



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**

UNAN - MANAGUA

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de Ciencias Médicas

Tesis monográfica para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres adolescente de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España del Departamento de Chinandega en el tercer trimestre del año 2015”

Autores:

Br. Martha Lissette Torres López.

Br. Nestor Antonio Gómez Arguello

Tutora:

Dra. Silvia Bove Urbina

Directora del Departamento Ciencias Pediátricas

UNAN-Managua

Managua, 13 febrero 2019

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo monográfico, el cual representa la culminación de nuestros estudios universitarios, y la clave del éxito en nuestro futuro.

A DIOS:

El creador de la vida la fuente de conocimiento y la sabiduría que nos permitió poder llegar a una culminación exitosa de esta ardua tarea.

A nuestros Padres:

Por el apoyo incondicional que nos han brindado en esta etapa importante de nuestra vida. Por el esfuerzo que han hecho para que podamos vencer barreras y llegar a ser unos verdaderos profesionales.

A nuestra Tutora:

Por su digna labor que ejerce cada día, al proporcionarme todos los conocimientos necesarios para convertirnos en una persona de éxito, útil a la sociedad.

AGRADECIMIENTO

De la manera más humilde le agradecemos infinitamente:

A Dios, nuestro padre celestial, el ser supremo, el Rey de Reyes y Señor de Señores que con su inmenso poder hizo posible la realización y culminación de mi trabajo Monográfico.

Con mucho cariño y afecto le agradezco a mi tutora:

Dra. Mayela Bove, que con su experiencia aportó sus conocimientos, nos brindó su apoyo incondicional y nos dedicó su valioso tiempo, contribuyendo con la información necesaria que facilitó cumplir con todos nuestros objetivos, llegando a culminar mi investigación.

También expreso mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas: Padres, Abuelitos, Tíos, y demás familiares, etc. Que de una u otra forma nos apoyaron con los recursos necesarios para convertir este trabajo en una realidad.

Br. Néstor Gómez

Agradecimiento

De la manera más humilde le agradezco infinitamente:

A Dios, nuestro padre celestial, el ser supremo, el Rey de Reyes y Señor de Señores que con su inmenso poder hizo posible la realización y culminación de mi trabajo Monográfico.

Con mucho cariño y afecto le agradezco a mi tutora:

Dra Mayela Bove, que con su experiencia aportó sus conocimientos, nos brindó su apoyo incondicional y nos dedicó su valioso tiempo, contribuyendo con la información necesaria que facilitó cumplir con todos nuestros objetivos, llegando a culminar mi investigación.

También expreso mis más sinceros agradecimientos a mis Padres Maria Lizzette López Parajón y Arnoldo Torres, a mis Abuelos María Amparo Parajón y Leonel Fonseca a mi Tía Dra. Virginia Fonseca por haberme ayudado de una u otra forma con los recursos necesarios para culminar mi carrera y para convertir este trabajo en una realidad y a mi Esposo Elthon Pacheco por su apoyo incondicional

Br. Martha Torres

OPINIÓN DE LA TUTORA

Cuando me solicitaron ser tutora de este trabajo, sentí alegría, porque la mayoría de veces los estudiantes desean investigar patologías que generalmente son atendidas a nivel hospitalario, y muy pocas veces problemas presentes en cotidianamente en la comunidad, la lactancia materna es un tema de vital importancia en la salud de la población.

Los resultados de la investigación realizada por los Bachilleres **Martha Lissette Torres López** y **Néstor Antonio Gómez Argüello** sobre *“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna en madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital General España del Departamento de Chinandega en el tercer trimestre del año 2015”*, son interesantes y de gran utilidad para diseñar estrategias educativas dirigidas a madres adolescentes en busca de la mejora de las prácticas en lactancia materna y de esta manera incidir positivamente en la morbilidad infantil, lo cual es un gran reto.

Martha Lissette y **Néstor Antonio** son los pioneros en la realización de un estudio sobre este tema en Chinandega, Departamento de Chinandega, como Médicos debemos fomentar las prácticas de prevención de las enfermedades y promoción de la salud para incidir positivamente en el estado de salud infantil y de esta manera garantizar una población adulta sana y económicamente activa, en este aspecto, la lactancia materna es el eje fundamental. Es un gusto poder compartir con otros profesionales los resultados de esta investigación que dará pie seguramente a otras de mayor complejidad.

Felicito a los investigadores por demostrar compromiso personal con su autoformación como Médicos, así como altos valores éticos y compromiso social, características que debe desarrollar todo Médico con elevada calidad científica.

Managua 17 de enero de 2019.

Dra. Silvia Bove Urbina
Médico Pediatra
Master en Epidemiología

RESUMEN

Se remarca la importancia de la alimentación del niño para lograr el desarrollo de su potencia óptimo, destacando que la Lactancia Materna (LM) es el alimento ideal para los lactantes en contraste al gran riesgo que implica la alimentación artificial. La LM ocupa el primer lugar entre las intervenciones preventivas para salvar vidas en menores de 5 años, esto se convierte en un pilar importante para el cumplimiento de 4^a Objetivo del Milenio en el mundo.

El objetivo del presente estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital General España del Departamento de Chinandega en el tercer trimestre del año 2015. El estudio tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, tipo CAP, la fuente de información fue primarias a través de la aplicación de una encuesta. El universo fue de 115 madres adolescente y la muestra de 50 madres de la población objeto de estudio; el muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Los principales resultados fueron los siguientes el 100% de las madres adolescentes en estudio refirieron haber recibido en algún momento información sobre LM con un nivel de conocimiento bueno, pero que pese a ello, la mayoría de las mujeres tenían una práctica mala y por ende no cumplían con al menos los 6 meses de LME

Contenido

I.	Introducción	8
II.	Antecedentes:	9
III.	Justificación.....	16
IV.	Planteamiento del problema	17
V.	Objetivos	18
VI.	Marco teórico	19
VI.I.	Características Sociodemográficas.....	19
VI.I.I	Adolescencia	19
VI.II.	Información.....	28
VI.III.	Conocimientos	28
VI.III.I	Lactancia Materna.....	29
VI.III. II	Tipos de lactancia materna	31
VI.III.III.	Componentes de la leche materna	31
VI.III.IV.	Tipos de leche materna.....	32
VI.III.V.	Funciones de la lactancia materna.....	33
VI.III.VI.	Ventajas de la lactancia materna	35
VI.III.VII	Contraindicaciones de lactancia materna	37
VI.IV.	Práctica	39
VII.IV.I	Técnicas de amamantamiento.....	39
VII.IV.II	Posturas Maternas.	42
VI.IV.II	13 pasos de lactancia materna:	43
VI.V.	Actitudes	44
VI.V.I	Mitos y tabúes sobre lactancia materna	45
VI.VI.	Encuesta a Informantes clave sobre Lactancia Materna	47
VII.	Diseño metodológico.....	52
VIII.	Aspectos éticos:.....	67
IX.	Resultados	68
X.	Discusión de resultados	72
XI.	Conclusión	78

XII.	Recomendaciones.....	79
XIII.	Bibliografía	80
XIV.	ANEXO.....	84

I. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de infecciones y reduce la mortalidad neonatal. La leche materna es el primer alimento natural de los niños, es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 a 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Leche Materna; Guía para la Lactancia Materna Exclusiva: En los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como la madre, contribuyendo al desarrollo sensorial y cognitivo del niño, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

La UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), ha elegido la Lactancia Materna, junto con la inmunización y el control de crecimiento y desarrollo, como parte de sus estrategias para reducir la mortalidad infantil en menores de cinco años, en países del tercer mundo.

Se observa un incremento de las madres adolescentes en los últimos años estableciéndose como un problema de salud en nuestro país. (IBFAN, 2017) en un llamado a la acción en lactancia materna para Nicaragua; con el fin de ratificar el compromiso, de fortalecer las estrategias y lineamientos dada la situación de prevalencia de lactancia, principalmente en grupos de riesgo como las adolescentes, enfocados en el hecho que el mensaje esencial "La lactancia materna es el mejor alimento para su bebé" así mismo como los efectos negativos del uso de productos y prácticas no fundamentadas.

II. Antecedentes:

A nivel Internacional:

Liliana G-A; Carlos D.R (2010). "Factores asociados con la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes en Madres Adolescentes". Revista de Salud Pública, Medellín: Se realizó un estudio de casos y controles con 323 madres adolescentes, 197 casos y 126 controles del programa "Estrategia Buen comienzo Había Una Vez" como evaluación de dicha intervención. Como resultados el 27,9% de las madres adolescentes lograron lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, con una media de edad de 17.56 años. En el análisis se observó que recibir educación después del nacimiento del niño y pertenecer a una familia nuclear están asociados a una mayor duración de la lactancia materna.

Donde el promedio de abandono de lactancia exclusiva fue de 2.4 meses, en contraste con adolescentes que proviene de familia extensa o disfuncional el promedio de abandono de lactancia es del 1.2 meses. Siendo causas principales: no tenía suficiente leche (24.2%), le dio sed al niño (14.0%), no lo le sustenta o gusta (23.0%) no le baja la leche (6.7%) y tenían que estudiar (3.9%). De ahí que la duración de la lactancia materna exclusiva puede extenderse haciendo énfasis en el tipo de educación y la creación continua de programas destinados a fortalecer la lactancia materna.

En el año 2013 Chile realizó un informe técnico Encuesta Nacional de la lactancia primaria en Atención primaria en el que se encontró que la baja escolaridad de la madre presenta una asociación positiva para lograr la lactancia materna exclusiva hasta los 6 o más meses, en efecto, el 57% de las mamás con educación básica y media lograron la lactancia materna exclusiva a los 6 meses en contraste con el 53,8% de logro de las mamás con educación superior. Asimismo, la mayor edad de la madre también tiene una asociación positiva para la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, siendo significativamente más alta en los grupos de 25 y más años en comparación con el grupo de 24 años y menos (59,1% versus 52,4%), siendo el grupo que más logra la lactancia el de mujeres entre 31 y 35 años con 60,3%.

La ocupación de la madre también es una variable que modifica la lactancia, en efecto, las mujeres que aún estudian lactan significativamente menos (46,6%) que las mujeres que trabajan (53,1%) o que son dueñas de casas (59,2%).

Esta encuesta constituye un hito para la salud pública del país, puesto que es la primera vez que se realiza una encuesta exclusiva de lactancia materna luego de implementada la ley de posnatal. Esta primera versión se llevó a cabo entre los meses de agosto y octubre de 2013 en los Centros de Salud (CES) y los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

Lilliam M.A. Ureña. C.M (2018). "Duración de la Lactancia Materna Exclusiva en comunidades rurales y urbanas de Costa Rica 2018". Población y salud en Mesoamérica: Realizó un estudio descriptivo transversal sobre el inicio y duración de la lactancia materna en menores de 5 años. Cuya muestra fue constituida por 92 madres, 39 niñas y 64 niños, realizando una visita domiciliar y formulario nutricional. Dentro de los resultados: el 83.5% del total de niños tomó leche materna en las primeras 2 horas posterior al parto, aumentando a 94,2% pasado ese tiempo, siendo la zona rural la que presenta mayor proporción de casos.

La duración promedio de lactancia materna exclusiva en los niños es de 4 meses con un rango que oscila desde los 0 a los 8 meses de vida.

A pesar que no existe diferencias estadísticamente significativas según lugar de residencia; se observa que en las comunidades rurales es donde los niños reciben por más tiempo lactancia materna exclusiva, sin embargo se observó que solo el 42,7% de los niños llegan a ser alimentados hasta los seis meses de vida con leche materna exclusiva, siendo la zona urbana (43,1%) la que presenta la mayor proporción en relación a la zona rural (42,2%).

A nivel nacional encontramos:

Espinoza E. (2009), "Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva de las pacientes ingresadas en la Sala de Maternidad", Hospital Santiago de Jinotepe: Se encontró que el 54.3% de las participantes tenían entre 15-24 años, el 63.4% procedía del área urbana. En cuanto a conocimientos sobre lactancia materna, las mujeres menores de 15 años tenían un conocimiento regular (el 100% de este grupo), las de 15-24 años conocimiento regular (60% de este grupo).

Maradiaga A, Medrano Y. (2010) CAP de Lactancia Materna Exclusiva en sala de Maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe; Carazo: Con respecto a mitos, el 33.7% estaba de acuerdo con que la leche de una madre enojada le hace daño al bebe, el 39.4% estaba de acuerdo que cuando el bebé está enfermo se debe suspender el pecho, el 30.3% estaba en desacuerdo con que la primera leche que sale del pecho hay que botarla. Sobre las Prácticas, las más utilizadas fueron 2 posiciones (cuna y cruzada) con el 45.7%.

En diciembre del 2011, un estudio el cual abordo el nivel de conocimiento actitudes y prácticas en lactancia Materna que presentaban las madres en niños menores de 6 meses que asistieron a la consulta externa del servicio de Pediatría de HMADB, el 81% de las mujeres refirió verdadero que la lactancia materna contribuye a la salud física y emocional del niño, el 76% se le recomendó realizar destete en el 2 año de vida, el 71% pensó que se le debe de dar pecho exclusivo a su bebe sin ninguna otra lecha, este grupo de madre que asistieron a la consulta externa presentaron una buena actitud en la promoción de la lactancia materna y en su mayoría una buena práctica sobre la Lactancia Materna Exclusiva. (Hernández, 2011)

En Junio-Agosto 2012 se hizo un estudio tipo CAP sobre lactancia materna en adolescente púérperas del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada en San Carlos Rio San Juan, el 39% de las adolescente tenían ente 16-17 años, el 60% proveniente del sector rural, con 61% de escolaridad primaria, donde el 36% soltera, 66% ama de casa, 55% de las adolescente entrevistadas desconocían sobre lactancia materna, 74% conocían que el niño por instinto deban amamantarse a libre demanda, se llegó el 60% ninguna tenían conocimiento, en un 75% referían que entre más le daban de amamantar a su bebé le permitía producir más leche, y que previene que el niño se enferme más. (Bonilla Marvin Agosto 2012)

Malespín N.V (20013) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud; ENDESA 2011/12: Se observa que existe descenso de poco impacto en ciertos indicadores demográficas relacionados a los análisis previos (ENDESA 2007), 0.5% en la tasa de fecundidad deseada, un 0.4% de mujeres actualmente embarazadas de 15-19 años, agregando una mínima baja

del 0.6% de adolescentes al momento de su primera relación sexual. Así mismo el número de mujeres adolescentes que alguna vez han estado embarazadas disminuyó en 1.5%.

