 4 días y persiste por más de 5 a 6 días, no debería ser ignorado. Una nueva sensación de dolor puede presentarse a pesar de que la lactancia está marchando bien y ésta es debido a una infección de Cándida Albicans. Limitar el tiempo de lactancia no previene la sensibilidad ni el dolor.

No hay suficiente leche durante los primeros 3 o 4 días posteriores al parto

Una vez que la leche materna es abundante, el bebé puede lactar deficientemente y aún así recibir mucha leche. Sin embargo, durante los primeros días, el bebé no está colocado al pecho adecuadamente no puede recibir leche. Esto tiene relación con el decir "pero él ha estado en el seno durante 2 horas y todavía tiene hambre cuando lo retiro". Al no estar bien posicionado, el bebé recién nacido no puede obtener la primera leche materna, llamada

calostro. Cualquiera que le sugiera bombear su seno para ver cuánto calostro tiene, no entiende de lactancia y debería ser cordialmente ignorado.

El bebé debe lactar durante 20, minutos en cada lado

Es falso Sin embargo, se debe diferenciar entre "estar en el pecho" y "tomar leche materna". Si el bebé ha "tomado leche" realmente del primer seno durante más de 15-20 minutos, probablemente no quiera tomar del segundo pecho. Si solamente toma leche durante un minuto en el primer lado, luego se duerme y hace lo mismo con el segundo, ningún tiempo será suficiente. El bebé se alimentará mejor y por más tiempo "si se coloca en forma apropiada."

La madre puede ayudar a alimentar por más tiempo a su bebé, presionando el pecho para mantener el flujo de leche. No es cierto que el bebé tome el 90% de la leche en los primeros 10 minutos.

El bebé lactante necesita agua extra en climas cálidos

Es falso la leche materna contiene toda el agua que necesita el bebé.

El bebé lactante requiere Vitamina D extra

Es falso excepto en circunstancias extraordinarias (por ejemplo si la madre tuvo deficiencias de Vitamina D durante el embarazo). El bebé almacenó Vitamina D durante el embarazo y cuando recibe sol en forma regular, obtiene toda la Vitamina D que necesita.

La madre debe lavarse los pezones cada vez que vaya a alimentar a su bebe

Es Falso la alimentación con fórmula requiere de una atención obsesiva en la higiene porque esta no protege al bebé contra infecciones, lo expone a recibir bacterias y se contamina fácilmente. Por otro lado la leche materna previene contra infecciones. Lavar los pezones antes de cada toma complica este proceso natural y elimina los aceites protectores del pezón.

La extracción de la leche materna es una buena forma de saber cuánta leche tiene disponible la madre

Es falso La cantidad de leche que se extrae varía por muchos factores, incluyendo el nivel de tensión de la madre. El bebé que se alimenta bien extrae más leche de la que su madre pueda extraer artificialmente.

La leche materna no contiene el hierro suficiente que necesita el bebé

Es falso la leche materna aporta el hierro necesario para el bebé. Si el bebé nació en término tendrá suficiente hierro por lo menos hasta los primeros 6 meses de edad. Las fórmulas contiene demasiado hierro pero esa cantidad puede ser necesaria para asegurar que el bebé asimile lo suficiente para prevenir una insuficiencia de hierro. El hierro de la fórmula no es bien absorbido por el bebé y la mayoría descartado. Normalmente, no es necesario agregar otros alimentos a la leche materna antes de aproximadamente 6 meses de edad.

Es más sencillo alimentar al bebé con biberón o tetero que con el pecho materno

Es falso aunque desafortunadamente la lactancia natural se hace más difícil por la falta de ayuda adecuada a la madre al iniciar este proceso. Un mal comienzo puede hacer difícil la lactancia, pero se puede corregir, además la lactancia se mejora con el tiempo negando este mito.

La lactancia ata a la madre

Es falso esto depende de cómo se lo vea. El bebé puede lactar en cualquier lugar, momento, y más bien libera a la madre. Evita la incomodidad de cargar y preparar biberones o fórmula. No hay necesidad de preocuparse sobre dónde calentar la leche. No hay que preocuparse por esterilizar. Además, no hay por qué preocuparse de cómo está el bebé, porque el bebé está con usted.

No hay una forma de saber cuánta leche materna el bebé está tomando

Es falso No hay una forma fácil de medir cuánta leche materna está recibiendo el bebé, pero esto no significa que no pueda saber si el bebé está recibiendo la suficiente. La mejor

forma de saberlo es que el beba del seno varios minutos en cada toma (succión tipo abrir-pausa-cerrar). Hay otras formas para saber si el bebé está tomando la suficiente leche.

Las fórmulas modernas son casi iguales a la leche materna

Es Falso esto mismo se decía en 1900 y antes. Las fórmulas modernas solamente son similares superficialmente a la leche materna. Cada corrección en la deficiencia de las fórmulas es publicitada como avances. Fundamentalmente son una copia inexacta basada en conocimientos incompletos y sin vigencia de lo que es la leche materna. Las fórmulas no contienen anticuerpos, ni células vivas, ni enzimas, ni hormonas. Contienen mucho más aluminio, magnesio, cadmio y hierro que la leche materna. Además, contienen mucha más proteína que la leche materna. Las proteínas y grasas son fundamentalmente diferentes a las de la leche materna. Las fórmulas no varían desde el comienzo de la lactancia hasta el final, o desde el día 1, hasta el día 7 o el día 30, o de mujer a mujer, o de bebé a bebé. Su leche está hecha en la forma requerida para alimentar a su bebé. Las fórmulas están hechas para que le sirvan a cualquier bebé, y por lo tanto no bebé. Las fórmulas son exitosas solamente al hacer que el bebé crezca y se desarrolle bien, pero la lactancia materna abarca mucho más que lograr que el bebé crezca rápidamente.

Si la madre tiene una infección debe suspender la lactancia materna

Es falso con muy pocas excepciones, el bebé será protegido por la lactancia. Cuando la mamá tiene fiebre (tos, vómito, diarrea, etc.) ya le ha pasado la infección al bebé porque ella la ha tenido varios días antes de que ella misma supiera que estaba enferma. La mejor protección del bebé contra la infección es continuar lactando de su madre. Si el bebé se enferma, estará menos enfermo si la mamá continua alimentándolo.

Por otro lado, puede ser que el bebé adquirió la infección y se la pasó a la madre, pero el bebé no se enfermó o mostró evidencias de la enfermedad porque él se amamanta del seno.

Además, las infecciones del seno, incluyendo abscesos, aunque son dolorosos, no son motivo para suspender la lactancia materna. De hecho, la infección se acaba más rápidamente si la mamá continúa lactando del lado afectado.

Si el bebé tiene diarrea o vómito, la madre debe suspender la alimentación con leche materna

Es falso la mejor medicina para una infección intestinal del bebé es la leche materna. Suspenda otros alimentos por corto tiempo, pero continúe alimentando a su bebé con leche materna. La leche materna es el único líquido que necesita su bebé cuando tiene diarrea y/o vómito, excepto bajo circunstancias excepcionales. Incentivarla al uso de “soluciones orales para la deshidratación” es principalmente recomendada por los fabricantes de fórmulas para ganar más dinero. Por medio de la lactancia materna tanto el bebé como la madre se confortan.

Si la madre está tomando alguna medicina debe suspender la lactancia materna

Es falso hay muy pocas medicinas que no debe tomar mientras está amamantando a su bebé. En la leche aparece una mínima cantidad de las medicinas, y esa mínima cantidad no es motivo de preocupación. Si una medicina realmente es dañina, por lo general hay otras medicinas alternativas las cuales son de igual eficacia y que no son perjudiciales. El hecho de perder el beneficio de la lactancia tanto para la madre como para el bebé debe ser considerado cuando se analice si se debe continuar o no la alimentación con leche materna.

La lactancia materna deforma la glándula mamaria

Es falso la lactancia materna no causa ninguna deformidad estética en la glándula mamaria de la madre por el contrario ayuda a la recuperación del tamaño adecuado de esta a lo largo de los meses que esta se practica.

La lactancia materna incrementa el peso de la madre

Es falso la lactancia materna le ayuda a la madre a que recupere su peso anterior.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO:

1. Tipo de estudio:

Descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo y cualitativo

2. Lugar de estudio:

Hospital Gaspar García Laviana, Rivas, Nicaragua

3. Periodo del estudio

Septiembre – Diciembre 2015

4. Universo:

Estuvo representado por 518 mujeres puérperas entre las edades de 15-24 años, del Hospital Gaspar García Laviana Rivas

5. Muestra:

Para definir el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2 (N-1) + Z^2 (p) (q)}$$

Donde:

- Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.
- p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia
- q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).La suma de la p y la q siempre debe dar 1.
- N = tamaño de la población
- d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud de intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

S2 = varianza de la población en estudio (que es el cuadrado)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (518)}{(0.1)^2 (518-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 82$$

Al aplicar la fórmula mencionada, el tamaño de la muestra que resultó fue 82 mujeres puérperas

El tipo de muestreo que se utilizó para obtener la muestra, fue probabilístico.

6. Unidad de análisis: Mujeres puérperas entre las edades 15-24 años

7. Criterios de inclusión y exclusión:

A. Inclusión:

- Mujeres puérperas que se encontraban en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana en el período de estudio
- Mujeres entre las edades 15-24 años
- Mujeres que acepten participar en el estudio

B. Exclusión:

- Mujeres no puérperas.
- Mujeres menores de 15 años y mayores de 24 años
- Mujeres que no acepten participar en el estudio

7. Técnicas e instrumentos de recolección de la información:

Para realizar el estudio, se solicitó la autorización de las autoridades del Hospital Gaspar García Laviana Rivas, a quienes se explicó el tema y los objetivos de la investigación. Una vez aprobado el estudio, se revisó el libro disponible en el área de labor y parto para identificar el número de mujeres registradas en el periodo en estudio y así obtener el universo. Posteriormente se realizó la elaboración del instrumento de recolección con tres grandes ítems: conocimientos, actitudes y prácticas, en el que se incluyeron preguntas cerradas. En el mismo se incluyeron preguntas para que las mujeres respondieran algunos aspectos relacionados con la actitud de la pareja en el proceso de la lactancia materna. Los conocimientos fueron medidos como: bueno; regular; malo; las actitudes como favorables y desfavorables y las prácticas como buena práctica y mala práctica, según la escala de Likert. Los conocimientos fueron considerados bueno si la mujer entrevistada respondía

correctamente mas de 31 preguntas, regular si respondían de 20-30 preguntas correctamente y malo con menos de 20 preguntas correctas.

La actitud fue considerada desfavorable si las entrevistadas tenían menos de 9 respuesta correcta relacionadas con los mitos. La práctica se consideró buena si la entrevistada brindo lactancia materna.

Previo a la aplicación del instrumento en las mujeres en estudio, se realizó la validación del mismo. Se realizó un instrumento para entrevista a informantes claves para enriquecer el estudio. La aplicación del instrumento fue “auto llenado”, aplicado por las investigadoras, para garantizar el completo llenado del mismo y la calidad de la información obtenida.

8. Plan de tabulación y análisis:

Las entrevistas de los y las informantes claves fueron agrupadas por categorías. Una vez recolectada la información se revisaron cada uno de los instrumentos aplicados. Posteriormente se diseñó la base de datos en el programa de Velneo. Se analizó datos por frecuencia y porcentaje y se elaboraron cuadros y gráficos según variable, para presentar el informe final en programa Word.

9. Variables:

- ✓ Características socio demográficas
 - Edad
 - Escolaridad
 - Procedencia
 - Ocupación
 - Estado Civil
 - Número De Hijos (As)
 - Religión
- ✓ Conocimientos sobre lactancia materna
 - Lugar o persona donde obtener información

- Concepto de lactancia materna
- Lactancia materna exclusiva
- Ablactación
- Destete
- Tipos de leche materna
- Composición de la leche materna
- Reflejo de la madre
- Reflejo en el niño
- Beneficio de la lactancia materna
 - Beneficio para:
 - ❖ El Niño o niña
 - ❖ Beneficio para la Madre
 - ❖ Beneficio para la familia
- ✓ Actitud ante la lactancia materna
 - Mitos
 - Actitud del cónyuge hacia la Lactancia Materna (desde la percepción de las mujeres en estudio)
- ✓ Prácticas de lactancia materna
 - Experiencias previas de lactancia
 - Medidas higiénicas antes y después de la lactancia
 - Horarios para la lactancia al bebé
 - Extracción de la leche
 - Alimentación con sucedáneos de la leche

10. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
Edad	⌘ Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento de la investigación	Edad cumplida en años	- 15-19 años - 20-24 años
Procedencia	Lugar de donde es originaria la mujer, dependiente a las condiciones de accesibilidad.	Lugar que refiere la mujer en estudio	Urbano -Rural
Escolaridad	Estudios académicos alcanzados hasta el momento de llenarse la encuesta.	Ultimo Año académico aprobado	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Universitaria
Ocupación	Perfil laboral en el sé que desempeña al momento del estudio.	Actividad laboral referida por la mujer.	-Ama de casa -Estudiante -Comerciante -Otros
Estado civil	Situación personal en la que se encuentra una persona en relación a otra.	Situación de pareja referido.	-Soltera -Casada -Unión estable

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
No. de hijos	Total en número de hijos previos de la persona en estudio.	Número de hijos	Ninguno -Uno -Dos o mas
Religión	Creencias propias hacia un ser supremo	Tipo de religión.	Católica -Evangélica -Testigo de Jehová -otro

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
Información de la lactancia materna	Conjunto organizado de datos, que constituye un mensaje sobre un cierto fenómeno. En este caso sobre lactancia materna.		Si No
Medios por los que recibe información	Medio y-o persona que transmite información sobre problemática en estudio	personal de salud -maestros -familiares -cónyuge	Si No No Sabe
Lugar donde recibió información	Establecimiento donde se obtuvo información.	Unidades de salud -Hogar -Escuela -Otros (medios de comunicación)	- Si No No Sabe
Tipo de información recibida		Diferencia entre LM y LME -Duración de LM -Beneficios maternos de LM -Beneficios del Niño (a)	Si No No Sabe

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
		<p>con LM</p> <p>-Horario de LM</p> <p>-Tipos de LM</p> <p>-Posición de amantamiento</p> <p>-Alimentación materna</p>	
Conocimientos sobre Lactancia Materna	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre lactancia materna	<p>-Alimentación con pecho materno.</p> <p>-Alimentación para el desarrollo y crecimiento del niño suministrado por la madre.</p> <p>- Es el mejor alimento para el recién nacido proporcionado por una mujer</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>No Sabe</p>
Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre lactancia materna	<p>Solo ofrecer pecho, nada de formula</p> <p>-Son los primeros 6 meses de edad solo con LM</p> <p>-Alimentación que da al</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>No sabe</p>

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
	exclusiva	momento del nacimiento -Alimentación con pecho, sin agua ni otro tipo de alimento -Alimentación del bebe con LM desde los primeros 6 meses al año	
Conocimiento sobre la duración de la Lactancia Materna	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre duración de lactancia materna	-3 meses -6 meses -1 año -2 años -Hasta que la mama decida quitarle el pecho	Si No No Sabe
Conocimiento sobre la edad de introducción de alimentos	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre la edad de introducción de los alimentos	-A los 2 meses -A los 4 meses -A los 6 meses -Al año	Si No No Sabe
Conocimiento sobre Horario de dar	Bases teóricas y conceptuales sobre lo	A libre demanda -Solo en la mañana,	Si No

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
lactancia materna	que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre el horario de la lactancia materna	medio día y tarde -Solo por la mañana y noche -Cada 2 horas	No Sabe
Conocimientos sobre Tipos de leche materna	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre los tipos de leche materna	Leche única de la mama -Calostro -Leche de transición -Leche madura -Leche en polvo	Si No No Sabe
Conocimientos sobre Composición de la leche materna	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre la composición de la leche materna	Proteínas -Vitaminas -Agua -Grasas	Si No No Sabe
Conocimiento sobre Beneficios de la Lactancia materna para el bebe	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la	El bebe crece sano y con buen peso -Promueve desarrollo intelectual del bebe	Si No No Sabe

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
	persona recuerda sobre beneficios de la lactancia materna para el bebe	-Ayuda al sistema inmunológico del bebe -Apego emocional con la madre	
Conocimientos sobre Beneficios de la lactancia materna para la madre	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre los beneficios de la lactancia para la madre	Es económica -Baja de peso -Promueve el afecto de la mama con su bebe -Previene cáncer de mama -Sirve de método de planificación -Evita hemorragias post parto	Si No No Sabe
Conocimientos sobre Tipo de alimentación de la madre que da lactancia materna	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre los tipos de alimentación de la madre que da lactancia materna.	Todo tipo de alimento - Solo líquidos y frescos naturales -Solo tortilla y queso con tibio -Alimento rico en vitaminas, proteínas y aminoácidos	Si No No Sabe

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA- VALOR
Actitud de la madre hacia la lactancia materna	Disposición interna de carácter aprendido y duradero que sostienen las respuestas favorables del individuo hacia la lactancia materna	<p>1. Entre menos es el nivel educativo de la madre, menor es su conocimiento sobre la lactancia materna.</p> <p>2. Una madre que trabaja, no puede dar el pecho materno a su bebé, por las largas horas de trabajo.</p> <p>3. Entre más veces succiona el bebé menos leche materna se produce.</p> <p>4 .No se debe dar el pecho materno porque</p>	Grado de acuerdo Lactancia Materna	<p>Totalmente de Acuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>Indeciso</p> <p>Desacuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo</p>