En los últimos 5 años no hay cambios significativos ni de impacto por lo cual la lactancia materna en la adolescencia y su abordaje es tan importante.

Dávila Hernández (2013). En Octubre-Noviembre 2013, Conocimientos Actitudes y Practicas sobre la lactancia materna exclusiva en mujeres que asisten a su control puerperal en edades de 15 a 49 años en el Centro de Salud Pedro Altamirano. Managua: Se hizo un estudio tipo CAP, donde de las mujeres en general el 90.1% presenta una actitud favorable ante la lactancia materna exclusiva, solo el 33,3% está dando una lactancia materna exclusiva, y de esta el 51.9% tiene una buena práctica. (Dávila Hernández 2013).

Lactancia Materna en Nicaragua

INIDE. MINSA. (2013) informe Preliminar. Encuesta nicaragüense de demografía y salud (2011/12) Lactancia: iniciación, duración e intensidad.

Por diversas razones sociales, económicas y culturales, la práctica de la lactancia materna ha disminuido en América Latina y el Caribe. Entre estas razones se encuentran la adopción de nuevos modos de vida que no propician el acercamiento de la madre con el recién nacido, la utilización de agua glucosada o leche de fórmulas y de pajas o biberones. También las políticas y actitudes de los servicios de salud han contribuido a esto, encontrándose obstáculos desde la ubicación física de las salas de maternidad, la organización de los correspondientes servicios y hasta en las actitudes del personal de salud.

El Ministerio de Salud de Nicaragua promueve la lactancia materna exclusiva desde la primera media hora después del parto, además de darle pecho al niño cada vez que lo pida, continuar la lactancia exclusiva hasta los seis meses y combinarla con alimentación complementaria hasta los dos años.

Iniciación de la Lactancia

Un poco más de la mitad (54%) de los niños comienzan a ser amamantados en la primera hora. Tanto en el área urbana como en la rural la tasa descendió, pero su descenso fue mayor en el área urbana de 74 a 47%. Con relación al nivel de instrucción, se observan los niveles más bajos de amamantamiento temprano entre los hijos de las mujeres con educación secundaria y superior.

Dentro de los mitos, se encuentra que las mamás prefieren dar a los niños leche de fórmula, miel o glucosada antes de amamantarlos, ya que creen que el calostro no es bueno. Un 81% de los niños recibió la leche materna el primer día de nacido, el resto de los niños los amamantaron después de las 24 horas de nacido.

Lactancia por Edad del Niño

La lactancia se tiende a abandonar pronto. El 6% de los niños no lactaron desde el nacimiento, al llegar a los 3 meses de vida el 15% de niños no está lactando exclusivamente, al llegar con proximidad de los 5 meses de edad no hay lactancia en el 60%. La lactancia materna exclusiva es del 42.5% en los menores de 3 meses; reduciendo en 2.5% al informe ENDESA 2007; y disminuye un 10.8% al llegar a los 5 meses de vida. La lactancia no materna es relativamente alta 39.7% en los primeros 3 meses de edad, se observa una disminución del 7.9% sin embargo aquí se ve aumento del 17.4% del uso de suplementos (puré y sólidos). Es decir que el 22.5% de los niños al llegar a los 5 meses no lactan exclusivamente ni sucedáneos de la leche materna.

Más de la mitad de los menores de 5 meses (62.4%) recibe lactancia materna predominante (lactancia materna, leche materna más agua, leche materna más agua y jugos), menos de un tercio reciben lactancia materna; y el 13.2 % materna más agua y/o más agua y jugos; al 31.8% le dan leche no materna y 17.4% de los niños lactan con complemento alimentario.

La situación de la lactancia materna exclusiva ha disminuido entre los niños de 0 a 3 meses con respecto a la estadística del 2006 (42% vs 34%), el patrón de lactancia ha disminuido dado el aumento de alimentos sólidos a partir de los 5 meses; no así hasta los 3 meses de

vida donde la lactancia materna exclusiva es casi total, solo el 4.1% agrega agua o alimento solido/puré.

La situación de la lactancia materna exclusiva ha disminuido entre los niños de 2 a 3 meses con respecto la estadística del 2001 (34 vs 28%), el patrón de lactancia se ha mantenido en el 41% de los niños de 20 a 23 meses seguía lactando.

INIDE. MINSA. (2013) informe Preliminar. Encuesta nicaragüense de demografía y salud (2011/12) *Duración e Intensidad de la Lactancia.*

Duración de la Lactancia

La duración promedio de la lactancia total en niños menores de tres años es de 18.3 meses y la exclusiva de 0.5 meses. Lo que en su mayoría es influenciado por la incorporación a la fuerza de trabajo de la mujer urbana, que enfrenta más obstáculos para amamantar por largo tiempo; así como la creciente conducta de alimentar a base de alimentos sólidos a partir de los 5 meses de vida, y en menoría el uso de sucedáneos de leche materna (costo, creencias y mitos, economía, núcleo familiar y número de hijos).

Intensidad de la Lactancia

La lactancia en niños menores de 6 meses disminuyó a la mitad (46%) en relación a estadísticas pasadas siendo este porcentaje bastante similar por sexo. En el área urbana el 44% de los bebés son amamantados con esta frecuencia (6 veces o más) y se eleva en la rural a 48 por ciento.

En los primeros meses de vida, la actividad del recién nacido es mayor por las noches, por lo que la demanda de pecho es superior, a medida que el niño crece. Entre la 4ª y 8ª semanas la actividad cambia y su demanda es mayor durante el día. En promedio a los niños menores de 6 meses se les daba más frecuentemente de mamar durante el día que durante la noche (5 contra 4.5 veces).

Tanto de día como de noche, en promedio se les da más veces de mamar a los niños que a las niñas; y en ambos sexos la diferencia entre el día y la noche es de menos de una

mamada, tanto para las niñas como para los niños. Las mujeres con los niveles de educación más bajos y hasta sin nivel educativo formal dan más veces de mamar que aquellas mujeres con educación secundaria o superior. En estos mismos grupos de mujeres (niveles más bajos de educación) se presentan las mayores diferencias entre el día y la noche (menos de una mamada) y las de instrucción superior tienen promedios muy similares de día o de noche.

El promedio de veces que las madres dan de mamar a los niños en el día en la zona rural es superior que en la urbana (5.4 y 4.5 veces, respectivamente). En la zona rural se les da, en promedio, 0.7 veces más de mamar durante el día que durante la noche.

III. Justificación

Cada año, nacen 13 millones de bebés de madres adolescentes de entre 15 a 19 años de edad, lo que representa más del 10% de los nacimientos totales en el mundo. Nicaragua, sigue siendo el segundo país de América Latina con la tasa más elevada de embarazos adolescente (una cifra de 93 adolescentes de edad comprendida entre 15-19 años por cada 1000 nacimientos), únicamente superado por República Dominicana según el informe Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe, presentado en el mes de marzo del 2018 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2010).

Los embarazos adolescentes se relacionan con un índice de mayor mortalidad durante el primer año de vida, sumado a esto, la práctica de la lactancia materna ha disminuido en las madres adolescentes, la mayoría no logra llegar a los 6 meses de vida de los lactantes.

El presente estudio se realizó con el fin de conocer la situación de las madres adolescentes en lo que respecta a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna, ya que el fomentar la lactancia es una de las herramientas más útiles y de más bajo costo que se puede utilizar a nivel local, logrando que madres e hijos se beneficien de la lactancia materna como el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo biológico, así como el fortalecimiento de los lazos afectivos del binomio, la familia y la sociedad.

Dado que en la actualidad es muy difícil llevar a cabo lactancia exclusiva, por costumbres y prácticas como los biberones/pachas, la necesidad de trabajar o bien la falta de información y educación desde el embarazo, así como la influencia de las abuelas y demás familiares sobre como amamantar y alimentar al recién nacido, de aquí la necesidad de investigar el conocimiento y practicas domésticas, para desarrollar estrategias y maneras de educar a la madre adolescente y su entorno (abuelas, suegras, parteras, vecinos, curanderos, enfermeras y médicos durante los VPCD), para erradicar el uso de sustitutos de lactancia, alimentación a temprana edad, separación de vínculos afectivos y desapego que perjudiquen e influyan negativamente en el desarrollo futuro de los niños y niñas en este país.

IV. Planteamiento del problema

El comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres entre 15-19 años es una temática que reviste de especial atención debido a las elevadas tasas de fecundidad que se han mostrado en los diferentes períodos, que las expone a una mayor vulnerabilidad social, emocional y de salud que a otras madres.

La tasa de fecundidad adolescente ha experimentado una disminución de 13 por ciento en los últimos 6 años al pasar de una tasa específica de 106 según la Encuesta de Salud Familiar del año 2006/07 a otra de 92 en la ENDESA 20011/12 sin embargo ha disminuido con menor intensidad que la de otros grupos quinquenales de edad dentro del grupo de mujeres en edad fértil.

Ya que la fecundidad adolescente se ha mantenido elevada, se necesita conocer la manera en que éstas están preparadas para conducir una adecuada crianza de sus hijos, partiendo de la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida del niño. Por lo tanto nos planteamos lo siguiente:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres adolescente de niños atendidos en el Hospital General España del Departamento de Chinandega en el tercer trimestre del año 2015?

V. Objetivos

Objetivo General:

Determinar los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres adolescente de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España del Departamento de Chinandega en el tercer trimestre del año 2015.

Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población estudiada.
- Valorar las formas de información sobre Lactancia Materna a las que tienen acceso las madres adolescentes.
- Evaluar los conocimientos sobre lactancia materna de las madres adolescentes en estudio.
- Calificar las actitudes de las madres adolescentes hacia la lactancia materna.
- Describir las prácticas en lactancia materna de las madres adolescentes en estudio.

VI. Marco teórico

VI.I. Características Sociodemográficas

Las características sociodemográficas son el conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles, en estas encontramos:

- Edad: es el tiempo transcurrido del nacimiento al momento de la encuesta
- Estado civil: Clase o condición de una persona en el orden social
- Procedencia: es la localidad donde habita la persona actualmente
- Escolaridad: es el nivel de educación alcanzado por la persona al momento del estudio
- Ocupación: es el labor que desempeña el paciente
- Religión: es el grupo de creencias y fe que tiene la persona entrevistada.

VI.I.I Adolescencia

Definición

Martínez R. Cuevas A. (2005). Etapa Adolescencia. La Salud del Niño y Adolescente México: Manual Moderno: Es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

La adolescencia es el período del desarrollo comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele iniciarse entre los 10 y los 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y se prolonga hasta la edad de 18 a 20 años, con la adquisición de la forma adulta completamente desarrollada. Durante este período el sujeto sufre profundos cambios desde el punto de vista físico, psicológico, emocional y de la configuración de su personalidad.

Etapas de la adolescencia

Needlman R.D. (2004) Adolescencia. Nelson Tratado de Pediatría. La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos precoz, medio y tardío, cada uno de los cuales posee características biológicas, psicológicas y sociales destacadas.

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

La adolescencia temprana suele ocurrir entre los 10 y 13 años de vida. En esta, el crecimiento y desarrollo físico posee un efecto inquietante en el individuo: el adolescente se muestra muy ansioso, torpe y con necesidad de actividades físicas. Las percepciones que tiene su cuerpo chocan contra las normas idealizadas de su apariencia física y destreza. Para la joven, la menstruación puede representar temores e incertidumbres. Su área cognoscitiva cambia de poseer un pensamiento formal a ser crítico y posteriormente reflexivo y con pensamientos abstractos. El interés sexual suele ser mayor que la actividad sexual (Needlman, 2004). El área social de la adolescencia temprana requiere de auto identificarse con personas fuera del hogar que por lo general son amigos de la misma edad, busca aumentar su independencia de la familia.

Adolescencia media (14 a 16 años)

En la adolescencia media, el cuerpo va alcanzando su forma adulta. Va integrando progresivamente los cambios físicos vividos, aunque a veces requiere apoyo de otros. Su pensamiento puede parecer egocéntrico por el interés que le da a sus cambios físicos, pero además tiene la capacidad de formar hipótesis fuera de la realidad observable, su pensamiento se vuelve más abstracto.

Su conducta afectiva se orienta hacia la heterosexualidad, aunque no precisamente se concreta. Es la época del amor romántico, sueña con el amor perfecto.

Su aspecto social, sobre todo en el hogar, se torna rebelde, debido a que lucha por su propio espacio y su propio tiempo, sin embargo existe un apego mayor con la generación del honor y la lealtad (Martínez et al, 2005).

Adolescencia tardía (17 hasta los 20 años)

Por último, la adolescencia tardía, etapa que transcurre desde los 17 años hasta el momento en que cumple los 20 años, es una etapa en que el crecimiento se ha estabilizado y se logra cierto equilibrio entre lo físico y el resto de las áreas. Se ha logrado un equilibrio de las constantes variaciones del YO personal con la formación de una identidad. Asimismo, el individuo logra una capacidad para pensar, crear y descubrir. El equilibrio de sus funciones mentales permite cierta autonomía emocional. El impulso sexual encuentra su objetivo en esta etapa que es la de formar pareja. Su rebeldía disminuye, debido a que alcanzó cierta autonomía y respeto lo que le ayuda a adaptarse a su nuevo rol de adulto y a poseer una actitud crítica frente a los problemas que se le presenten (Martínez et al, 2005).

Situación de las madres adolescentes en Nicaragua

INIDE. MINSA. (2013) informe Preliminar. Encuesta nicaragüense de demografía y salud (2011/12) Fecundidad y maternidad adolescente.

El comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres entre 15-19 años es de especial atención debido a las elevadas tasas de fecundidad que se han mostrado en los diferentes períodos y estudios demográficos previos (ENDESA 2007), siendo las madres jóvenes expuestas a una mayor vulnerabilidad social, emocional y de salud que a otras madres.

La tasa de fecundidad adolescente ha experimentado un descenso mínimo del 6% en los últimos 5 años, es decir que disminuye con menor intensidad que la de otros grupos quinquenales de edad correspondientes al grupo de mujeres en edad fértil.