		<p>los pechos se aguadean y se caen.</p> <p>5.Hay que darle otro tipo de alimento al bebé porque no se llenan con la leche materna</p> <p>6. La madre durante la lactancia materna exclusiva debe alimentarse con tortilla, queso y pinol.</p> <p>9.Una madre enojada no puede dar pecho materno, le produce diarrea</p> <p>10.al bebé Guiñarle el pezón muy rápido al bebé le</p>		
--	--	--	--	--

		<p>baja la mollera</p> <p>11. Cuando se da de mamar un pecho se hace más grande que el otro.</p> <p>12. Entre más grandes los pechos más producción de leche.</p> <p>13. Los primeros días después del parto no hay suficiente leche</p> <p>14. los bebés necesitan agua en climas cálidos</p> <p>15. Hay que lavarse los pezones cada vez que se alimenta al bebé</p>		
--	--	--	--	--

Actitud del padre hacia la lactancia materna		<p>1.. El padre no tiene ninguna función cuando la madre está dando lactancia materna exclusiva</p> <p>2Le molesta que se despierte en la noche para dar lactancia materna</p> <p>3.Apoya al momento de la lactancia en la comodidad de la madre</p> <p>4.Se queja que no le presta atención por dar lactancia materna</p>	Grado de acuerdo	<p>Totalmente de Acuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>Indeciso</p> <p>Desacuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo</p>
Prácticas sobre LM	Conducta o respuestas establecidas para	Brindó pecho materno anteriormente		-Si -No

una situación determinada en lactancia materna es la actividad que las mujeres refieren hacer	Tiempo que dio de lactar	-1 mes -3 meses -6 meses -1 año -2 años	-Si -No
	Higiene materna antes de administrar lactancia materna	-Lavarse las manos antes de agarrar al bebe -Limpiarse los pechos antes de dárselos al bebe -Cambio de ropa	-Si -No
	Frecuencia con que administra pecho materno	-Cada hora -Cada dos horas -Cada vez que el bebe lo pida	-Si -No
	Duración de la de cada alimentación	-De 10-15 minutos -De 15-30 minutos -A libre demanda	-Si -No
	Actividad que realiza con el niño (a) después de dar el pecho materno	-Lo deja dormido -Le saca los gases -Lo deja en la cuna	-Si -No
	lactancia materna en un	-No le da el pecho	-Si -No

		lugar publico	-Le da el pecho	
		Pasos que realiza para amamantar a su bebe cuando trabaja	-Se saca la leche materna y la deja en un recipiente en la refrigeradora -Se saca la leche materna y la deja en un recipiente a temperatura ambiente -Deja indicado que le den la leche en vaso -Deja indicado que le den la leche en pacha -Le da otro tipo de leche	-Si -No

VIII. RESULTADOS:

El 21% de las mujeres en estudio tenían entre 15-19 años, el 79% 20-24. Según la escolaridad el 6% de las mujeres encuestadas eran no escolarizadas, el 28% tenían escolaridad primaria, el 51% escolaridad secundaria y el 15% escolaridad universitaria.

El 45% de las mujeres encuestadas eran del área rural y el 55% del área urbana, el 77% eran amas de casa, el 2% comerciante, el 9% estudiantes y el 12% otros (lavanderas, planchado, cuidado de otros niños). El 24% eran casadas, el 20% soltera y el 56% en unión estable.

Con respecto a la fuente de información, el 90% de las encuestadas obtuvieron información del personal de salud, el 33% por medio de familiares, el 10% por sus maestros, el 7% por medios audiovisuales y el 6% por los conyugue. El 90% de la información fue recibida en unidades de salud, el 38% en el hogar, el 11% en la escuela.

Con respecto al tipo de información recibida sobre Lactancia Materna previa al estudio, el 72% fue sobre alimentación que debe tener la madre, el 71% fue sobre los beneficios de la lactancia para el bebé el 67% sobre los beneficios para la madre, 57% sobre la duración de la lactancia materna, el 38% sobre la posición de amamantamiento, el 35% sobre el horario de lactancia materna, el 21% sobre la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva, con respecto al concepto de lactancia materna el 90% de las puérperas afirman que es la alimentación con leche del pecho de la madre, el 89% que es la alimentación para el desarrollo y crecimiento del niño suministrado por la madre y el 87% que es el mejor alimento para el recién nacido proporcionado por una mujer. Con respecto al concepto de lactancia materna exclusiva el 56% afirma que son los primeros seis meses solo con lactancia materna, el 51% solo ofrecer pecho nada de formula, el 35% alimentación con pecho sin agua y ningún otro tipo de alimento y 30% que es la alimentación del bebe con la leche materna desde los primeros seis meses hasta el año.

El conocimiento acerca de la duración de la lactancia materna el 33% afirma que es por tres meses, el 20% por un año y otro 20% por dos años, el 16% hasta que la mamá decida y el 11% por tres meses. Con respecto a la edad de introducción de los alimentos el 57%

refieren que el inicio es a los seis meses, 22% refieren que se inicia a los cuatro meses, el 15% que es a los dos meses de edad y el 6% al año.

Acerca de los horarios para brindar lactancia materna el 77% refiere que lo hace a libre demanda cuando el bebe lo pida, 23% cada dos horas el 11% solo en la mañana , medio día y la noche y el 2% solo mañana y noche. El conocimiento sobre los tipos de la leche el 79% opinaron que solo era leche única de la madre, el 15% calostro, transición y leche madura y el 6% leche en polvo. Sobre la composición de la leche el 80% refiere que tiene agua el 77% vitaminas, el 68% proteínas y el 39% grasas.

Con relación a los beneficios de la lactancia para el bebe el 100% afirma que el bebé crece sano y con buen peso, el 83% afirman que promueve el apego emocional con la madre el 80% que promueve el desarrollo intelectual del bebe, el 76% ayuda al sistema inmunológico del bebé. Con respecto a los beneficios de la lactancia materna a la madre el 91% consideran que es económica, el 71% que promueve el afecto de la mama por el bebe, el 65% que previene el cáncer de mama, 55% consideran que la madre baja de peso y el 50% que sirve como método de planificación y el 39% que evita la hemorragia posparto.

Sobre la alimentación que debe tener una mujer que brinda lactancia materna el 48% opinan que debe ser alimentos ricos en vitamina proteínas y aminoácidos, el 39% que debe ser solo tortilla y queso con tibio y el 24% solo líquidos (refrescos y sopa).

Al cuantificar se determinó que el nivel de conocimiento predominante del grupo en estudio es regular con un 76% (62 puérperas), seguido por nivel bueno con 21% (17 puérperas) y malo solo el 4% (puérperas).

De las puérperas entrevistadas que obtuvieron buen conocimiento aproximadamente el 94% de ellas se encuentran en el grupo etario de 20-24 vs. 17% que obtuvieron conocimiento malo, donde el grupo etario con más incidencias fue el grupo de 15-19 años.

Con respecto a la escolaridad- conocimiento se encontró que del 21% que obtuvo buen conocimiento, el grupo que más predominó fueron las universitarias que representado por un 47% y en último lugar las de secundaria con un 23%; según el número de hijos se

encontró que las que tienen un hijo son las que tienen un mejor conocimiento el cual está representado por un 59% de las mujeres que obtuvieron buen conocimiento

Respecto a la actitud de las puérperas frente a los mitos acerca de la Lactancia Materna se obtuvo lo siguiente: el 68% está en desacuerdo con la afirmación entre menos es el nivel educativo de la madre, menor es su conocimiento sobre la lactancia materna, el 65% están en desacuerdo en que una madre que trabaja, no puede dar el pecho materno a su bebé, por las largas horas de trabajo, el 61% están en desacuerdo que entre más veces succiona el bebé menos leche materna se produce, el 22% se encuentra de acuerdo en que unos pechos dolorosos y agrietados no son un problema para la lactancia, el 70% están en desacuerdo en que No se debe dar el pecho materno porque los pechos se aguadean y se caen, el 48% están en desacuerdo con que hay que darle otro tipo de alimento al bebé porque no se llenan con la leche materna y el 11% están indecisa con respecto a esa afirmación. El 49% de las puérperas está en desacuerdo en que la madre durante la lactancia materna debe alimentarse con tortilla, queso y pinol y un 39% están de acuerdo, el 59% se encuentran de acuerdo en que una madre enojada no puede dar pecho materno, le produce diarrea al bebé, el 55% está de acuerdo en que al guñarle el pezón muy rápido al bebé le baja la mollera; el 40% está de acuerdo en que cuando se da de mamar solo con un pecho se hace más grande que el otro; el 55% está en desacuerdo en que entre más grandes son los pechos más producción de leche, el 57% esta desacuerdo que los primeros días después del parto no hay suficiente leche; el 46% están de acuerdo en que los bebes necesitan agua en climas cálidos y un 11% están indecisa con esa afirmación el 44% está de acuerdo en que hay que lavarse los pezones cada vez que se alimenta al bebe.

Al finalizar se obtuvo que el 57% de la población en estudio se encontró con actitud desfavorable y el 43% poseen actitudes favorables.

El 49% de las puérperas respondió que el padre de su bebé no tiene ninguna función cuando la madre está dando lactancia, el 77% esta desacuerdo en que él se molesta cuando se levantan en las noches para dar la lactancia materna; el 35% están de acuerdo en que su pareja les apoya para tener comodidad al momento de dar lactancia y el 20% refiere que el cónyuge se queja por no prestarle atención por dar lactancia materna.

Con respecto a las prácticas el 95% de las puérperas brindó lactancia materna inmediatamente posterior al nacimiento, el 100% se lavan las manos para agarrar al bebé al momento de alimentarlo; el 76% se limpia los pechos antes de dar lactancia al bebé, el 70% refiere no cambiarse de ropa al momento de dar lactancia materna; el 100% refiere haber sacado gases al bebé después de la alimentación, el 95% de estas mujeres afirman que no tienen problemas para dar lactancia materna en lugares públicos, el restante 5% afirma que en lugares públicos no hay que dar el pecho porque da mucha pena. El 63% de las mujeres brinda pecho materno cada vez que el bebé lo pida, el 34% cada tres horas y 2% cada hora; la duración de la alimentación el 49% refiere es de 15-30 minutos, el 44% a libre demanda y el 7% de 10 -15 minutos.

El 95% de las encuestadas tienen prácticas adecuadas y un 5% poseen prácticas inadecuadas.

De las 82 puérperas encuestadas únicamente 15 realizaron extracción de leche para su almacenamiento. De estas el 93% la almacenan en un recipiente en la refrigeradora y el 7% restante lo dejan en a temperatura ambiente. El 87% de estas mujeres cuando salen dejan indicado que le den la leche en pacha, mientras el 13% restante deja indicado que le den leche en vaso; el 40% complementan con otro tipo de leche.

Tras realizar cruce de variables especialmente socio demográficas vrs conocimientos, actitudes y practicas se encontró que de las 17 mujeres que obtuvieron conocimiento bueno se obtuvo el patrón de que a mayor edad mejor conocimiento ya que 16 de ellas se ubicaron en el grupo de edad de 20- 24 años, al igual que a mayor escolaridad mejor conocimiento representado por 8 de ellas las cuales eran universitarias, con respecto a la ocupación la mayoría estaba representado por 10 mujeres que eran amas de casa.

De las 35 mujeres con actitud favorable continua el patrón que a mayor edad predominan actitudes favorables ya que 32 de ellas eran del grupo etareo de 20-24 años, sin embargo con respecto a la escolaridad se encontró que el nivel educativo no es factor de importancia hacia las actitudes ya que el grupo escolar que mejores actitudes tenían eran las de escolaridad secundaria, representado por 18 de ellas y en el acápite de ocupación 26 de estas mujeres eran ama de casa.

De las 78 mujeres que obtuvieron prácticas adecuadas continua la afirmación que a mayor edad mejor practica, donde 63 pertenecían al grupo etareo de 20-24 años, y las de secundaria continúan con la tendencia de prácticas adecuadas representada por 41 mujeres en su mayoría siendo amas de casa

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Entre los principales datos sociodemográficos de las mujeres en estudio se encontró que el 6% de mujeres encuestadas eran no escolarizadas, el 51% escolaridad secundaria. El 45% eran procedentes del área rural y el 55% del área urbana. Estos datos son diferentes a los encontrados en el estudio CAP sobre lactancia materna con madres de niños menores de seis meses realizado por Selva Gómez y Llanes Blanco en el (Municipio de la Cruz del Rio Grande y Karawala, RAAS. 2009) en el que se revela, un 40.7% de las madres eran analfabeta por lo que tienen un nivel de conocimiento deficiente. Esta diferencia se debe probablemente al área geográfica donde fue realizado el estudio, en la que se concentra mayor población en extrema pobreza y con mayor índice de analfabetismo.

Continuando con los datos sociodemográficos también se encuentra discordancia con el estudio de Parrales y Quijano realizado en Jinotega en el año 2006 donde en las madres encuestadas predominaba los estudio primario y la mayoría de estas madres saben que es el calostro a diferencia de este estudio donde solo un 15% logro identificar los tipos de leche materna (calostro, transición y madura). Con respecto al intervalo de alimentación ambos estudios coinciden en que casi todas amamantaban a libre demanda ya que en el presente estudio nos reflejan que el 63% lo hacen de esta forma. De tal manera se ha podido corroborar que las mujeres de mayor edad y mayor educación son las que obtuvieron mejor conocimiento, esto en concordancia de que la mujer con mayor preparación y mayor edad tiene una información diferente a las mujeres jóvenes, sin educación. En este estudio las mujeres con mayor edad y mayor educación presentaron mayores porcentajes de conocimientos, actitudes favorables y prácticas buenas para la lactancia materna.

En el estudio de Maradiaga y Hernández (HRSJ-CARAZO, 2009) los cuales realizaron un CAP sobre lactancia materna exclusiva en 175 mujeres atendidas en maternidad, caracterizadas por tener entre 15-24 años, del área urbana, con secundaria completa y amas de casa. Recibieron información del personal del centro de salud, y donde consideraron que el nivel de conocimiento era regular. Concuera con los resultados de este estudio en casi todos estos aspectos probablemente por la similitud del área sociodemográfica y de la

población en estudio y a que ambos estudios se realizaron en unidades hospitalarias de primer nivel. de igual forma se correlaciona con los datos obtenidos de los informantes claves los cuales recibieron información principalmente del personal de salud lo que nos afirma nuevamente que el personal de salud es el principal encargado de difundir y fomentar la practicas de la lactancia materna en las mujeres que acuden a las unidades de salud.

Con respecto al estudio de Barrios y Méndez (HBCR-Managua, 2009) que estudiaron un CAP en pacientes ingresadas en el servicio de maternidad, el nivel de conocimiento fue regular en un 64.9%, aunque en el presente estudio prevaleció el conocimiento regular, este porcentaje es mayor alcanzando un 76%; probablemente a los esfuerzos que realizan las unidades de salud para mejorar el acceso a la información sobre lactancia materna. Aunque lo ideal sería que en ambos estudios prevaleciera un conocimiento bueno ya que la iniciativa de los Hospitales Amigos de la Niñez se implementan en el país desde el año 1991, desde hace 25 años.

En el mismo estudio de Barrios y Méndez se encontró que las prácticas eran adecuadas en un 56.4%; esta cifra superada en el presente estudio, alcanzando un 95%. Estos datos reflejan que las prácticas superan el conocimiento, esto puede estar influenciado por factores culturales en los que se espera que la mujer alimente a su bebé, sin embargo, habría que revisarse que factores influyen o determinan la práctica y donde están las brechas en el conocimiento, ya que se espera que a mayor conocimiento mejor práctica.

En cuanto a las actitudes, Barrios y Méndez encontraron un 89% de actitudes positivas, contrario al presente estudio donde predominó una actitudes desfavorables en un 57% esta diferencia se podría presentar ya que el estudio de Barrios y Méndez se realizó en la ciudad de Managua donde es de esperarse que los mitos arraigados en la población sean en menor proporción y las pacientes tengan mayor acceso a fuentes de información con respecto al departamento de Rivas y sus municipios. Otro elemento a tomar en consideración es la información que se brinda en las unidades de salud, en particular la Consejería sobre Lactancia Materna durante la atención prenatal, en la que se espera que se aborden mitos relacionados con esta temática que disminuyan las barreras para la lactancia materna después del parto.

En ambos estudios se identificó que el mayor porcentaje de información lo reciben las mujeres en estudio por parte del personal médico y/o enfermera, confirmando que el personal de salud es la principal fuente de información lo que revela la importancia que tiene la atención prenatal y la promoción de la lactancia materna durante el embarazo, mediante información actualizada, que responda a las inquietudes de las mujeres para reducir los mitos.

Garmendia (HMADB-Managua, 2010) que realizó un estudio CAP sobre LM de madres de menores de seis meses atendidos en consulta externa de pediatría (madres de 17-38 años, nivel académico superior, dos hijos promedio), 95% conoce que la LM contiene toda la energía, vitaminas y agua que su bebe necesita para crecer y desarrollarse adecuadamente concordando con las puérperas del presente estudio quienes en su mayoría afirmaron que la leche contiene vitamina, proteínas, agua en su composición y en un 100% estuvieron de acuerdo en que el bebe crece sano y con un buen peso con esta alimentación. En cuanto a la práctica, el 100% respondió que protege a su bebe brindándole LM los primeros meses e inicio la introducción de alimentos distintos a la leche a partir de los seis meses concordando con el estudio donde un 57% de las mujeres encuestadas consideran la introducción de alimento a los seis meses de edad.

En este estudio con respecto a los beneficios para la madre el menos conocido por las mujeres encuestadas fue que esta baja de peso al brindar lactancia materna donde solo un 55% lo logro afirmar, y que evita las hemorragias posparto en un 39%. Siendo esto beneficios muy importantes para la vida de la mujer ya que las hemorragias posparto son una de las principales causas de muerte materna y esto podría ayudar a las mujeres a garantizar un mejor bienestar y recuperación después del parto y contribuir a su pronta recuperación.