Existen diferenciales de la fecundidad entre los 15-19 años según área de residencia, región geográfica, quintil de bienestar y nivel educativo. Se alcanzan las tasas más altas de fecundidad (6.8%, ENDESA 2011/12) en adolescente en el área rural, la región del Atlántico, las del quintil económico más bajo y las mujeres adolescentes sin ningún nivel de educación. Las mayores brechas en la fecundidad adolescente se observan en los grupos extremos según condición económica y nivel educativo alcanzado.

Los departamentos de Río San Juan, Jinotega, Nueva Segovia, Matagalpa, Masaya, la RAAN y la RAAS poseen los mayores porcentajes de madres adolescentes.

El porcentaje de madres adolescentes aumenta conforme la edad pasando de 3% por ciento cuando se tienen quince años por cada año hasta los diecinueve años de edad, comportamiento que ha tenido variación mínima de respecto a la ENDESA 2007.

El 24% de las adolescentes se encuentran en unión conyugal estando más expuestas al riesgo de un embarazo precoz. De estas adolescentes el 18.3% ya ha tenido al menos un hijo nacido vivo, 5% está esperando, 1.1% estuvo embarazada pero no nacido).

El 24% de las adolescentes se encuentran en unión conyugal estando más expuestas al riesgo de un embarazo precoz. De estas adolescentes el 55% ya ha tenido al menos un hijo nacido vivo.

Madre adolescente

Embarazo en la adolescencia

Es importante conocer las características de las etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para así interpretar actitudes y comprender a las adolescentes especialmente durante un embarazo.

Issler J. (2008) Embarazo en la Adolescencia. IPAS Centroamérica; Biblioteca Virtual: Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en la adolescencia.

El comportamiento sexual es clasificado según las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a. Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b. Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- c. Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- d. Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Factores Predisponentes

- Menarca temprana: le otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola.

- Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
- Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Fantasías de esterilidad: inicio de relaciones sexuales sin cuidados.
- Falta o distorsión de la información: común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.
- Factores socioculturales: La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
- Menor temor a enfermedades venéreas.

Factores determinantes:

- Relaciones Sin Anticoncepción.
- Abuso sexual.
- Violación.

Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes

La adolescencia de las adolescentes embarazadas

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenado ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

Issler J. (2008) Embarazo en la Adolescencia. IPAS Centroamérica; Biblioteca Virtual: El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

Actitudes de la madre adolescente hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de

su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

Consecuencias para la madre adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

Dificultad para el vínculo con el hijo

Las madres adolescentes tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.

Otra dificultad es que priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo. También toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hacen los que ellas quieren en el momento que quieren. Por lo tanto pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

VI.II. Información

Son aquellos medios, que sirven para enviar mensajes, que van dirigidos a una gran cantidad de público, y que, pueden atravesar grandes distancias en un mínimo de tiempo. Con este tipo de medios, el receptor pierde su carácter de receptor “individual” pasando a llamarse “receptor colectivo”.

Fuentes de medios de información:

- Maestros
- Amigos
- Familia
- Radio
- TV
- Película
- Libros
- Revistas
- Periódicos
- Folletos
- Internet
- Personal de Salud
- Líderes
- Religiosos

VI.III. Conocimientos

Debe definirse como los niveles de información que un individuo tiene acerca de una materia e implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada.

Corresponde en sí a una de las facultades sensoriales del hombre. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. Es de esta manera que el conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas. (Manual de Encuestas CACP-OMS)

Es importante que toda madre tenga al menos los conocimientos básicos de LM, como son saber sus conceptos, beneficios, tiempo de inicio, duración, contraindicaciones, el estímulo principal para la producción de leche materna, intervalo de tiempo en que debe de amamantarse al niño, aseo de los pezones de la madre, tiempo en que se debe dar de mamar en un solo seno, diferencias entre la leche materna y la leche de fórmula, y los mitos y creencias de lactancia materna.

VI.III.I Lactancia Materna

La lactancia materna es el proceso por el que el niño recién nacido es alimentado por su madre a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto y debería ser, para los bebés, el principal alimento. Según la organización mundial de la salud, recomienda que durante los seis primeros meses de vida los bebés deben ser alimentados exclusivamente con leche materna, para lograr el desarrollo, la salud y el crecimiento óptimos.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2012. Leche Materna: "La leche materna es el alimento natural producido por las madres, cuyo propósito primordial es su uso para la alimentación o para amamantar al recién nacido".

American Academic of Pediatrics (2014). Guías para la Lactancia Materna Exclusiva: "La leche materna provee nutrientes específicos que el niño necesita y también favorece a la creación de un vínculo afectivo del bebé con su madre. Los elementos funcionales de la leche materna, la fuente de nutrientes y el vínculo que se genera, constituyen un pilar fundamental del desarrollo y crecimiento físico y emocional del niño a futuro".

Definición

Anderson K.N. (2007), Diccionario de Medicina Océano Mosby. Editorial Océano: Existen varias definiciones de lactancia, entre ellas están que es el proceso de síntesis y secreción de leche de la mama para la alimentación del niño, alimentación natural del lactante que mama del pecho materno; constituye el método ideal. Se inicia la primera toma inmediatamente después del parto, y después a intervalos de dos a tres horas, según las necesidades del niño, de modo que al principio mamará de ocho a diez veces y más adelante de cinco a seis veces en el transcurso de 24 horas, y otros que es amamantar o criar, dar leche a un niño de la mamá.

Epidemiología

Casi todos los niños han lactado alguna vez, la lactancia continúa siendo una práctica generalizada en el país, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar 91 (ENDES 91), un promedio de 97.6% de niños han lactado alguna vez, según ENDES 96 es de 97%. Este porcentaje es casi el mismo por sexo del niño, el área de residencia, el nivel educativo de la madre, el lugar del parto o si recibió atención durante el parto. Es decir la prevalencia de lactancia materna en nuestro país es muy alta.

Un 44% de los niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido y esa proporción sube al 75% dentro del primer día de vida.

La proporción de niños que lactaron dentro de la primera hora es mayor entre los niños de madres que recibieron asistencia por personal de salud (45%) y entre aquellos que fueron atendidos en servicios de salud (45%), respecto a los niños de madres que no recibieron asistencia por personal de salud (41%) o entre aquellos que nacieron en su casa (42%).

El 97,29% de los niños y las niñas recibió leche materna en algún momento entre los 0 y los 35 meses de edad, aunque solo el 21,8% gozó de lactancia materna exclusiva al menos hasta los seis meses de edad, en cumplimiento del derecho de lactancia materna exclusiva recomendado por la OMS. Solo el 4,74% de los niños y las niñas que se les continuó el seguimiento en VPCD recibió calostro y el 81,64% tuvo contacto piel a piel durante las primeras 24 horas de vida. La edad promedio de ablactación fue de 8,70 y 10,95 meses para los menores que habían dejado de mamar y los que continuaban mamando, respectivamente, al momento de la encuesta. La mediana estimada para el conjunto fue de 14,7 meses. Con respecto a algunos de los indicadores de la OMS, los valores obtenidos fueron 95,5% para inicio temprano de la lactancia materna, 53,1% para lactancia materna exclusiva antes de los seis meses, 67,1% para lactancia materna continua hasta el año de vida.

VI.III. II Tipos de lactancia materna

La OMS recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, hasta los 2 años o más, los lactantes deben seguir con la lactancia materna, complementada con otros alimentos nutritivos.

Con el propósito de realizar una práctica adecuada de la lactancia materna, se han propuesto las siguientes definiciones (Romero et al, p601):

- *Lactancia materna exclusiva*: Es cuando ningún otro alimento es ofrecido, sea sólido o líquido, únicamente leche materna.
- *Lactancia materna mixta*: Cuando se ofrece al menos un biberón con algún sucedáneo de la leche materna, sea de origen lácteo o de otro tipo.

VI.III.III. Componentes de la leche materna

Temboury M.C. (2004). Lactancia Materna: Guía para Profesionales. Asociación Española de Pediatría. “La composición de la leche de cada especie es diferente y está adaptada a las necesidades de sus crías. La leche humana no es sólo un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo (modificando su composición y volumen) y que facilita su adaptación a la vida extrauterina. Tiene una gran complejidad biológica, ya que está compuesta por nutrientes, sustancias inmunológicas, hormonas, enzimas, factores de crecimiento, etc. Es capaz también de adaptarse a las diferentes circunstancias de la madre”.

Los componentes de la leche humana son:

- | | | |
|----------------------|----------------------|--------------------|
| • Agua | • Aminoácidos | • Lactoferrina |
| • Lactosa | • Proteínas totales | • IgA |
| • Nitrógeno | • Caseína | • Grasas totales |
| • Nitrógeno proteico | • Alfa lactoalbúmina | • Ácido linoleico |
| | | • Ácido linolénico |

- C20 y 22 poliinsaturados
- Colesterol
- Vitamina A
- Betacaroteno
- Vitamina D
- Vitamina E
- Vitamina K
- Tiamina
- Vitamina B6
- Vitamina B12
- Ácido ascórbico
- Calcio
- Magnesio
- Sodio
- Potasio
- Cloro
- Fósforo
- Cobre
- Yodo
- Hierro
- Zinc

VI.III.IV. Tipos de leche materna

Vásquez E.M.; Santos M.I. Nutrición, metabolismo y trastornos nutricionales: Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son calostro, leche de transición, leche madura y leche del pre término.

Calostro.

Su producción se inicia con el apego precoz y permanece durante los 4-7 días posparto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen, facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. La principal inmunoglobulina que se transmite al niño con el calostro es la IgA, el escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión-deglución-respiración.

Leche de transición. Es la leche que se produce entre el 4 y 15 día postparto. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche (subida de la leche), que sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de 600- 700 ml día entre los 15 y 30 días postparto. Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura.

Leche madura. La leche madura tiene una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto. La proporción proteínas del suero/ caseína

es de 80/20 en el calostro, mientras que en la leche madura de 60/40. Cuando la lactancia involuciona pasa por una fase calostrual antes de desaparecer la secreción de leche.

Leche del pretérmino. Las madres que tienen un parto pretérmino, producen durante un mes una leche de composición diferente, que se adapta a las características especiales del prematuro. Esta leche tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico, contienen un mayor número de sustancias que aportan a las defensas necesarias para las infecciones que se presentan en el recién nacido principalmente la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal, en comparación con la leche del niño a término.

Los niveles de minerales son parecidos a los del término, así como las concentraciones de vitaminas del grupo B. Sin embargo, los niveles de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA son superiores en la leche del prematuro. Esta es más pobre en lactosa y vitamina C que la leche madura del término.

VI.III.V. Funciones de la lactancia materna

La leche materna es la fuente perfecta de nutrición para los bebés, ya que contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasas. Igualmente, suministra enzimas digestivas, minerales, vitaminas y hormonas que requieren los bebés, también contiene valiosos anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a resistir las infecciones por lo que debe ser considerada "la primera vacuna" que recibe el niño y que es capaz de protegerlo de un elevado número de infecciones frecuentes, que amenazan a éste durante el primer año de vida. La leche materna contiene gran cantidad de componentes inmunológicos tanto humorales como celulares que conforman su función protectora contra virus, bacterias y parásitos.

Temboury M.C. (2004), Inicio de la Lactancia en la Maternidad: Las funciones de la leche materna podemos dividir las según su composición, tenemos así que:

- Las proteínas de la leche humana son una fuente importante de aminoácidos necesarios para el rápido crecimiento del lactante. Pero además, muchas de ellas son

funcionales, es decir, facilitan la digestión o absorción de nutrientes, maduran el sistema inmune, defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo del intestino.

- La lipasa estimulada por las sales biliares ayuda a la digestión de los lípidos (30-40% en recién nacidos), particularmente en pretérminos.
- Amilasa: compensa la baja amilasa pancreática y salivar del recién nacido, es estable a PH ácido y a la degradación por pepsina, y colabora en la digestión de los carbohidratos complejos.
- Alfa-1-antitripsina: inhibidor de las proteasas, evita la degradación de la lactoferrina y otras proteínas funcionales.
- Lactoferrina: facilita la captación del hierro por las células intestinales.
- Inmunoglobulinas: la más importante es la IgA secretora. La inmunidad de la madre contra algunos patógenos se transfiere al niño a través de la IgAs (eje entero-mamario).
- Lactoferrina: también muestra una intensa capacidad bactericida frente a ciertos patógenos.
- Lisozima: degrada la pared bacteriana de los gram positivos. Bactericida contra gram negativos actuando sinérgicamente con la lactoferrina.
- Estímulo de la flora intestinal beneficiosa: la flora intestinal de los niños alimentados al pecho es diferente de los alimentados con lactancia artificial, en la que predominan bacterias potencialmente patógenas.
- Las citocinas: la leche humana contiene varias citocinas como la interleukina 1beta, IL6, IL8, IL10, TNFalfa y TGF-beta, todas con papel inmunomodulador, la mayoría son antiinflamatorias y disminuyen los efectos perjudiciales de la infección.
- Factores de crecimiento: la IGF-1 y el factor de crecimiento epidérmico (EGF) se encuentran en la leche humana. Estimulan el crecimiento y maduración del tracto gastrointestinal.
- Algunos oligosacáridos se adhieren a los receptores de las células de las membranas de faringe y tubo digestivo, impidiendo la adherencia de ciertas bacterias patógenas.
- Los gangliósidos contribuyen en las defensas ligando las toxinas bacterianas. La colina es un constituyente esencial de la membrana fosfolípida y un neurotransmisor.

- El zinc es esencial para la estructura y funcionamiento de las enzimas, para el crecimiento y el desarrollo de la inmunidad celular.
- Selenio, es un nutriente esencial ya que forma parte del sistema del glutatión peroxidasa, que defiende del daño oxidativo.
- Niacina, riboflavina (B2), tiamina (B1), piridoxina (B6) y cobalamina (B12): necesarias para el metabolismo de las proteínas y de la energía.
- Se pueden detectar todas las hormonas maternas en la leche humana, aunque se desconoce su papel en el niño. Algunas de ellas se concentran en la glándula mamaria y tienen niveles superiores en la leche que en el suero materno, como prolactina, oxitocina, esteroides suprarrenales y ováricos, GnRH, GRF, insulina, somatoestatina, calcitonina, PTH, neurotensina. Mientras otras, como TSH, TRH y T3 se detectan en valores inferiores.