X. CONCLUSIONES:

La mayoría de las puérperas en estudio se encuentran entre las edades de 20-24 años, escolaridad secundaria, de procedencia urbana, amas de casa, en unión estable.

La principal fuente de información fue el personal de salud en las unidades de salud, seguido de maestros.

Un alto porcentaje de mujeres tenía conocimiento regular; destacándose entre estos los beneficios de la lactancia materna para el niño (a) y su madre; la composición de la leche materna, así como la alimentación que las mujeres deben tener al dar lactancia materna.

El mayor porcentaje de las mujeres tenía una actitud desfavorable hacia la lactancia materna, lo que refleja mitos aun arraigados sobre este tema. Las principales actitudes desfavorables fueron: en climas cálidos el bebé necesita agua además de la leche materna, los primeros días posterior al parto no hay suficiente leche y que las madres enojadas no pueden dar lactancia materna ya que le produce diarrea al bebé.

Contradictoriamente con la actitud, el mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas tenían una buena práctica, entre las que se destacan: brindar lactancia materna posterior al parto, utilizar las medidas higiénicas y dar lactancia materna en horarios adecuados.

XI. RECOMENDACIONES:

AL SILAIS Rivas:

- Promover un Plan Estratégico para la promoción de la lactancia materna en las programaciones anuales.
- Incluir como un indicador en los centros de salud el brindar charlas educativas sobre lactancia materna.
- Capacitar al personal de salud en la Normativa 060 para la promoción de la Lactancia Materna.
- Realizar visitas de supervisión a las unidades de salud para valorar la implementación de la Normativa 060.
- Promover estímulos a las unidades de salud que cumplan con la Norma para la Lactancia Materna.

Al Hospital Gaspar García Laviana

- Reunir los criterios de calidad para que el Hospital sea denominado Hospital Amigo de la Niñez (IHAN)
- Capacitar al personal de salud en la Normativa 060 para la promoción de la Lactancia Materna para brindar atención individualizada por cada madre.
- Promover estímulos al personal que promueva la Lactancia Materna en las mujeres después de un evento obstétrico.
- Mostrar videos informativos sobre la Lactancia Materna en la sala de labor y parto.
- Gestionar la adquisición de medios audios visuales para que en la sala de maternidad se promueva la Lactancia Materna.
- Orientar a los internos en el proceso inducción para promover la lactancia materna en el servicio de ginecología.
- Motivar a los estudiantes y personal de enfermería para elaborar murales en los que se promueva la lactancia materna.

Al personal de salud

- Promover la educación del personal de salud en el tema de la lactancia materna.
- Brindar en las unidades de salud por medio de charlas o en los controles prenatales conceptos básicos sobre lactancia materna a las futuras madres y sus familias.
- No difundir información sobre alimentación alternativa con sucedáneos de la leche a las madres y sus familias.
- Apoyar al 100% a las madres en la práctica de la lactancia materna, esto de manera individualizada, y así motivarlas para que continúen realizando esta práctica en casa.
- Incorporar a los padres y familiares en la Consejería y práctica para la promoción de la Lactancia Materna.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1- Republica de Nicaragua. Ministerio de Salud Nicaragua “Manual de lactancia materna para atención primaria”. Normativa 060, Septiembre 2010
- 2- Republica de Nicaragua Guía para el abordaje de las enfermedades infecciosas más comunes de la infancia y la desnutrición. AIEPI Hospitalario, Managua, Enero 2009
- 3- Republica de Nicaragua Encuesta Nicaragüense de Salud (ENDESA), 2006-2007
- 4- Republica de Nicaragua. Funciones esenciales de salud pública en Nicaragua 2008
- 5- Acuña Morales Cabello. Mayo-Junio 2011, Conocimientos actitudes y practicas sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al programa de vigilancia de crecimiento y desarrollo del centro salud Villa libertad
- 6- CajinaGuzmanNorlan, Enero-Diciembre 2005. Factores asociados a la muerte perinatal. Hospital Bertha Calderón
- 7- Gamboa Edna Magali, López B. Gloria, año 2005, Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la lactancia materna en mujeres en edad fértil residentes del asentamiento de las manos del municipio de Giron.
- 8- Garmendia Hernanza Silvio Alberto. Diciembre 2011, Conocimientos, actitudes y practicas sobre la lactancia materna de las madres de niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de pediatría del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro David Bolaños
- 9- Martínez Oporta Gonzalo, Diciembre 2011, Conocimientos, actitudes y practicas sobre lactancia materna en jóvenes de 20 años en el municipio del Tortuguero.

10- Soza Torres Carlos Aristóteles, Febrero 2005, Conocimientos sobre lactancia materna del personal de salud de Gineco-Obstetricia y Pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense.

XIII. ANEXOS

Consentimiento informado

El presente trabajo realizado por estudiantes de 6to año de la carrera de Medicina consiste en una investigación cuyo objetivo principal es Identificar el nivel de conocimiento, actitudes y práctica de la lactancia materna en mujeres puérperas entre las edades de 15 -24 años que se encuentran en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas Septiembre – Diciembre 2015.

En dicho estudio se recolectara información por medio de una encuesta la cual se le explicara a los participantes el objetivo de la misma, y al mismo tiempo se orientara que se mantendrá en secreto y anonimato, no violentando sus derechos y respetando su punto de vista, sin causar daño a su integridad física ni moral, para la cual se necesita su consentimiento, y que será utilizado para fines de estudio investigativo.

Estando informada de la importancia de este estudio, acepto voluntariamente participar en él siempre y cuando se conserve mi identidad,

Firma de la paciente

No. de cédula: _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

El siguiente instrumento tiene como objetivo Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres puérperas de 15-24 años del servicio de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas. Le estamos solicitando su participación. La información que brindara será anónima, y será utilizada únicamente para fines del estudio, no requiere poner su nombre.

I. DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS.

1. **Edad:** 1. 15-19:(___) 2. 20-24:(___)
2. **Escolaridad:** 1.Analfabeta___ 2.Primaria: ___ 3.Secundaria: ___; 4. Universitaria: ___
3. **Procedencia:**1.Urbano: ___ 2.Rural: ___
- 4 **Ocupación:** 1.Ama de casa:___ 2.Estudiante___ 3.Comerciante:___ 4.Otros: _____
5. **Estado civil:** 1. Soltera___ 2. Casada: ___ 3. Unión estable: ___;
6. **Número de hijos:** 1. Ninguno ___ 2. Uno___ 3. Dos o mas___
7. **Religion:**1. Católica___ 2.Evangélica___ 3.Testigo de Jehová__ 4.otro_____

Medio utilizado para obtener información sobre lactancia materna exclusiva (puede marcar más de una respuesta)	SI	NO	NO SABE
8. Personal de salud			
9. Maestros.			
10. Televisión, radio, revistas			
11. Familiares			
12. cónyuge			
Lugar donde ha recibido la información (puede marcar más de una respuesta)			
13. unidades de salud			
14.hogar			
15. escuela			
16. otros			
Tipo de información recibida(puede marcar más de una respuesta)			
17. Diferencia entre LM y LME			
18. Duración de la LM			
19. Beneficios de la LM para la madre.			
20. Beneficios de la LM para el niño.			
21. Tipos de leche materna			
22. Horario de lactancia materna exclusiva.			
23. Posición de amamantamiento.			
24. alimentación que debe tener la madre			

II. CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA			
25.Es la alimentación con leche del pecho de la madre			
26.Es la alimentación para el desarrollo y crecimiento del niño suministrado por la madre			
27.Es el mejor alimento para el recién nacido proporcionado por una mujer			
CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA			
28. solo ofrecer pecho, nada de formula			
29. Son los primeros 6 meses de edad solo con lactancia materna.			
30. alimentación con pecho sin agua ni otro tipo de alimentos			
31. Es la alimentación del bebe con leche materna Desde los primeros 6 meses hasta el año.			

DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA	SI	NO	NO SABE
32. 3 meses			
33. 6 meses			
34. 1 año			
35. 2 año			
36. hasta que la mamá decida quitarle el pecho.			
EDAD DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS			
37. a los 2 meses			
38. al los 4 meses			
39. a los 6 meses			
40. al año			
HORARIO DE DAR LACTANCIA MATERNA			
41. A libre demanda cuando el bebé lo pida			
42. Solo en la mañana, mediodía y tarde			
43. Solo por la mañana y la noche			
44. Cada 2 horas			
TIPOS DE LECHE MATERNA			
45. Leche única de la madre			
46. Calostro, transición, madura			
47. Leche en polvo			
COMPOSICION DE LA LECHE			
48. Proteínas			
49. Vitaminas			
50. Agua			
51. Grasas			
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL BEBÉ			
52. El bebe crece sano y con buen peso			
53. promueve el desarrollo intelectual del bebe			
54. ayuda al sistema inmunológico del bebe			
55. promueve el apego emocional con la madre			
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE			
56. Es económica			
57. La madre baja de peso			
58. Promueve el afecto de la mamá con su bebé			
59. Previene de cáncer de mama			
60. Sirve de método de planificación			
61. evita hemorragias post parto			
ALIMENTACION DE UNA MUJER QUE DA LACTANCIA MATERNA			
62. Todo tipo de alimento			
63. solo líquidos (refrescos y sopas)			
64. Solo tortilla y queso con tibio			
65. Alimento rico vitamina, proteínas y aminoácidos			

Nivel de conocimiento:: 1. Bueno:/ __/; 2. Regular:/ __/; 3. Malo:/ __

ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA. A continuación se hará una serie de ítems, marque según este de acuerdo con las siguientes escalas : Totalmente de acuerdo (TA); De acuerdo (A); Indeciso (I); Desacuerdo (D); Totalmente en Desacuerdo (T).