VI.III.VI. Ventajas de la lactancia materna

Martínez Rubio A (2004) Ventajas de la Lactancia Materna para la madre. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. “La lactancia natural es un proceso adaptativo en los mamíferos y, por tanto, supone ventajas naturales para la especie, fundamentalmente para la supervivencia de las crías”.

En la última década, la actividad investigadora desarrollada alrededor de los distintos aspectos de la lactancia materna ha sacado a la luz algunos detalles que demuestran las múltiples facetas en que la fisiología de la lactancia sirve para proteger tanto a la madre como al hijo. Algunas de las ventajas se manifiestan en el terreno de la biología (espaciamiento de los embarazos, menores pérdidas de sangre, prevención del cáncer, etc.). Otras son de índole psicológica. Ambos tipos pueden manifestarse a corto, medio o largo plazo. Pero mientras que algunas de ellas pueden ser medidas en términos económicos hay otras que escapan a los análisis numéricos o estadísticos, pues pertenecen al campo de lo vivencial.

Entre los beneficios para la salud tenemos:

Ventajas para el Niño:

- Nutrición y crecimiento óptimo.
 1. Alimento óptimo.
 2. Fácil digestibilidad
 3. Crecimiento y Desarrollo óptimo
 4. Alimento adecuado para los prematuros: a.

- Desarrollo Psico-motor
 1. Organización sensorial:
 2. Organización biocronológica y del estado de alerta.
 3. Patrones afectivos emocionales
 4. Desarrollo intelectual
 5. Desarrollo dento-maxilar y facial:
 6. Protección
 7. Evita la Hiperbilirrubinemia neonatal
 8. Protección inmunológica: Protección relacionada en la prevención de las Diarreas.
 9. En Prematuros, previene contra la enterocolitis necrotizante, optimiza el desarrollo cerebral, Disminuye el riesgo de la muerte súbita.

Ventajas para la Madre:

- Recuperación fisiológica post-parto:
 1. Retracción del útero
 2. Recuperación del peso
 3. Recuperación de los pechos

De carácter físico:

1. Prevención del cáncer de mamas y ovarios.
2. Aspecto físico de la mujer
3. Comodidad

De carácter emocional:

1. Establecimiento del apego
2. Satisfacción emocional de la madre.

Ventajas para la sociedad:

- Refuerzo de lazos afectivos familiares.
- Prevención de maltrato infantil
- Espaciamiento de los nacimientos.
- Disminución de la morbilidad infantil
- Economía de recursos.

Ventajas económicas:

Dar el pecho supone un importante ahorro económico dado el alto precio de los sustitutos de leche materna y todos los administrículos que rodean la alimentación artificial. Los bebés que toman el pecho enferman menos. Esto supone por lo tanto menor gasto en consultas médicas, estancias hospitalarias y fármacos.

Ventajas psicológicas:

La oxitocina disminuye la respuesta al estrés y ayuda a integrar las interacciones psicológicas entre madre y bebé. Las mujeres describen de distintas maneras sus sensaciones y vivencias cuando dan el pecho a sus bebés.

Los motivos de mayor satisfacción que ellas suelen destacar se refieren a poder dar con su propio cuerpo un alimento a su hijo; establecer un diálogo especial e íntimo con el bebé a base de sonrisas, miradas y caricias; ser la primera persona en descubrir los logros del bebé; poder tranquilizar al bebé en cualquier momento dándole el pecho .

VI.III.VII Contraindicaciones de lactancia materna

Entre las contraindicaciones de la lactancia materna tenemos:

1. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
2. Galactosemia
3. Fármacos y drogas

Las circunstancias que requieren una valoración individualizada son

1. Enfermedades infecciosas maternas

- | | |
|--|--------------------------------|
| a) <i>Citomegalovirus</i> | f) <i>Enfermedad de Lyme</i> |
| b) <i>Herpes simple</i> | g) <i>Enfermedad de Chagas</i> |
| c) <i>Sífilis</i> | h) <i>Tuberculosis activa</i> |
| d) <i>Infecciones bacterianas graves</i> | i) <i>Varicela</i> |
| e) <i>Brucelosis</i> | j) <i>Sarampión</i> |

2. Enfermedades no infecciosas maternas

- a) *Miastenia gravis*
- b) *Cáncer de mama*

3. Enfermedades del lactante

- a) *Fenilcetonuria*
- b) *Enfermedad de la orina de jarabe de arce (o leucinosis)*

Además existen falsas contraindicaciones tales como (Díaz-Gómez, 2004):

1. Problemas de salud de la madre

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| • <i>Infecciones agudas comunes</i> | • <i>Toxoplasmosis</i> |
| • <i>Hepatitis A</i> | • <i>Diabetes Mellitus</i> |
| • <i>Rubéola</i> | • <i>Mastitis</i> |
| • <i>Parotiditis</i> | • <i>Patología mamaria benigna</i> |
| • <i>Salmonelosis</i> | |

2. Otras situaciones maternas que no contraindican la lactancia

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| • <i>Pezón plano o invertido</i> | • <i>Piercing en el pezón</i> |
|----------------------------------|-------------------------------|

- *Reanudación de la menstruación y embarazo*
 - *Implante mamario de silicona*
3. Problemas de salud del niño
- *Diarrea*

VI.IV. Práctica

Es una respuesta establecida para una situación común. El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos y reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa. Es una conducta o reacción. Las prácticas regulares se denominan hábitos. Ciertas prácticas, si no son adecuadas, pueden convertirse en factores de riesgo. (Manual de Encuestas CACP-OMS).

La práctica de las madres adolescentes debe basarse en brindar una LM a libre demanda, por medio de una técnica correcta con adecuadas posiciones para amamantar, durante el tiempo adecuado y cumpliendo las normas internacionales como la exclusividad de LM los primeros 6 meses de vida del bebé y el inicio de la ablactación a partir de los 6 meses de edad. Así como también una buena práctica en lo que respecta al aseo de los pezones y una dieta variada de la madre.

VII.IV.I Técnicas de amamantamiento

Temboury M.C. (2004) Inicio de la Lactancia en la Maternidad. Leche Materna: Guía para Profesionales. “La madre debe saber que la lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé, confiar en su capacidad de amamantar y sentirse apoyada por los profesionales sanitarios”.

La posición de amamantamiento debe ser correcta, con una buena colocación del niño y un acoplamiento adecuado de la boca del bebé al pecho de la madre. “El éxito de la lactancia depende mucho de que la técnica de amamantamiento sea correcta, ya que un elevado porcentaje de problemas precoces se producen por errores al poner al bebé al pecho. Cuando la postura es incorrecta se forman grietas dolorosas, maceración del pezón y la mandíbula y la lengua del bebé pueden ser incapaces de extraer leche de forma efectiva”.

Con el tiempo, la mayoría de las madres aprenden y se hacen verdaderas expertas en amamantamiento, de manera que los niños pueden mamar en diferentes posturas y circunstancias. Sin embargo, las primeras tomas son más difíciles, a veces simplemente porque la madre está dolorida o tiene dificultades para moverse.

Para que el acoplamiento boca-pecho sea funcional, el niño debe tomar el pecho de frente, sin torcer la cara, de forma que los labios superior e inferior estén evertidos alrededor de la aréola, permitiendo que introduzca pezón y gran parte de la aréola dentro de su boca. Tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la aréola formando un cinturón muscular, que haga micro masaje en la zona de los senos lactíferos. Para succionar, la lengua se proyecta por delante de la encía inferior.

La porción anterior de la lengua envuelve pezón y parte de la aréola y los presiona suavemente contra la encía superior y el paladar. Este movimiento de descenso y adelantamiento de lengua y mandíbula hace un efecto de émbolo, que permite el flujo de la leche extraída hasta el fondo de la boca, para ser deglutida de forma refleja.

Forma de ofrecer el pecho al niño.

Es importante recordar que es el niño el que debe colocarse frente al pecho con su boca a la altura del pezón y la madre no debe torcer su espalda o forzar la postura, ya que le provocaría dolor de espalda o grietas. “La boca del niño se acerca al pecho y no el pecho al niño”.

El cuerpo del niño debe estar muy próximo al de la madre, su tripa tocando la de la madre, con la cabeza y los hombros orientados mirando de frente al pecho. Su nariz debe estar a la misma altura que el pezón. Se debe dirigir hacia el pecho, evitando flexiones o extensiones bruscas de la cabeza.

El tercio inferior de la boca del bebé está ocupado por la lengua. Si al colocarle al pecho el pezón se dirige contra la parte inferior de la boca chocará contra la lengua que lo rechazará. El pezón debe dirigirse a la parte superior de la boca, hacia el paladar, esto ayuda a colocar el labio inferior y la mandíbula por debajo del pezón.

Hay que evitar que el niño esté demasiado alto y que tenga que flexionar el cuello y su nariz quede aplastada contra el pecho. Si el niño está algo más bajo y pegado a su madre, la cabeza y el cuello quedarán extendidos y la nariz libre.

La madre con una mano se sujeta y presenta el pecho. Con la otra mano sujeta el bebé y lo dirige hacia el pecho. Puede utilizarlas del lado que ella quiera. Casi siempre tienen un lado favorito y conviene ayudarlas del lado que les resulta más difícil.

Las madres se deben sujetar el pecho desde la base, es decir, apoyando sus dedos sobre las costillas. También puede sujetar el pecho en forma de copa o C, poniendo su pulgar encima del pecho, lejos del pezón y los cuatro dedos restantes abajo. Es importante decir a la madre que no ponga los dedos en forma de tijera, ya que dificultan la extracción de leche de los senos lactíferos, e incluso impiden que el niño introduzca el pecho en su boca.

Para sujetar el bebé la madre puede posar la cabeza y espalda del niño sobre su antebrazo, o bien con la palma de la mano libre sujetar la espalda y con los dedos la cabeza del bebé. Si el niño está bien enganchado, su boca quedará abierta y el labio inferior abarcará más pecho que el superior. Es decir, la boca estará colocada de forma asimétrica.

El niño tiene que tener bastante pecho en su boca, debe incluir el pezón, gran parte de la aréola y el tejido mamario subyacente. No hay que empeñarse en meter toda la aréola en la boca del niño, ya que hay mucha variabilidad en su tamaño.

Cuando el niño esté mamando, se producirá el movimiento típico: se verá a la mandíbula moverse rítmicamente, acompañada de las sienes y las orejas. Si por el contrario las mejillas se succionan hacia adentro, el niño no estará bien enganchado. Después de una tanda de succiones rápidas, el ritmo se hará más lento con movimientos profundos de la mandíbula. Las pausas son raras al principio de la toma, pero se hacen más frecuentes al progresar la lactancia. También puede oírse la deglución de leche, rápida al principio y luego más lenta.

Los niños cuando terminan la toma se sueltan espontáneamente porque son capaces de mostrar tanto la saciedad como el hambre. No se debe retirar al niño bruscamente del pecho ya que se

puede dañar el pezón. Hay que romper antes el vacío de la succión, introduciendo entre las comisuras de la boca el dedo meñique hasta las encías, así en ese momento ya se puede retirar.

Cuando se ayuda a la madre a enganchar al niño, se debe sujetar la espalda del bebé con la palma de la mano y su cabeza con los dedos. Con la otra mano se puede sujetar el pecho de la madre en C. Se desplaza el bebé hacia el pecho de manera que lo mire de frente y se le estimula el labio superior con el pezón. Hay que esperar a que abra bien la boca y en ese momento se engancha al niño al pecho con un movimiento decidido. Tiene que entrar suficiente trozo de pecho en su boca para que pueda ordeñar la leche de los senos lactíferos. La espalda y la cabeza del bebé tienen que estar rectas y bien alineadas. Evitar empujar al bebé contra el pecho de forma brusca o empujar su espalda porque es muy desagradable.

VII.IV.II Posturas Maternas.

La madre puede dar el pecho tumbada o sentada. Algunas posturas maternas están especialmente recomendadas según las diferentes circunstancias. Cualquiera que sea la postura que adopte la madre, lo más importante es que el niño quede con su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello. Debe introducir en su boca pezón y aréola, nunca sólo el pezón.

Posición del niño con la madre acostada: Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente. La cara del niño debe estar enfrentada al pecho y el abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño se apoya en el antebrazo de la madre.

Posiciones del niño con la madre sentada:

- *Posición tradicional o de cuna.* El niño está recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo que sujeta al niño, le agarra de la región glútea. Con la mano libre se sujeta el pecho en forma de “C”, y se lo ofrece. Con

el pezón estimula el labio superior del niño para que abra la boca, momento en el que acerca el niño al pecho.

- *Posición de cuna cruzada.* Es una variante de la posición anterior, en la que la madre sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta, en posición “U”. La otra mano sujeta la cabeza del niño por la espalda y la nuca. Esta postura necesita una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho.
- *Posición de canasto o de fútbol americano.* El niño se coloca por debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo del niño rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, sujetándole por la nuca.
- *Posición sentada.* En esta posición el niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o bien montando sobre el muslo de la madre. La madre sujeta el tronco del niño con el antebrazo del lado que amamanta

VI.IV.II 13 pasos de lactancia materna:

Paso 1: Contar con una política por escrito que es comunicada y conocida por el personal.

Paso 2: Capacitar al 100% del personal de salud en las habilidades necesarias para implementar la política.

Paso 3: Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna.

Paso 4: Ayudar a la madre para iniciar el amamantamiento en la primera media hora después del parto.

Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aun cuando deben separarse de sus bebés.

Paso 6: No dar a los RN otro alimento que no sea la leche materna menos que este medicamento indicado

Paso 7: Practicar el alojamiento conjunto

Paso 8: Alentar la lactancia a libre demanda

Paso 9: No dar biberones ni chupones a los recién nacidos que amamantan

Paso 10: Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo y como referir a la madre al momento del alta

Paso 11: Cumplimiento del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna. NO propaganda, donaciones, muestras gratis o de bajo costo o utilización de equipos o utensilios promovidos por casas comerciales.

Paso 12: Atención amigable a la madre. Asegurando criterios claves para un cuidado óptimo de la madre e hijo. Acompañante, ingesta de líquidos y alimentos livianos durante trabajo de parto, movilidad, posición para dar a luz.

Paso 13: VIH y alimentación infantil. Consejería y apoyo a la madre con VIH, promover prácticas de nutrición adecuadas y PTMI. Test y consejería para el VIH, consejería sobre opciones para alimentación infantil, asegurar confidencialidad y privacidad.