ACTITUD SOBRE LA LACTANCIA MATERNA	GRADO DE ACUERDO HACIA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA				
	TA	DA	I	D	TD
MITOS Y TABUES SOBRE LACTANCIA MATERNA					
66. Entre menos es el nivel educativo de la madre, menor es su conocimiento sobre la lactancia materna.					
67. Una madre que trabaja, no puede dar el pecho materno a su bebé, por las largas horas de trabajo.					
68. Entre más veces succiona el bebé menos leche materna se produce.					
69. Con los pechos agrietados y dolorosos no es un problema el dar lactancia materna.					
70. No se debe dar el pecho materno porque los pechos se aguadean y se caen.					
71. Hay que darle otro tipo de alimento al bebé porque no se llenan con la leche materna.					
72. La madre durante la lactancia materna exclusiva debe alimentarse con tortilla, queso y pinol.					
73. Una madre enojada no puede dar pecho materno, le produce diarrea al bebé					
74. Guiñarle el pezón muy rápido al bebé le baja la mollera					
75. Cuando se da de mamar un pecho se hace más grande que el otro.					
76. Entre más grandes los pechos mas producción de leche.					
77. Los primeros días después del parto no hay suficiente leche					
78. los bebes necesitan agua en climas calidos					
79. Hay que lavarse los pezones cada vez que se alimenta al bebe					
Actitud del cónyuge					
80. El padre no tiene ninguna función cuando la madre está dando lactancia materna exclusiva.					
81. Le molesta que se despierte en la noche para dar lactancia materna					
82. Apoya al momento de la lactancia en la comodidad de la madre					
83. Se queja que no le presta atención por dar lactancia materna					

PRACTICAS RELACIONADO A LA LACTANCIA MATERNA

Conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible

PREGUNTAS	SI	NO
Brindo lactancia materna inmediatamente posterior al nacimiento		
Higiene materna antes de administrar lactancia materna (puede marcar más de una respuesta positiva)		
Lavarse las manos para agarrar al bebe		
Limpiarse los pechos antes de dárselos al bebé		
Cambio de ropa		
Frecuencia con que administra pecho materno		
Cada hora		
Cada tres horas		
Cada vez que él bebe lo pida		
Duración de cada alimentación		
De 10 a 15 minutos		
15 a 30 minutos		
A libre demanda		
Después de dar el pecho materno usted realiza lo siguiente:		
Lo deja dormido		
Le saca los gases		
Lo deja en la cuna		
Al estar en un lugar público usted considera que:		
No hay que darle el pecho materno al bebé, da mucha pena		
Hay que darle el pecho materno		
Si usted trabaja cuales son los pasos que realiza para amantar a su bebé		
Se saca la leche materna y la deja en un recipiente en la refrigeradora		
Se saca la leche materna y la deja en un recipiente a temperatura ambiente		
Deja indicado que le den la leche en vaso		
Deja indicado que le den la leche en pacha		
Le da otro tipo de leche		
No aplica		

Cuestionario para personas claves: (hombres, mujeres multíparas, trabajadores De la salud, brigadistas, estudiantes)

1. ¿Medio de obtención de la información?
2. ¿Qué es la lactancia materna?
3. ¿Qué es la lactancia materna exclusiva?
4. ¿Por cuánto tiempo hay que dar el pecho?
5. ¿A los cuantos meses puede iniciar a brindar alimento al niño?
6. Cada cuanto hay q darle el pecho al bebe en el dia?
7. ¿Cuántos tipos de leche materna conoce?
8. ¿Cuál es la composición de la leche materna?
9. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna en el niño?
10. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna en la madre?
11. ¿Qué mitos ha escuchado acerca de La lactancia materna?

INFORMANTES CLAVES

	Hombres	Mujeres múltiparas	Personal de salud	Brigadistas	Estudiantes
12. ¿Medio de obtención de la información?	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud • Hospital • Amigos 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares • Centros de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Charlas • Centro de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • charlas • centro de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Clases • Centro de salud • Hospitales
13. ¿Qué es la lactancia materna?	<ul style="list-style-type: none"> • Dale el pecho al bebe • alimentación del recién nacido 	<ul style="list-style-type: none"> • Darle pecho al hijo • dar de amamantar a los niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma de alimentar al recién nacido de los pechos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de alimentos al bebe del pecho materno 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso por el cual se da pecho al hijo • Brindar alimentos necesarios al bebe por medio del pecho
14. ¿Qué es la lactancia materna exclusiva?	<ul style="list-style-type: none"> • Amamantar al bebe con leche de madre • Pecho materno sin formula 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación del nacimiento. • Dar solo leche materna al hijo 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimento del pecho sin agua ni comida • Primeros 6 meses solo con leche materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación del bebe por 6 meses • Solo ofrecer pecho, nada de formula 	<ul style="list-style-type: none"> • Pecho único método de alimentación del bebe • Niño solo recibe pecho • Solo dar pecho
15. ¿Por cuánto tiempo hay que dar el pecho?	<ul style="list-style-type: none"> • 1 año • 5 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta que la mama quiera • 1 año 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 años • 1 año 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 meses • 1 año 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 años

16. ¿A los cuantos meses puede iniciar a brindar alimento al niño?	<ul style="list-style-type: none"> • A los 2 meses • A los 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • A los 4 meses • Al año 	<ul style="list-style-type: none"> • A los 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • A los 6 meses • A los 4 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • A los 6 meses
17. Cada cuanto hay q darle el pecho al bebe en el dia?	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando quiera el bebe • Cada 5 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando pida el bebe • Cada 4 horas • Tres veces al día 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada 3 horas • Cada 4 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el bebe pida 	<ul style="list-style-type: none"> • Libre demanda • Cada 3 horas
18. ¿Cuántos tipos de leche materna conoce?	<ul style="list-style-type: none"> • Natural • artificial 	<ul style="list-style-type: none"> • Materna • Leche en polvo 	<ul style="list-style-type: none"> • Calostro • De transición • madura 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Pre calostro • Calostro • Transicional • Madura
19. ¿Cuál es la composición de la leche materna?	<ul style="list-style-type: none"> • Proteínas • Vitaminas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hierro • vitaminas 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulinas • Vitaminas • Hierro • Grasa • Agua 	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamina • Hierro • proteínas 	<ul style="list-style-type: none"> • inmunoglobulinas • agua • grasa • vitaminas
20. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Crece fuerte • Evita desnutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Se enferma menos • Evita alergias 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición completa • Apego materno • Menor riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor alimentación • Brinda nutrientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo intelectual mejorado • Menos enfermedad

materna en el niño?	<ul style="list-style-type: none"> No se enferma 		de enfermarse <ul style="list-style-type: none"> Mejor vista del bebe 	necesarios	s <ul style="list-style-type: none"> Apego emocional con madre
21. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna en la madre?	<ul style="list-style-type: none"> Es mas barato Evita enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> Es económico Mejor relación con su hijo 	<ul style="list-style-type: none"> Económico Mantiene peso materno Evita hemorragias post parto planificación 	<ul style="list-style-type: none"> Económico Método anticonceptivo 	<ul style="list-style-type: none"> Económico Planificación Baja de peso Evita cáncer de mama
<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué mitos ha escuchado acerca de La lactancia materna? 	<ul style="list-style-type: none"> Se caen los pechos Comer huevo da cólicos 	<ul style="list-style-type: none"> Se caen los pechos Duelen los pezones Alimentación materna 	<ul style="list-style-type: none"> Pechos flácidos Alimentación materna El bebe tiene sed El bebe no se llena 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Pechos dolorosos pechos caidos alimentos

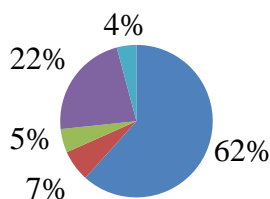
Cuadro no.1 Datos socio demográficos de mujeres puérperas, de 15 -24 años, sala de ginecología , Hospital Gaspar García Laviana, Rivas. Septiembre - diciembre, 2015.