VI.V. Actitudes

Es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel socioeconómico y educacional, la ocupación y la edad tienen influencia sobre las actitudes y creencias. Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales. Conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas.

Las actitudes comprenden tres factores: uno ideológico formado por ideas y convicciones determinadas, otro sentimental que genera simpatía o antipatía hacia cosas o personas; y un tercero reactivo o conductual que impulsa a pensar y obrar en las distintas situaciones sociales en consonancia con las convicciones y sentimientos profesados. (Manual de Encuestas CACP-OMS).

La actitud hacia LM debe ser favorable en el aspecto de estar dispuesta a brindársela al lactante según las recomendaciones médicas para contribuir al correcto desarrollo del bebé, actitudes como dar solo pecho materno los primeros 6 meses de vida ya que la leche materna es el mejor alimento para el bebé, y durante estos primeros 6 meses de vida no se necesita complementar su nutrición con ningún otro alimento, también actitudes como dar de mamar cada vez que el niño quiera, ya que esto no daña la figura de la madre, así como también asear los pezones cada vez que se le va a dar de mamar, y tomar muchos líquidos y comer una dieta variada mientras dura el periodo de lactancia, entre otras.

VI.V.I Mitos y tabúes sobre lactancia materna

Martin-Calama J. (2004) Recomendaciones Populares Contrastadas y Mitos sobre la Lactancia Materna: El miedo a no fabricar suficiente leche ha sido una preocupación constante de las mujeres de todas las épocas. Muchos consejos que aún hoy en día se transmiten de boca en boca carecen de suficiente base científica o incluso son contraproducentes. Otros basados en experiencias contrastadas favorecen la lactancia.

Martin-Calama J. (2004) Recomendaciones Populares Contrastadas y Mitos sobre la Lactancia Materna. Entre los mitos sobre la lactancia materna se pueden citar los siguientes:

“Una madre que amamanta debe ingerir gran cantidad de líquidos”. Esta es la recomendación más extendida en todo el mundo. Es cierto que las mujeres que amamantan tienen más sed, pero no se ha demostrado que forzar la ingesta de líquidos más allá de lo que demanda el organismo sirva para fabricar más leche.

“Es habitual que las hijas de madres que no pudieron amamantar por no tener suficiente leche, tengan el mismo problema cuando son madres”. Hasta el momento, en las mujeres sanas sin trastornos hormonales ni enfermedades conocidas no se ha identificado ninguna causa orgánica de hipogalactia, y mucho menos que sea transmisible. Bastantes madres que no consiguen amamantar al primero de sus hijos, aparentemente por falta de leche, han podido amamantar sin problemas en partos posteriores.

“Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir toda la leche que sus hijos necesitan”. Las diferencias en el tamaño de las mamas dependen sobre todo de la cantidad de grasa. Las diferencias en la cantidad de tejido glandular son menos importantes. Por eso tener mucho pecho no es sinónimo de fabricar mucha leche.

“Es mejor esperar a sentir el pecho lleno para amamantar”. Aunque esto lo piensan muchas madres, lo conveniente es lo contrario. Cuanto más a menudo se vacíe el pecho, más leche fabricará.

“Una madre que amamanta debe comer más para producir suficiente leche”. Aún las mujeres con dietas de adelgazamiento por sobrepeso, producen suficiente leche. El organismo acumula reservas en el cuerpo de la madre durante el embarazo para tener previstas las necesidades de la lactancia.

“Los disgustos de la madre se transmiten al niño a través de la leche”. Es posible que los disgustos afecten de forma pasajera la producción, y eso haga que el niño pueda estar más irritable por el hecho de no quedar completamente satisfecho; o de que note menor afectividad en el comportamiento de su madre, pero la leche en sí misma no vehicula sentimientos.

“Algunas madres fabrican leche de baja calidad que impide que el niño engorde bien”. Las diferencias entre la leche de diferentes mujeres son escasas y aún entre mujeres con alimentación deficiente, la calidad de la leche suele ser buena.

“Las madres muy nerviosas pueden pasar sus nervios al bebé cuando lo amamantan. La leche de las madres muy nerviosas alimenta menos”. Algunos rasgos del carácter o temperamento de los padres son heredados por sus hijos, pero esta transmisión no se produce a través de la leche.

“Mientras se está amamantando la madre no puede hacerse permanentes ni teñirse el pelo”. La mayoría de los usados en peluquería, no se absorben ni modifican la composición de la leche.

“Los masajes del pezón con alcohol durante el embarazo, lo preparan para la lactancia”. El alcohol durante el embarazo se recomendó durante muchas décadas para endurecer los pezones, pero en realidad los reseca y los hace más vulnerables.

“Hay que controlar el tiempo de cada toma para prevenir el dolor de pezones”. El dolor de pezones depende sobre todo de una colocación incorrecta, y guarda poca relación con la duración de las tomas.

“Es normal que dar el pecho duela”. Durante los primeros días hay mayor sensibilidad en los pezones, que puede llegar a provocar dolor. Fuera de estos días y aún en ellos, el dolor puede ser signo de una mala colocación del niño. Un dolor muy intenso debe hacer pensar en infección por candida, por estafilococo o fenómeno Raynaud del pezón.

“La leche retenida mucho tiempo en el pecho se estropea. No se debe dar de mamar si han pasado más de 24 horas sin vaciar el pecho”. La leche retenida hace que la mama fabrique menos leche, pero no se estropea dentro del pecho.

“La lactancia prolongada es culpable de la deformación de los pechos”. En el aspecto del pecho influyen sobre todo la edad, factores genéticos y la cantidad de grasa corporal. Se va deformando poco a poco con cada período de menstruación, por los cambios hormonales del ciclo.

“Dar el pecho te obliga a mantener unos kilos de más. Durante la lactancia no se deben hacer dietas para perder peso”. Al contrario, las madres que amamantan, si no comen en exceso, reducen el peso de forma natural puesto que la producción de la leche requiere alrededor de 500 calorías diarias aproximadamente. Tampoco hay inconveniente en hacer dietas de adelgazamiento siempre que la dieta sea variada, y haya supervisión médica de la madre y del niño.

“No hay que amamantar si la madre o el hijo tienen diarrea”. En algunos lugares continúa recomendándose interrumpir la lactancia cuando los niños tienen vómitos o diarrea.

Algunos médicos la interrumpen por la posibilidad de intolerancia a la lactosa, y la cambian por leche artificial sin lactosa. Esta recomendación no está justificada

VI.VI. Encuesta a Informantes clave sobre Lactancia Materna

Se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación al concepto de lactancia materna se encontraron diversas definiciones entre los 20 informantes clave, entre estas:

Es el único alimento que se puede dar a los niños recién nacidos y menores de un año, con un 19.42%, es un alimento nutritivo que refuerza las defensas del bebe, inmuniza contra enfermedades y garantiza su salud con 19.42%; Es el líquido que se forma en las glándulas mamarias durante el embarazo para amamantar al bebe por el tiempo que la madre decida conveniente con un 15.28%, es el acto de amamantar al bebe, con un 15.28%. Es el mecanismo por el cual las madres alimentan a sus hijos con leche de su pecho en un 10.71%; es el acto de brindar al bebe pecho materno ya sea de forma exclusiva o mixta que obtuvo un 10.71%, el mejor alimento del bebe con un 4.57%, es cuando una madre atiende bien a sus hijos con 4.57%.

Referente al concepto de lactancia materna se obtuvo los siguientes conceptos, es alimentar al bebe exclusivamente con pecho materno hasta los seis meses de edad, sin agregar ningún otro alimento, ni bebida con un 35%; es cuando el bebé ingiere solo leche materna y no ingiere otro tipo de leche con 25.5%; ayuda al bebe a crecer sano con un 20.4%; la lactancia materna exclusiva debe durar hasta el primer año de vida del niño con un 5.6%. Se encontró un 13.5% que refiere que no entiende que es lactancia materna exclusiva.

Con el concepto de lactancia materna mixta se pudo encontrarse que; es la alimentación con pecho materno combinando con otros alimentos y bebidas incluyendo agua con un 40.27%, es cuando la madre alimenta al niño con leche materna y con leche en polvo d formulas o de otras con un 25.99%, es cuando la madre trabaja y tiene que darle leche en polvo al niño y por la noche le da el pecho materno 7.14%, es la leche que sacan del seno de la madre a una pacha con un 3.57%; es aquella que ofrece leche nutritiva para el bebé indicada para este con un 3.57%; es aquella que se leda leche obtenida de su pezón con leche en polvo con un 3.57%, se encontró que un 15.85% nunca había escuchado hablar de esto.

Con el tiempo de inicio de la lactancia materna se encontró que; se debe iniciar a dar el pecho materno en cuanto nace el bebe, tan pronto como sea posible o inmediata 69.97%, se debe empezar mínimo dentro de las primeras dos horas de nacidos con un 4.58%; se debe iniciar un día después de nacido, mientras el niño se acostumbra al ambiente con un 4.58%, se debe iniciar desde el primer día de nacido para que el bebe consuma el calostro con un 4.58%, unas cuantas horas después del parto mientras baja la leche con un 4.58%, cuando el bebe lo pida con un 4.58%, se demostró un 6.14% el cual refería que no sabía el tiempo de inicio de la lactancia materna.

En la duración de la lactancia materna exclusiva, se presentaron los siguientes conceptos; seda los primeros 6 meses de vida del bebe, si no hay contraindicaciones maternas o del bebe con un 64.26%; se debe dar hasta el año de vida o hasta 2 años si la madre lo desea con un 21.42%; la lactancia materna exclusiva puede durar el tiempo que amerite él bebe con un 7.14%; se permite hasta los primeros 7 meses con un 3.57%, depende de la madre hasta que ella decida no darle más leche materna con un 3.57%.

En los beneficios de la lactancia materna presentaron los siguientes resultados; la leche materna es la mejor leche para él bebe, ya que tiene un alto contenido de vitaminas minerales anticuerpo y otras sustancias que él bebe necesita 21.42%; los niños se enferman menos, ya que la leche materna les da inmunidad y previene enfermedades como la diarreicas y respiratorias con un 21.42%.

Crea un mayor enlace afectivo entre él bebe y la madre con un 17.85%; hay mayor higiene en la alimentación, como él bebe mama el pecho materno no ocurren infecciones por contaminación de biberones con un 10.71%; ayuda al desarrollo total del bebe, físico y mental le permite crecer sano y fuerte con un 7.14%, es el mejor alimento para él bebe, lo nutre, aumenta sus defensas y le da salud con un 7.14%, es el líquido que el niño necesita la hidrata y lo alimenta 3.57%; en la madre, después de parto sirve como planificación familiar si es exclusiva con un 3.57%, mantiene saludable al bebe con un 3.57%, y se descubrió que un 3.57% nunca había escuchado sobre beneficios de la lactancia materna.

Ventajas de la lactancia materna sobre la salud del bebe se demostró lo siguiente: le proporciona una nutrición balanceada favoreciendo el crecimiento sano y fuerte con un 21.42%, le fortalece el sistema inmunológico, elevando sus defensas y previene enfermedades con un 17.85%; contribuye a su desarrollo físico y mental en un 14.28%; se produce una mejor absorción de nutrientes, ganando peso y previniendo la desnutrición 14.28% se disminuyen la duración de las enfermedades con un 10.71% es la primera vacuna que recibe él bebe con un 7.14% ; pasados los primeros 6 meses la leche materna no lo alimenta con un 7.14% ; están menos propensos a la diabetes con un 3.57%; es la primera etapa alimenticia del bebe con un 3.57%.

Ventajas económicas de la lactancia materna se presentó: los primeros meses de lactancia materna exclusiva no se gasta en comprar otra leche alimentos, ni biberones por lo tanto se ahorra ese dinero con un 35.7%; mayor estabilidad económica en la familia ya que ese dinero lo puede utilizar en otros gastos del hogar con un 24.99%; es natural y gratis ya que la madre produce su leche con un 14.28% es importante para el bebe con un 7.14%; la madre no necesita alimentación especial 3.57% menos idas al hospital, ya que se enferman menos y así se evitan gastos médicos 3.57%; no hay ninguna ventaja 3.57%, se presentó que un 7.14% desconocía las ventajas económicas de la lactancia materna.

Beneficios de la lactancia materna en niños prematuros, conceptos de los actores clave; lo ayuda a recuperar el peso adecuado más fácil con un 17.85%, los ayuda a crecer 17.85%; favorece su desarrollo mental e inmunológico y lo protege de enfermedades con un 10.71%; le brinda los nutrientes necesarios para completar su desarrollo con un 7.14%; es el mejor alimento para él bebe prematuro 7.14%, ayuda a su salud ya que provee inmunización 7.14%, ayuda a combatir algunas enfermedades y los hace menos propensos a ellas 7.14%; por su alto contenido energético e inmunológico mantiene protegido al bebe mientras su sistema inmunológico se va desarrollando 3.57%; el niño se repone y no muere 3.57%; y un 17.85% refirió no saber que le preguntaban.

Contra indicaciones de la lactancia materna se obtuvieron 11 conceptos entre estos; solo cuando hay enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, Hepatitis B, Tuberculosis activa, Sífilis, Herpes) 39.27%, cuando es orientado por medico 10.71%, no hay ninguna, siempre se debe dar 10.71%, cuando la madre tiene alguna enfermedad crónica y esta contra indicada por el tratamiento que esta recibe 3.57%, cáncer de mama 3.57% la madre tiene un proceso infeccioso como mastitis 3.57%; cuando es muy rala la leche y parece agua la leche 3.57%; cuando la madre tiene que trabajar 3.57%; cuando la madre tiene una enfermedad que puede ser transmitida por la leche materna 3.57%; cuando la leche de la está cortada y no es consumible 3.57%; y un 14.28% afirman no tener conocimiento en este inciso.

Estimulo principal para la producción de la leche materna se demostraron; que el niño succione frecuentemente el pecho materno ya que la estimulación directa se da cuando la mama amamanta al bebe 39.27%; apego precoz al pecho de la madre 14.28%, que la madre consuma mucho líquido 14.28%, alimentación adecuada de la madre, debe comer sano para producir más leche 10.71%, consumir tibio, pinol, pozol, u otros seriales 3.57%; se encontró que un 17.85% demostrar desconocimiento ante esta pregunta.

Intervalo de tiempo en que se debe amamantar al niño es no hay tiempo determinado, es a libre demanda es decir las veces que él bebe pida pecho 32.13%, cada dos o tres horas durante el primer mes de vida 24.99%, cada seis hora 7.14%, se dar cada 30 minuto 7.14% depende del niño, si toma bastante o no 3.57%; debe darse cada hora o 20 minutos 3.57% se debe dar en la mañana, tarde y noche 3.57%; y un 21.42% desconoce lo que se le pregunto.

Momentos en que se la madre debe lavarse el seno y el pezón: antes y después de dar el pezón 42.84%, siempre que vaya a darle el pecho al bebe 32.13%, cuando se baña normalmente 17.85%, al momento de bañarse y antes de acostarse 3.57% y un 3.57% desconoce lo que se le pregunta.

Tiempo que se debe dar de mamar en un solo seno: unos cuantos minutos de 5 a 10 minutos 32.13%, de 10 a 15 minutos 17.85%, no hay tiempo fijo, debe ser el tiempo que sea necesario y alternarlo con el otro seno 14.28%, más de 20 minutos 10.71%, de 15 a 20 minutos 7.14%, y un 17.85 no sabe nada relacionada a este ítem.

Diferencia entre la leche materna y la leche de vaca; no tiene la misma composición, ni concentración. La leche materna proporciona la cantidad exacta de lípidos, proteína, anticuerpo, carbohidratos y otros nutrientes que él bebe necesita, en cambio la leche de formula no cumple con estos requerimientos necesarios 42.84%; la leche materna es natural ya está preparada no hay que agregarle nada y se absorbe bien 14.28%, la leche materna es higiénica y saludable en cambio la leche de formula puede contaminarse y enfermar al bebe 10.71%; la leche de fórmulas es artificial hay que prepararla agregarle agua y no se absorbe bien 7.14%; la leche de fórmula es cara y se vence en cambio la leche materna es gratis y no se vence 7.14%; la leche de formula aunque sea maternizada ocasiona problema de salud en los bebe 3.57%; es más fácil que él bebe se adapte a la leche materna 3.57%; y un 10.71% refieren no saber que le preguntan.

Baja producción de leche materna es hereditaria; no es hereditaria 53.55%; si, a veces es hereditaria 7.14%; él bebe estimula la producción de leche, entre más se amamanta, mas leche materna se produce 7.14%; una madre mal alimentada no puede producir gran cantidad de leche 7.14%; si no hay alteraciones anatómicas ni funcionales a nivel de la mama, la baja producción es por falta de estímulo 7.14%; la baja producción de leche es porque la madre no consume líquidos 3.57% y un 10.71 refiere desconocer lo que se le pregunta.

Mitos o creencias sobre la lactancia materna; si se da el pecho materno se pierde la forma del cuerpo de la madre se le caen los senos y se ponen feos 21.42% que tomar pozol, pinol, tibio, o cereales para que baje la leche 10.71% los bebe dejan de tomar pecho materno porque no les gusta o les da asco 7.14%; la leche materna sola no abastece al niño adecuadamente, lo alimenta 7.14%; si la madre se extra la leche y la tira al sol a las 12 en punto, la mama se seca 3.57%; no hay que dar pecho cuando la está enojada 3.57%; cuando el niño es amamantada por más de un año, la madre tienden a no quedar embarazada aunque no tenga relaciones 3.57%; no hay que darle el pecho al niño después del primer año de vida 3.57%. La primera leche (calostro) no se debe dar, porque no es buena leche 3.57%; dar mucho de mamar adelgaza y provoca desnutrición en la madre 3.57%; si le cae leche en el pelo al niño, se queda pelón 3.57%; y 28.56% refieren no conocer ningún mito sobre la lactancia materna.

VII. Diseño metodológico

Tipo de Estudio: Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, tipo CAP realizado durante el tercer trimestre del 2015.

Lugar de Estudio: El área de estudio estuvo comprendida por el servicio de Pediatría del Hospital General España, Chinandega, Nicaragua. Ubicado contiguo al Silais Chinandega.

Periodo de estudio: el estudio se realizará durante el tercer trimestre del 2015

Universo: Estuvo constituido por 115 madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital General España, Chinandega, durante el tercer trimestre del 2015.

Muestra: Estuvo constituida por 50 madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital General España, Chinandega, durante el tercer trimestre del 2015.

Tipo de Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Madres adolescentes (menores de 20 años de edad) de niños mayores de 6 meses atendidos en el servicio de Pediatría del hospital General España en el tercer trimestre del 2015.
- Que acepten participar en el estudio.
- con sus niños mayores de 6 meses de edad.

Criterios de exclusión:

- Madres adolescente con retraso psicomotor.
- Madres adolescentes que no deseen participar en el estudio.
- Puérperas adolescentes con muertes perinatales previas (óbitos, abortos, malformaciones graves).

Método:

Para realizar el presente estudio se le solicitó permiso al Médico Jefe de servicio verbalmente para poder realizar este estudio en las madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de Pediatría que cumplían con los criterios de inclusión, a su vez se le explicaba en qué consistía y se le dio consentimiento informado a cada una de ellas.

Para obtener la información necesaria cumpliendo con los objetivos del estudio las siguientes actividades a realizar serán:

1. Trámites administrativos para obtener la información en el Hospital.
2. Se elaborará un cuestionario con preguntas abiertas sobre lactancia materna exclusiva, los cuales se aplicarán a informantes claves elegidas por conveniencia que son parte del ambiente intrahospitalario, donde se incluyeron:
 - Médicos de bases del servicio de Pediatría (2)
 - Personal de enfermería (2)
 - Médicos internos (2)
 - Personal de limpieza (2)
 - Personal de seguridad (2)
 - Licenciados de trabajo social (2)
 - Familiares de pacientes (4)
 - Adolescentes (4)
3. Seleccionando de dos a cuatro informantes claves por cada uno de los grupos antes mencionados. Llegando a ser un grupo total de **20** informantes clave.

Posteriormente, a procesar los datos obtenidos de los informantes claves en una base de datos se diseñaron los ítems con preguntas cerradas que evaluarían el conocimiento de las adolescentes, los cuales formaron parte de la encuesta estructurada que finalmente se aplicó a las madres participantes en el estudio. Esta encuesta formada por 5 partes: características sociodemográficas, fuente de información, conocimientos de LM, actitudes hacia la LM y práctica de LM.

Se contó con dos personas entrenadas para llevar a cabo la recolección de datos. Mediante modalidad de trabajo de campo, siendo la aplicación de dicho cuestionario, realizándolo en el lugar de los hechos usando fuentes de información primaria. Deberá ser completado personalmente por cada paciente adolescente del servicio de pediatría del Hospital General de España, explicándole previamente la forma de llenado. En algunos casos también se usará la entrevista cara a cara para realizar el llenado de la encuesta. Todo lo anterior con la finalidad de profundizar y obtener datos que permitan acercarse con mayor exactitud a la realidad de la situación en salud, y cumplir los objetivos expuestos.

Fuente de Información: los datos para su análisis de obtuvieron de fuentes primarias a través de la aplicación de encuesta a madres adolescente.

Técnica: Encuesta

Instrumento: Encuesta

Plan de análisis y tabulación

- Características Sociodemográficas / Frecuencia y porcentaje
- Formas de información / Frecuencia y porcentaje
- Conocimientos sobre LM/ Frecuencia y porcentaje
- Nivel de Conocimientos sobre LM por sus variables
- Nivel de Conocimientos sobre LM/ Frecuencia y porcentaje
- Características Sociodemográficas y Nivel de conocimiento
- Actitud hacia la LM
- Tipo de Actitud
- Características sociodemográficas y Actitud hacia la LM
- Prácticas en LM
- Nivel de Prácticas
- Características sociodemográficas y Prácticas
- Actitud y Práctica en Lactancia Materna
- Conocimiento y Actitud hacia la Lactancia Materna
- Conocimiento y Prácticas en Lactancia Materna

Lista de variables:

Objetivo E. 1: Describir las características socio demográficas de la población estudiada.

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1- Edad | 4- Escolaridad |
| 2- Estado Civil | 5- Ocupación |
| 3- Procedencia | 6- Religión |

Objetivo E. 2: Valorar las formas de información sobre Lactancia Materna a las que tienen acceso las madres adolescentes.

- 1- Información sobre lactancia Materna
- 2- Tipo de información.
- 3- Fuente de información.
- 4- Lugar de información.
- 5- Calidad de la información.

Objetivo E. 3: Evaluar los conocimientos sobre lactancia materna de las madres adolescentes en estudio.

- 1- Conocimientos sobre conceptos de lactancia materna
- 2- Conocimientos sobre las ventajas
- 3- Conocimientos sobre las contraindicaciones
- 4- Conocimiento sobre las diferencias entre la leche materna y la leche de vaca
- 5- Conocimientos sobre las acciones para una lactancia efectiva
- 6- Nivel de conocimiento

Objetivo E. 4: Calificar las actitudes de las madres adolescentes hacia la lactancia materna.

- 1- Actitud hacia la lactancia materna
- 2- Mitos y tabúes.
- 3- Tipo de actitud hacia la lactancia materna

Objetivo E.5: Describir las prácticas en lactancia materna de las madres adolescentes en estudio.

- 1- Prácticas sobre lactancia Materna
- 2- Calidad de práctica

Operacionalización de variables:

Objetivo Específico N° 1: Describir las características sociodemográficas de la población estudiada.

Variable	Definición o concepto	Indicador	Escala/valor
Edad	Tiempo transcurrido del nacimiento al momento de la encuesta	Años	<ul style="list-style-type: none"> • 10 - 13 años • 14 - 16 años • 17 – 19 años
Estado civil	Condición social de la persona	Estado	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Unión libre • Casada
Procedencia	Localidad donde habita la persona actualmente	Área	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
Escolaridad	Nivel de educación alcanzado por la persona al momento del estudio	Nivel Académico	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Sabe leer y escribir • Primaria • Secundaria • Universitario
Ocupación	Labor que desempeña el paciente	Labor desempeñada	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Comerciante • Otro
Religión	Grupo de creencias y fe que tiene la persona entrevistada.	Creencia	<ul style="list-style-type: none"> • Católico • Evangélico • Testigo de Jehová • Ninguna

Objetivo Específico N°2: valorar las fuentes de información que tienen acceso las madres adolescente.

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Información sobre LM	Es el haber recibido información sobre LM, el Medio por el cual la recibió y la comprensión obtenida.	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Tipo de información	Nivel de conocimiento de la persona	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptos • Duración • Horarios • Ventajas • Contraindicación • Tipo de LM • Técnicas para amamantar
Fuente de información	Medio en que la paciente conoció del tema	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Maestros • Amigos • Familia • Radio • TV • Película • Libros • Revistas • Periódicos • Folletos • Internet • Personal de Salud • Líderes • Religiosos
Lugar de información	Muestra el lugar donde la paciente se informó del tema	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Casa • Colegio • Organización gubernamental no • Centro de salud • Otro
Calidad de la información	Comprensión de la información	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Clara • Confusa • Otra

Objetivo Específico N°3: Evaluar los conocimientos sobre lactancia materna en el grupo de estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Conocimientos generales	Son los elementos teóricos básicos sobre los concepto relacionados con LM que maneja la madre adolescente.	Según su respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Conocimientos sobre las ventajas	Son los elementos teóricos básicos que maneja la madre adolescente sobre las ventajas de LM.	Según su respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Conocimientos sobre las contraindicaciones	Son los elementos teóricos básicos que maneja la madre adolescente sobre las contraindicaciones	Según su respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Conocimiento sobre la diferencias entre la leche materna y la leche de vaca	Son los elementos teóricos básicos que maneja la madre adolescente sobre las diferencias entre leche materna y leche de vaca	Según su respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Conocimientos sobre las acciones para una lactancia efectiva	Son los elementos teóricos básicos que maneja la madre adolescente sobre las acciones para una lactancia materna efectiva	Según su respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Nivel de Conocimiento	Grado conceptual y teórico que posee madre adolescente sobre LM, medido a través de una escala.	Puntaje obtenido	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Regular • Malo

Objetivo Específico N°3: Calificar las actitudes de las madres adolescentes hacia la lactancia materna.

Variable	Definición o concepto	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Actitud hacia la Lactancia Mateerna	Es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada, que pueden ser positivas o negativas.	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hacia la lactancia materna • Mitos y creencias sobre la lactancia materna. 	Grado de acuerdo	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo (TA) • De acuerdo (A) • Indeciso (I) • Desacuerdo (DS) • Totalmente en desacuerdo. (TDS)
Tipo de Actitud	Escala alcanzada según las actitudes positivas identificadas en la madre adolescente.	-	Escala de likert	<ul style="list-style-type: none"> • Favorable • Desfavorable

Objetivo Especifico N°5

Describir las prácticas sobre lactancia materna de la población en estudio.

Variable	Definición o concepto	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Práctica en Lactancia	Conjunto de técnicas y procedimientos que emplea la madre encuestada para la lactancia materna	Cada cuánto le da el pecho materno?	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • A libre demanda (cada vez que el niño lo solicite) • Cada hora • Cada 3 horas • Otro
		Cómo se coloca usted al niño para amamantarlo	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • El niño cuelga de su pezón y queda separado de usted • Él bebe está pegado a usted y le agarra todo el pezón con la areola
		Qué posiciones adopta usted al momento de amamantar	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Sentada • Acostada
		Dio el pecho materno de forma exclusiva durante los primeros 6 meses?	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Se limpia o se lava usted los pechos antes de dar de mamar al niño	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Algunas Veces
		Durante el período de lactancia, ¿cuántas veces se lava los pezones	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez al día • Cada vez que voy a amamantar al niño • Dos veces al día • Otro
		Cuando va a amamantar a su niño usted	Según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Se lava las manos antes de amamantarlo • Se lava las manos después de amamantarlo • Se lava las manos solo si están sucias • No se lava las manos
Calidad de la práctica	Escala alcanzada en la práctica acerca de LM	-	Respuestas correctas	Bueno Regular Malo

Análisis de la información:

Escala de valores:

Conocimientos:

Para valorar el nivel de conocimiento se realizó una serie de enunciados sobre aspectos básicos de LM (45 enunciados en total), estos enunciados se encontraban divididos en 5 acápite, que incluyen conceptos sobre LM (6), ventajas de la LM (14), contraindicaciones de la LM (7), diferencias entre leche materna y leche de vaca (5), y Conocimientos sobre las acciones para una lactancia eficaz (13)

Para cada enunciado la madre tenía 3 opciones de respuesta: Si, No y No estoy segura. Si para ella el enunciado era cierto, tenía que marcar la casilla “SI”. En caso contrario, si para la participante el enunciado no era cierto, marcaba la casilla “NO”. Si no estaba segura de la respuesta, marcaba la casilla “No estoy segura”. Cada enunciado correcto tenía el valor de un punto, la respuesta “no estoy segura” se tomó como una respuesta incorrecta (sin obtener punto).