Edad	N	%
15 - 19	17	21
20 - 24	65	79
Escolaridad		
Analfabeta	5	6
Primaria	23	28
Secundaria	42	51
Universidad	12	15
procedencia		
Rural	37	45
Urbano	45	55
ocupación		
Ama de casa	63	77
Comerciante	2	2
Estudiante	7	9
Otros	10	12
estado civil		
Casada	20	24
Soltera	16	20
Unión estable	46	56

Fuente: ENTREVISTAS

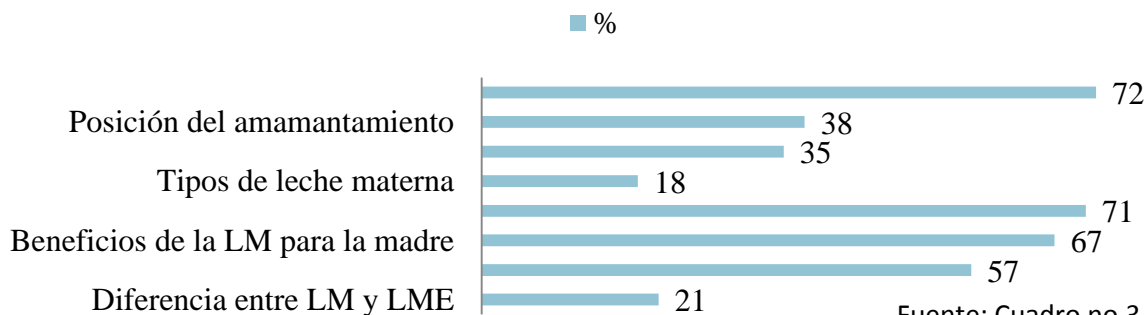
Grafica no. 1. Fuente de informacion recibida de mujeres puerperas, edades 15-24 años , hospital Gaspar Garcia Laviana , Rivas, Septiembre- Diciembre 2015

- Personal de salud
- Maestros
- Television, Radios, Revistas
- Familiares
- Cónyuge



Fuente: Cuadro no.

Grafico No. 2 Tipo de informacion recibida sobre lactancia materna de mujeres puerperas, 15-24 años, sala de Ginecologia, Hospital Gaspar Garcia Laviana, Rivas, Septiembre - Diciembre 2015



Fuente: Cuadro no.3

Grafico no. 3. Conocimiento sobre la duracion de de la lactancia materna de mujeres puerperas de 15-24 años, sala de ginecologia, Hospital Gaspar Garcia Laviana, Rivas 2015

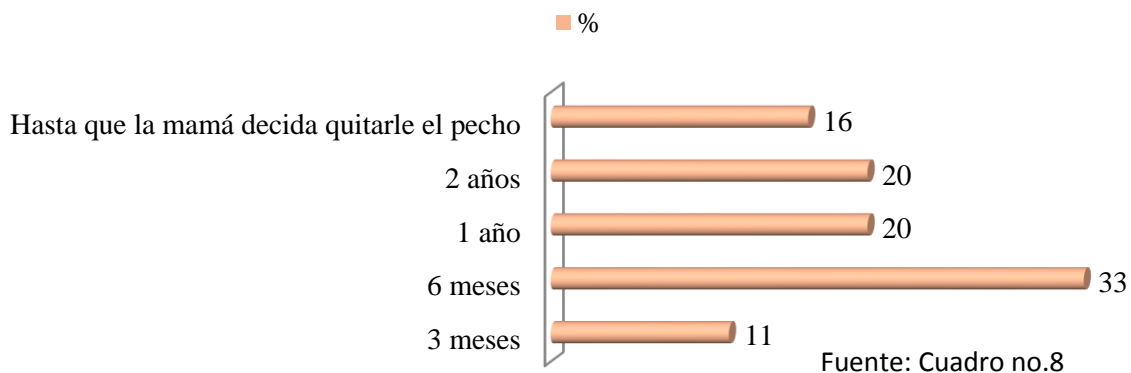


Grafico no.4 Conocimiento acerca la introduccion del alimento en mujeres puerperas,sala de Ginecologia, Hospital Gaspar Garcia Laviana, Rivas, Septiembre-Diciembre 2016

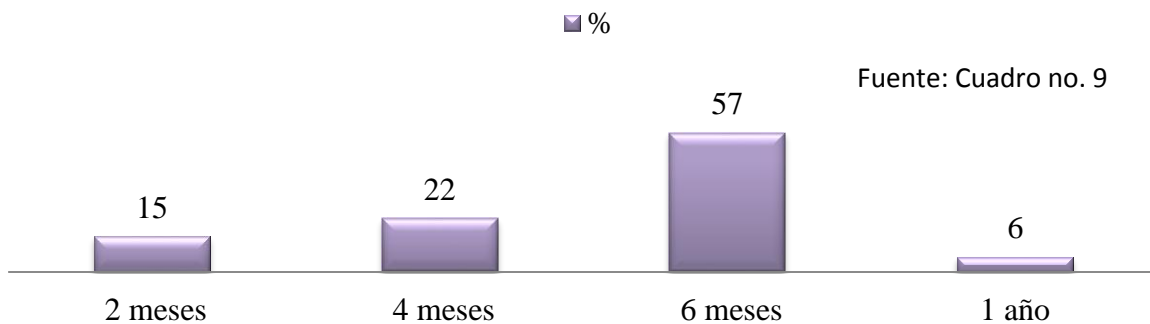
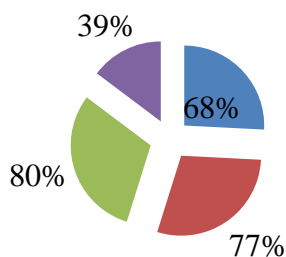


Grafico no. 5 Conocimiento acerca de la composicion de la leche, mujeres puerperas edades 15-24 años, sala de Ginecologia, Hospital Gaspar Garcia Laviana, Rivas, Septiembre- Diciembre 2015

■ proteínas ■ Vitaminas ■ Agua ■ Grasas



Fuente: Grafico no. 11

Grafico no. 6 Conocimientos acerca de los beneficios de la Lactancia Materna de mujeres Puerperas, edades 15-24 años del Hospital Gaspar Garcia Laviana, Rivas, Septiembre- Diciembre, 2015

Fuente: Cuadro no.

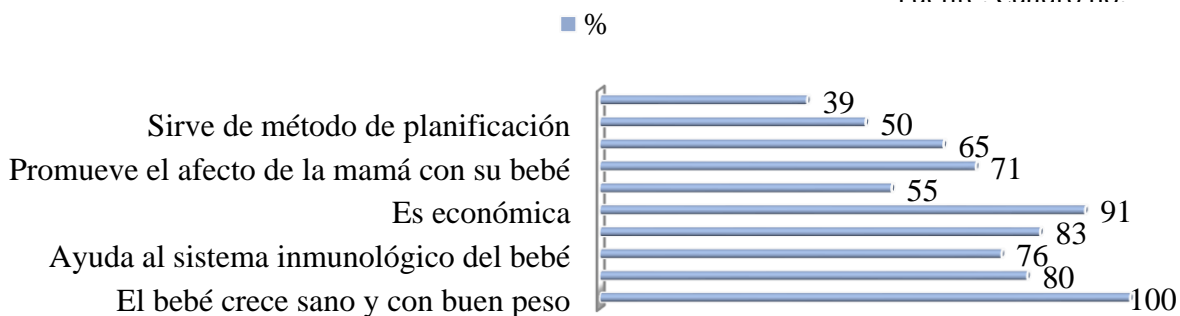
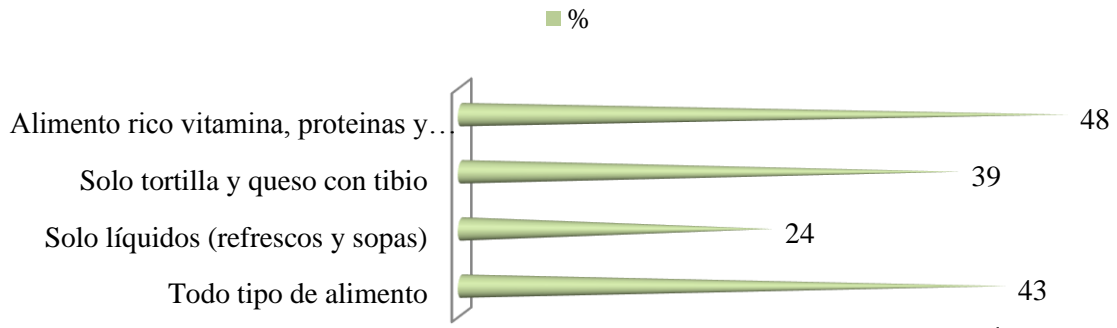
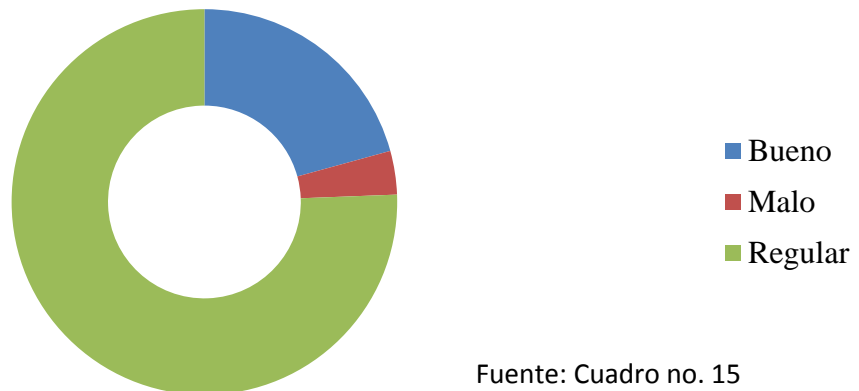