Luego de calificar todos los enunciados, se procedió a sumar todos los puntos obtenidos y se sacó el promedio alcanzado, de manera que si los 45 enunciados fueron contestados correctamente la participante obtuvo un promedio del 100%.

Para calificar el conocimiento se utilizó la siguiente escala de valores con amplitud de un rango de tres niveles:

- Nivel Bueno: Si responden adecuadamente entre un 80 – 100% de las proposiciones realizadas sobre LM.
- Nivel Regular: Si responden adecuadamente entre un 60 – 79% de las proposiciones realizadas sobre LM.
- Nivel Malo: Si responden adecuadamente menos de un 60% de las proposiciones realizadas sobre LM.

Una vez que se obtuvo el nivel de conocimiento general, se procedió a valorar el conocimiento por cada uno de los 6 acápite que conforman esta parte de la evaluación. Se realizó de la misma

manera que el nivel de conocimiento general. Cada respuesta correcta tenía el valor de un punto. Se sumó el número de puntos obtenidos en cada acápite de acuerdo a la cantidad de respuestas correctas y se realiza su porcentaje.

Ejemplo:

Concepto de lactancia materna: 5 enunciados buenos de 6 $(5/6)=83\%$

Ventajas de la lactancia materna: 10 enunciados buenos de 14 $(10/14)=71\%$

Una vez que se obtuvo el porcentaje de cada acápite, se utilizó la misma escala de valores del conocimiento general, en cada uno de los acápites.

- Buen conocimiento: Si el porcentaje de enunciados correctos para cada acápite individual se encontraba entre 80 – 100%.
- Regular conocimiento: Si el porcentaje de enunciados correctos para cada acápite individual se encontraba entre 60 – 79%.
- Mal conocimiento: Si el porcentaje de enunciados correctos para cada acápite individual era $\leq 60\%$.

De manera que según el ejemplo antes expuesto, con respecto al concepto de lactancia materna la participante tiene un buen conocimiento, sin embargo tiene un conocimiento regular de lo que es el concepto de ventajas.

Conocimientos sobre LM	Sí	No	No estoy sosegura
Conceptos de lactancia materna			
1. La Lactancia Materna es el acto en el cual la madre brinda al bebe pecho materno, ya sea de forma exclusiva o mixta.	1	0	0
2. La leche materna es el alimento nutritivo, esencial y único que debe tener un bebe.	1	0	0
3. La LM cuando una madre atiende bien a sus hijos.	1	0	0
4. La leche es el mejor alimento que refuerza las defensas del bebe, lo inmuniza de enfermedades y garantiza su salud.	1	0	0
5. La lactancia materna exclusiva es alimentar al bebe exclusivamente con pecho materno hasta los 6 meses de edad, sin agregar ningún otro alimento, ni bebidas (incluyendo agua y leche Ode fórmula).	1	0	0
6. La lactancia materna mixta es la alimentación con pecho materno combinada con otros alimentos y bebidas, incluyendo agua.	0	1	0
Ventajas de la lactancia materna			
7. Le fortalece el sistema inmunológico, elevando sus defensas y previene enfermedades.	1	0	0
8. Le proporciona una nutrición balanceada, favoreciendo el crecimiento sano y fuerte.	1	0	0
9. Es la primera vacuna que recibe el bebe.	1	0	0
10. Contribuye a su desarrollo físico y mental.	1	0	0
11. Están menos propenso a diabetes.	1	0	0
12. Produce una mejor absorción de nutrientes, ganando peso y previniendo la desnutrición.	1	0	0
13. Pasados los primeros 6 meses la leche materna no lo alimenta.	1	0	0
14. Se disminuyen la duración de las enfermedades.	1	0	0
15. Es la primera etapa alimenticia del bebe.	1	0	0
16. La madre necesita alimentación especial.	0	1	0
17. Es natural y gratis, ya que la madre produce su leche.	1	0	0
18. Los primeros seis meses de lactancia materna exclusiva no se gasta en comprar otra leche, alimentos, ni biberones, por lo tanto se ahorra ese dinero.	1	0	0
19. Mayor estabilidad económica en la familia ya que ese dinero lo puede utilizar en otros gastos del hogar.	1	0	0
20. Menos idas al hospital, ya que se enferman menos y así se evitan gastos médicos.	1	0	0

Conocimientos sobre LM	Sí	No	No estoy segura
Contraindicaciones de la lactancia materna			
21. Madre en tratamiento con fármacos antineoplásicos (contra el cáncer).	1	0	0
22. Cuando la madre tiene alguna enfermedad crónica y está contraindicada por el tratamiento que esté recibiendo.	1	0	0
23. Bebe con intolerancia a la lactosa (intolerante a la leche), según criterio médico.	1	0	0
24. Cáncer de mama.	1	0	0
25. Cuando usa antibióticos de amplio espectro o tetraciclinas.	1	0	0
26. Cuando la madre tiene un proceso infeccioso, como mastitis.	0	1	0
27. Solo cuando hay enfermedades infectocontagiosas (VIH/SIDA, Hepatitis B, Tuberculosis activa, Sífilis, Herpes).	1	0	0
Diferencias entre la leche materna y la leche de vaca			
28. La leche materna es natural, no hay que agregarle nada y se absorbe bien.	1	0	0
29. La leche de vaca es artificial, hay que prepararla, agregarle agua y no se absorbe bien.	1	0	0
30. La fórmula es cara y se vence, la leche materna es gratis y no se vence.	1	0	0
31. No tienen la misma composición, ni concentración. La leche materna proporciona la cantidad exacta de lípidos, proteínas, anticuerpos, carbohidratos y otros nutrientes que el bebé necesita; en cambio la leche de fórmula no cumple con estos requerimientos necesarios.	1	0	0
32. La leche materna es higiénica y saludable; en cambio la leche de fórmula puede contaminarse y enfermar al bebé.	1	0	0
Conocimientos sobre las acciones para una lactancia eficaz			
33. Se debe iniciar a dar el pecho materno en cuanto nace el bebé, tan pronto como sea posible.	1	0	0
34. Se debe empezar mínimo dentro de las primeras dos horas de nacido.	1	0	0
35. Se da los primeros 6 meses de vida del bebé, si no hay contraindicaciones maternas o del bebé.	1	0	0
36. Se debe dar hasta el año de vida, o hasta los 2 años si la mamá lo desea.	1	0	0
37. El apego precoz al pecho de la madre.	1	0	0
38. Alimentación adecuada de la madre, debe comer sano para producir más leche.	1	0	0
39. Que el niño succione frecuentemente el pecho materno, ya que la estimulación directa se da cuando la mamá amamanta al bebé.	1	0	0
40. Que la madre consuma muchos líquidos.	1	0	0
41. No hay tiempo determinado para la Lactancia materna, es a libre demanda, es decir las veces que el bebé pida el pecho.	1	0	0
42. La madre en la lactancia debe lavarse sus pechos cuando se baña normalmente.	1	0	0
43. Si la mamá tiene problemas en la piel o alergias, debe lavarse antes de amamantar.	1	0	0
44. Antes y después de darle el pecho al bebé.	1	0	0
45. No hay tiempo fijo para que el niño mame en un seno, debe ser el tiempo que sea necesario y alternarlo con el otro seno.	0	1	0

Actitudes:

Para valorar el tipo de actitudes se utilizó la Escala de Likert, la cual consistió en un conjunto de 31 proposiciones positivas y negativas, ante los cuales se solicitó a la participante que externara su reacción eligiendo una de las cinco categorías de la escala. A cada una se le asignó un valor numérico, así la participante obtuvo una puntuación respecto de la afirmación y una puntuación total final sumando las puntuaciones obtenidas en cada afirmación.

Se utilizaron solo enunciados en dirección positiva y negativa.

Para los enunciados positivos la escala de valores según el acuerdo fue:

- Totalmente de acuerdo (**TA**): 5 puntos
- De acuerdo(**A**): 4 puntos
- Indeciso (**I**): 3 puntos
- Desacuerdo (**D**): 2 puntos
- Totalmente en desacuerdo (**TD**): 1 punto

Para los enunciados negativos la escala de valores según el acuerdo fue:

- Totalmente de acuerdo (**TA**): 1 punto
- De acuerdo(**A**): 2 puntos
- Indeciso (**I**): 3 puntos
- Desacuerdo (**D**): 4 puntos
- Totalmente en desacuerdo (**TD**): 5 punto

Al final se sumó el puntaje obtenido de cada ítem y se obtuvo la puntuación total, resultando lo siguiente:

- Actitud favorable: 78 – 155 puntos
- Actitud desfavorable: 0 – 78 puntos

Actitudes hacia la LM	TA	A	I	D	TD
1. Es de vital importancia que yo le dé el pecho materno a mi bebé recién nacido.	5	4	3	2	1
2. La leche materna es suficiente para alimentar a mi niño los primeros 6 meses de vida	5	4	3	2	1
3. Dar de mamar a mi bebé, no daña mi figura.	5	4	3	2	1
4. Se debe seguir dando de mamar aún cuando el niño presenta diarrea.	5	4	3	2	1
5. Creo que la leche materna es mejor que la artificial	5	4	3	2	1
6. No debo de dar otros alimentos aparte de la leche materna hasta que mi bebé cumpla los seis meses.	5	4	3	2	1
7. Si uso biberón aumento el riesgo de las enfermedades.	5	4	3	2	1
8. Debo lavarme los pezones cada vez que le voy a dar de amamantar al niño.	5	4	3	2	1
9. Es bueno dar lactancia materna a los niños desde el nacimiento.	5	4	3	2	1
10. Darle lactancia materna a los niños los protege de enfermedades.	5	4	3	2	1
11. Considero que la lactancia materna da muchos beneficios al niño y a la madre.	5	4	3	2	1
12. Debo dar el pecho materno cada vez que el niño quiera.	5	4	3	2	1
13. Debería de ingerir más líquidos durante el tiempo de lactancia materna.	5	4	3	2	1
14. Creo que es mejor comer más variado durante la lactancia materna.	5	4	3	2	1
15. Pienso que baja más la leche cuando me pongo más cerca al bebe durante al amamantamiento.	5	4	3	2	1
16. Si el niño llora después de un rato de mamar, no significa que mi leche no le llene, es normal (tiene hambre de nuevo).	5	4	3	2	1
Mitos y creencias sobre la lactancia materna					
17. Los bebes dejan de tomar pecho materno porque no les gusta o les da asco.	1	2	3	4	5
18. Si la madre se extrae leche y la tira al sol a las 12md en punto, la mama “se seca”.	1	2	3	4	5
19. Hay que darle el pecho materno porque es bueno.	5	4	3	2	1
20. No hay que dar el pecho cuando la mama está enojada.	1	2	3	4	5
21. Si se da el pecho materno, se pierde la forma del cuerpo de la madre, se le caen los senos y se ponen feos.	1	2	3	4	5
22. Si los pechos de la madre son pequeños, van a producir menos leche.	1	2	3	4	5
23. Cuando el niño es amamantado por más de un año, la madre tiende a no quedar embarazada aunque tenga relaciones.	1	2	3	4	5
24. hay que darle el pecho al niño después del primer año de vida.	1	2	3	4	5
25. La primera leche (el calostro) no se debe dar, porque no es buena leche.	1	2	3	4	5
26. Dar mucho de amamantar adelgaza y provoca desnutrición en la madre.	1	2	3	4	5
27. La madre no se debe bañar diario mientras está en periodo de lactancia.	1	2	3	4	5
28. Si le cae leche en el pelo al niño, se queda pelón.	1	2	3	4	5
29. Si la madre come cosas ácidas, se le corta la leche y lleva mal sabor.	1	2	3	4	5
30. La madre tiene que beber leche para que le salga más leche.	1	2	3	4	5
31. Hay que tomar pozol, pinol, tibio o cereales para que baje la leche.	1	2	3	4	5

Prácticas:

Para la medición de la práctica se realizaron 8 preguntas sobre práctica de Lactancia Materna, incluyendo la frecuencia de lactancia, duración de la lactancia materna exclusiva, , posición para amamantar, técnica de amamantamiento, limpieza e higiene.

Se calificó de la siguiente manera: cada enunciado correcto tenía el valor de un punto. Luego de calificar todos los enunciados, se procedió a sumar todos los puntos obtenidos y se sacó el promedio alcanzado:

Buena: 6-7 puntos

Regular: 3-5 puntos

Mala: 0-2 puntos

Práctica	SI
1. Cada cuánto le da el pecho materno?	
– A libre demanda (cada vez que el niño lo solicite)	1
– Cada hora	0
– Cada 3 horas	0
– Otro	0
2. Cómo se coloca usted al niño para amamantarlo	
El niño cuelga de su pezón y queda separado de usted	0
– El bebe está pegado a usted y le agarra todo el pezón con la areola	1
3. Qué posiciones adopta usted al momento de amamantar	
– Sentada/	1
– Acostada	0
4. Dio el pecho materno de forma exclusiva durante los primeros 6 meses?	
Sí	1
No	0
5. Se limpia o se lava usted los pechos antes de dar de mamar al niño	
Si	1
– No	0
– Algunas Veces	0
6. Durante el período de lactancia, ¿cuántas veces se lava los pezones	
Una vez al día	0
– Cada vez que voy a amamantar al niño	1
– Dos veces al día	0
– Otro	0
7. Cuando va a amamantar a su niño usted	
– Se lava las manos antes de amamantarlo	1
– Se lava las manos después de amamantarlo	0
– Se lava las manos solo si están sucias	0
– No se lava las manos	0

VIII. Aspectos éticos:

El trabajo cumplirá de manera confidencial y bajo el total anonimato con la identidad de cada uno de los pacientes, haciendo uso únicamente de la información necesaria para el desarrollo del estudio; la privacidad es uno de los valores de mayor atención. Dejando claro que los datos finales serán mencionados sin comprometer identidad.