Grafico no. 7 Conocimientos acerca de la alimentacion de una mujer que da lactancia materna, mujeres puerperas edades, 25-24 años, sala de Ginecologia , Hospital Gaspar Garcia Laviana, Rivas, 2015



Fuente: Cuadro no. 14

Grafico no. 8 Nivel de Conocimiento de mujeres Puerperas edades, 15-24 años de sala de Ginecologia, Hospital Gaspar Garcia Laviana, Rivas, 2015



Fuente: Cuadro no. 15

	Desac.	%	DA	%	I	%	TA	%	TD	%
ACTITUD DE LA MADRE										
Entre menos es el nivel educativo de la madre, menor es su conocimiento	56	68	10	12	13	16	3	4	0	0
Una madre que trabaja, no puede dar el pecho materno a su bebé, por las largas horas de trabajo	53	65	18	22	9	11	2	2	0	0
Entre más veces succiona el bebé menos leche materna se produce	50	61	15	18	17	21	0	0	0	0
Con los pechos agrietados y dolorosos no es un problema el dar lactancia	53	65	18	22	9	11	2	2	0	0
No se debe dar el pecho materno porque los pechos se aguadean y se caen	57	70	14	17	10	12	0	0	1	1
Hay que darle otro tipo de alimento al bebé porque no se llenan con leche materna	39	48	34	41	9	11	0	0	0	0
La madre durante la lactancia materna debe alimentarse con tortilla, queso y pinol	40	49	26	32	15	18	1	1	0	0
Una madre enojada no puede dar pecho materno, le produce diarrea al bebé	21	26	48	59	11	13	2	2	0	0
Guiñarle el pezón muy rápido al bebé le baja la mollera	23	28	45	55	13	16	1	1	0	0
Cuando se da de mamar solo con un pecho se hace más grande que el otro	31	38	33	40	18	22	0	0	0	0
Entre más grandes los pechos mas producción de leche	45	55	27	33	10	12	0	0	0	0
Los primeros días después del parto no hay suficiente leche	18	22	47	57	16	20	1	1	0	0
Los bebes necesitan agua en climas cálidos	35	43	38	46	9	11	0	0	0	0
Hay que lavarse los pezones cada vez que se alimenta al bebé	30	37	36	44	14	17	0	0	2	2
ACTITUD DEL CONYUGE										
El padre no tiene ninguna función cuando la madre está dando lactancia	40	49	32	39	7	9	3	4	0	0
Le molesta que se despierte en la noche para dar la lactancia materna	63	77	13	16	2	2	1	1	2	2
Apoya al momento de la lactancia en la comodidad de la madre	53	65	25	30	3	4	1	1	0	0
Se queja que no le presta atención por dar lactancia materna	66	80	7	9	5	6	2	2	1	1

Cuadro no. 16. Actitud Frente a lactancia materna de mujeres puérperas, 15-24 años, Sala de Ginecología, Hospital Gaspar García Laviana Septiembre- Diciembre, 2015

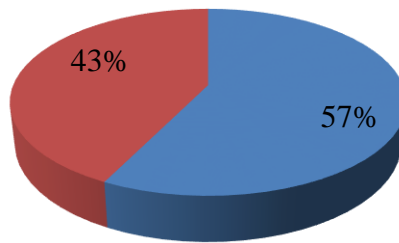
Cuadro no. 18 Practicas sobre lactancia materna de mujeres puérperas, 15-24 años, sala de Ginecología , Hospital Gaspar García Laviana, Septiembre –Diciembre, 2015

Practicas				
	No	%	si	%
Brindo lactancia materna inmediatamente posterior al nacimiento	4	5	78	95
Lavarse las manos para agarrar al bebé	0	0	82	100
Limpiarse los pechos antes de dárselos al bebé	20	24	62	76
Cambio de ropa	57	70	25	30
Después de dar el pecho materno usted le saca los gases al bebe	0	0	82	100
en lugares públicos, No hay que darle el pecho materno al bebé, da mucha pena	78	95	4	5

Fuente: Entrevistas

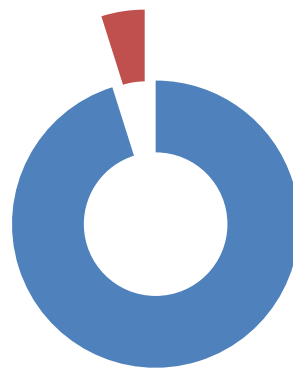
Grafico no. 9. Actitudes frente a Lactancia Materna de Mujeres Puerperas, 15-24 años de sala de Ginecología, Hospital Gaspar Garcia Laviana, Rivas 2015

■ Desfavorab ■ Favorables



Fuente: Cuadro no.17

Grafico no. 10 Practicas de mujeres Puerperas, 15-24 años sala de Ginecología del Hospital Gaspar Garcia Laviana, Rivas, 2015



■ Adecuadas
■ Inadecuada

Fuente: Cuadro 19

Cuadro no. 23. Datos socio demográficos – Nivel de conocimiento de las mujeres puérperas 15-24 años, sala de Ginecología, Hospital Gaspar García Laviana, Septiembre- Diciembre, 2015

EDAD-CONOCIMIENTO	Bueno	%	Malo	%	Regular	%	Total general	%
15 - 19	1	1	2	2	14	17	17	21
20 - 24	16	20	1	1	48	59	65	79
Total general	17	21	3	4	62	76	82	100

ESCOLARIDAD-CONOCIMIENTO	Bueno	%	Malo	%	Regular	%	Total general	%
Analfabeta	0	0	0	0	5	6	5	6
Primaria	5	6	1	1	17	21	23	28
Secundaria	4	5	2	2	36	44	42	51
Universidad	8	10	0	0	4	5	12	15
Total general	17	21	3	4	62	76	82	100

OCUPACION-CONOCIMIENTO	Bueno	%	Malo	%	Regular	%	Total general	%
Ama de casa	10	12	2	2	51	62	63	77
Comerciante	0	0	0	0	2	2	2	2
Estudiante	3	4	1	1	3	4	7	9
Otros	4	5	0	0	6	7	10	12
Total general	17	21	3	4	62	76	82	100

Fuente: Cruce de variables

Cuadro no. 24 Datos socio demográficos- Actitudes de las mujeres puérperas 15-24 años, sala de Ginecología, Hospital Gaspar García Laviana, Septiembre- Diciembre, 2015

EDAD-ACTITUD	Desfavorab	%	Favorables	%	Total general	%
15 - 19	14	17	3	4	17	21
20 - 24	33	40	32	39	65	79
Total general	47	57	35	43	82	100

ESCOLARIDAD-ACTITUD	Desfavorab	%	Favorables	%	Total general	%
Analfabeta	4	5	1	1	5	6
Primaria	16	20	7	9	23	28
Secundaria	24	29	18	22	42	51
Universidad	3	4	9	11	12	15
Total general	47	57	35	43	82	100

OCUPACION-ACTITUD	Desfavorab	%	Favorables	%	Total general	%
Ama de casa	37	45	26	32	63	77
Comerciante	2	2	0	0	2	2
Estudiante	5	6	2	2	7	9
Otros	3	4	7	9	10	12
Total general	47	57	35	43	82	100

Fuente: Cruce de variables

Cuadro no. 25 Datos socio demográficos – Practicas de las mujeres puérperas 15-24 años, sala de Ginecología, Hospital Gaspar García Laviana, Septiembre- Diciembre, 2015

EDAD- PRACTICAS	Adecuadas	%	Inadecuada	%	Total general	%
15 – 19	15	18	2	2	17	21
20 – 24	63	77	2	2	65	79
Total general	78	95	4	5	82	100

ESCOLARIDAD- PRACTICAS	Adecuadas	%	Inadecuada	%	Total general	%
Analfabeta	5	6	0	0	5	6
Primaria	20	24	3	4	23	28
Secundaria	41	50	1	1	42	51
Universidad	12	15	0	0	12	15
Total general	78	95	4	5	82	100

OCUPACION- PRACTICAS	Adecuadas	%	Inadecuada	%	Total general	%
Ama de casa	59	72	4	5	63	77
Comerciante	2	2	0	0	2	2
Estudiante	7	9	0	0	7	9
Otros	10	12	0	0	10	12
Total general	78	95	4	5	82	100

Fuente: Cruce de variables