Así los instrumentos de recolección de información (tanto el cuestionario auto aplicable a los informantes clave, como la encuesta estructurada aplicada a las madres participantes) serán llenados de manera anónima. Las fichas de recolección de la información así como la base de datos son propiedad exclusiva de los investigadores.

Las madres adolescentes participantes en el estudio firmaran un consentimiento informado para garantizar la confidencialidad de sus datos.

IX. Resultados

El presente estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna se encuestaron a 50 madres adolescente de niños atendidos en el servicio de pediatría que acudieron en el tercer trimestre del año 2015, encontrando que:

1. **En relación a las características Sociodemográficas de las madres adolescentes** en estudio encuestadas se encontró que el rango de edad que predomina es el de 17-19 con un porcentaje del 70%, seguido de 14-16 con un 30%. Con respecto al Estado civil encontramos que en las adolescentes encuestadas predomina la unión libre con un 50% y en segundo lugar soltero con un 30% y casado en un 20%. Según Procedencia predominan las adolescentes del área urbana con un 64% y del área rural corresponden el 36%. En cuanto a la ocupación de las madres en estudio, encontramos que del 100% de madres adolescentes encuestadas un 56% estudiaron hasta secundaria, el 24% solo hasta la primaria, el 20% estaban en la universidad. Con respecto a la ocupación de las madres encuestadas obtuvimos que un 46% es ama de casa, el 24% estudiante, el 20% tenían otras ocupaciones y solo el 10% comerciante. En cuanto a religión encontramos que la mayoría de las adolescentes pertenece a la religión católica con un 70% y le siguen de la religión evangélica con un 20% y un 10% pertenencia a Ninguna (**ver tabla N°1**)
2. **En relación a la fuente de información de lactancia materna:** El 100% de las madres adolescentes en estudio refirieron haber recibido en algún momento información sobre LM, la cual fue clara. En relación con Fuente de información observamos que el 54% conoció sobre la lactancia materna a través del personal de salud y en segundo lugar a través de la familia con un 26, y solo un 20% en internet. (**ver tabla N°2**)
3. **En cuanto al nivel de conocimiento general** fue bueno en el 54% de ellas, el 40% presento un conocimiento regular, y tan solo el 6% un conocimiento malo. (**ver tabla N°5**)

- *En lo que respecta al Conocimiento del concepto de lactancia materna encontramos que fue regular en la mayoría de las madres representando un 76%, las madres que alcanzaron un buen conocimiento fueron la minoría (10%) y un 14% de las madres tuvieron un mal conocimiento. (ver tabla N°4)*
- *Con respecto al conocimiento de las ventajas de la lactancia materna se encontró que un 70% de las madres tenían un conocimiento bueno, seguidas por las madres que obtuvieron un conocimiento regular con un 30%, cabe recalcar que ninguna madre adolescente reflejo un conocimiento malo(ver tabla N°4)*
- *Conocimiento de acuerdo a las contraindicaciones de la lactancia materna, se encontró que el 82% tiene un buen conocimiento y el 18% tiene un conocimiento regular acerca del tema(ver tabla N°4)*
- *Conocimientos de las diferencias entre la leche materna y la leche de fórmula Las madres adolescentes al evaluar sus conocimientos, el 94% de ellas tienen un buen conocimiento, mientras que un 6% tiene un conocimiento regular. (ver tabla N°4)*
- *Conocimientos sobre las acciones para una lactancia eficaz, se encontró que el 36% de las madres obtuvieron un conocimiento regular, el 34% un buen conocimiento y el 30% alcanzo un mal conocimiento. (ver tabla N°4)*

4. Tipo de actitud de las madres adolescentes en estudio hacia la LM:

Con respecto a las Actitudes encontramos que el 100% de las madres adolescentes encuestadas tenía una actitud positiva hacia la lactancia materna. (Ver tabla N°8)

5. Calidad de prácticas sobre LM de las madres adolescentes en estudio:

Con respecto a la calidad de las practicas, se encontró que la mayoría de las mujeres tenían una práctica mala (60%), seguida por aquellas que realizaban una práctica regular con 40% y

resaltando el hecho que nadie presento una práctica buena, hecho que nos debe alarmar acerca como se preparan a las mujeres para este importante rol. (Ver tabla N°10)

Al revisar la duración de la lactancia materna exclusiva entre las madres encuestadas se encontró que tan solo el 32% de las madres adolescentes llego a dar LME en los primeros 6 meses de vida, y un 68% antes del mes finalizaron la LME(ver tabla N°10)

Con respecto a la posición de amantamiento e higiene del pezón se encontró que el 64% adoptaba una posición correcta de amamantamiento y el 8% presentaba una buena higiene. (Ver tabla N°10)

6. Características sociodemográficas y nivel de conocimiento de LM:

En relación a las características sociodemográficas de acuerdo al nivel de conocimiento la mayoría de las madres que obtuvieron un conocimiento bueno se encontraban en un 65.7% en las edades de 17-19 años y un 26.7% entre 14-16 años, un conocimiento regular representó el 53.3% estando entre 14-16 años y el 34.4% entre 15-19 años y en 20% se encontraban las que tenían entre 14-16 años reflejando un conocimiento malo. En cuanto a al estado civil la mayor parte que obtuvo un conocimiento regular estaban solteras (62.7%). Según la procedencia las que tuvieron un nivel de conocimiento bueno representaron el 50% para las que eran del área urbana y un 61.1% del area rural, seguidas por un 16.7% que obtuvo un conocimiento malo que procedía del área rural. En relación a la escolaridad la mayoría de las madres que reflejaron un conocimiento bueno en un 100% las universitarias y un conocimiento regular las que cursaron primaria con un 83.3% y secundaria con un 35.7% y de las que tuvieron un conocimiento malo el 25% habían cursado primaria y secundaria. En cuanto a la ocupación, la mayoría de las madres que tuvieron un conocimiento bueno representó un 69.6% siendo estas ama de casa. En relación a la religión la mayoría que reflejo un conocimiento bueno eran las católicas con un 65.7% y un conocimiento malo represento un 8.6% esta religión. (Ver tabla N°6)

7. Características sociodemográficas y calidad de prácticas de LM:

En cuanto a las características sociodemográficas en relación a la calidad de práctica indica que del 100% que tenían entre 17-19 años el 65.7% obtuvieron una práctica mala, y del 100% que tenía entre 14-16 año el 46.7% también obtuvo una práctica mala y las que tenían una práctica

regular tenía entre 14-16 años y 17-19 años. En cuanto al estado civil la mayor parte de las madres que tuvieron mala práctica (82.6%) se encontraban soltera, el 52.9% estaba unión libre y el 20% casada. En tanto a la procedencia el 77.8% obtuvo una práctica mala era procedente del área rural y el 50% del área urbana, con respecto a la que tuvieron una práctica regular representó el 50% encontrándose madres del área urbana y el 22.2% del área rural. Al referirnos a la escolaridad la mayoría que tenían una práctica mala cursaron la primaria (75%), el 57.1% cursaron secundaria y un 50% universidad, el mismo porcentaje de secundaria obtuvo un conocimiento regular, un 42.9% de las que cursaron secundaria indico una práctica regular y por ultimo primaria con un 25%. Con respecto a la ocupación la mayoría de la madres que reflejaron una práctica mala eran ama de casa el 73.9%, el 25% eran estudiante, el 60% comerciantes y el 70% las madres que tenían otra ocupación. . Al referirnos a la religión la mayoría que tenían una práctica mala eran católica (62.9%) y el 30% eran evangélicas y por último el 100% eran testigo de Jehová. **(Ver tabla N°12)**

8. Nivel de conocimiento y calidad de práctica de LM:

El conocimiento según la calidad de la práctica, la mayoría de las madres que reflejaron una práctica mala había obtenido un conocimiento bueno en un 63%, seguidas por las que tuvieron un conocimiento regular en 50% y las que obtuvieron un conocimiento malo represento una práctica mala en un 100%; y de las madres que obtuvieron una práctica regular, la mayoría había reflejado un conocimiento bueno en un 37% y un conocimiento regular en un 50% y nadie obtuvo una práctica buena. **(Ver tabla N°15)**

X. Discusión de resultados

En el presente estudio CAP de lactancia materna realizado en madres adolescentes que acudieron con sus hijos al servicio de Pediatría del Hospital General España en el Tercer Trimestre 2015 obtuvimos que del total de las madres adolescentes encuestadas el rango de edad que predomina es el de 17-19 años con un porcentaje del 70% y en segundo lugar de 14-16 con un 30%.

Según ENDESA 2011/12, se alcanzan las tasas más altas de fecundidad adolescente en el área rural.

Con respecto a la educación de las madres adolescentes, según ENDESA seis de cada diez madres no tiene ningún nivel educativo aprobado y solamente una de cada diez presenta educación secundaria. Esto se contradice con nuestros resultados ya que en nuestro estudio de las 50 madres adolescentes encuestadas el 56% estudiaron hasta secundaria, el 24% solo hasta la primaria y en un 20% estaban cursando en la universidad.

En cuanto a Procedencia observamos que predominan las adolescentes del área urbana con un 64% y del área rural corresponden el 36%. Siendo los resultados contrarios con los de ENDESA donde sus datos reflejan que las tasas más altas de fecundidad adolescente se presentan en el en el área rural.

En lo que respecta a la fuente de información diversas instituciones se encargan de promover el desarrollo y promoción de la lactancia materna siendo la principal institución el MINSA, quien proporciona información y capacitaciones al personal médico y asistencial de las unidades de salud donde brindan atención materno infantil, pero al parecer esto no basta ya que al momento de la toma de información de parte de los actores clave algunos referían desconocer algunos aspectos de la lactancia materna, viendo este punto de otra perspectiva es una deficiencia que presenta el ministerio de salud, en su personal; si existe deficiencia en el personal asistencial que se le puede exigir a las madres adolescentes.

En la elaboración de este trabajo se pudo encontrar que el nivel de conocimiento fue Bueno en el 54% de las participantes, regular en el 40% y en el restante obtuvo un conocimiento malo (6%), demostrando que las madres adolescentes tienen un buen conocimiento. A finales de 2008 e inicios de 2009, se realizó un estudio en el Hospital Santiago de Jinotepe, titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva de las pacientes ingresadas en la Sala de Maternidad” en este estudio en cuanto a conocimientos sobre lactancia materna encontró que, las mujeres menores de 15 años tenían un conocimiento regular (el 100% de este grupo), las de 15-24 años conocimiento regular (60% de este grupo). Pudiéndose llegar a la conclusión que estos estudios el nivel de conocimientos es alto sobre lactancia materna de las participantes.

Según ENDESA (2011/12) Por diversas razones sociales, económicas y culturales, la práctica de la lactancia materna ha disminuido en América Latina y el Caribe. Entre estas razones se encuentran la adopción de nuevos modos de vida que no propician el acercamiento de la madre con el recién nacido, la utilización de leche de fórmulas y de pajas o biberones. La lactancia se tiende a abandonar pronto. En Nicaragua el 1.5% de los niños no lactaron desde el nacimiento, al llegar a los 4 a 5 meses 14.2 % ya no está lactando y a los de 20-23 meses ya no lo hace el 57.4%. La lactancia materna exclusiva es 58.8% en los menores de dos meses y disminuye al 11.5% en los niños de 4 a 5 meses.

Con respecto a las actitudes encontramos que en el estudio de Dávila y Hernández 2013 titulado Conocimientos Actitudes y Practicas sobre la lactancia materna exclusiva en mujeres que asisten a su control puerperal en edades de 15 a 49 años en el Centro de Salud Pedro Altamirano. Managua: Se hizo un estudio tipo CAP, donde de las mujeres en general el 90.1% presenta una actitud favorable ante la lactancia materna exclusiva, solo el 33,3% está dando una lactancia materna exclusiva, y de esta el 51.9% tiene una buena práctica. En nuestro estudio al ser evaluadas las actitudes se encontró que el 100% de las encuetadas posee una actitud positiva hacia la lactancia materna, lo que es un aspecto positivo para el desarrollo de la lactancia materna en estas madres.

En cuanto a las prácticas se encontró que el 60% de las madres adolescentes tienen una mala práctica en cuanto a lactancia materna y de todas ellas las madres que están en el rango de edad de 17-19 tienen una peor calidad de práctica (65.7%). Del total de mujeres encuestadas, el 60% no practican de manera adecuada una lactancia materna exclusiva. Según su procedencia, el 64% son de procedencia urbana siendo que el 50% poseen una mala práctica de lactancia materna, mientras el 34% son del área rural y que su nivel de práctica mal es del 77.8% de su 100%. El 63% de las madres tiene un buen conocimiento sobre lactancia materna obtuvieron una práctica mala. Todas las madres tienen una buena actitud en lo referente a lactancia materna a pesar de que el 60% de ellas tenga una mala práctica del amamantamiento.

La lactancia materna proporciona uno de los mayores aportes nutritivos al crecimiento físico y desarrollo mental y afectivo durante la niñez y ofrece una inigualable influencia positiva biológica y afectiva en la madre. Haciendo una revisión del presente estudio encontramos que propiciar el amamantamiento temprano es importante para el establecimiento de lazos afectivos entre madre e hijo. La lactancia materna, sea cual sea su duración o su momento de inicio, es relativamente alta en Nicaragua. Como se aprecia en ENDESA 2011/12 se encontró que el 94.2% de niños menores de cinco años habían lactado alguna vez, el 54.15% de los nacidos empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, el 80.8% en el mismo día y el 19.2% después de 24 horas. La lactancia materna exclusiva es 58.8% en <2 meses, 27.8% en 2-3 meses 28% en 4-5 meses y 11.5% en 6-7 meses es de 2.3% y en menores de 6 meses es de 31.7%. Los menores de 6 meses fueron alimentados con pecho más solo agua 8.1%, pecho y otros líquidos 5.1%, pecho y fórmulas 31.8% y pecho más sólidos/semisólidos en 17.4% y los que no lactan y reciben fórmulas en 6%. Según Dávila y Hernández 2013, solo el 33,3% estuvo dando una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

En el presente estudio, el 100% de los hijos/as de madres adolescentes lactó. La lactancia materna exclusiva no se cumplió hasta los 6 meses de edad. Ya que de las madres encuestadas respondió que el 32% dio pecho de forma exclusiva durante los primeros 6 meses.

Los datos del presente estudio, no están tan distantes de los obtenidos en otros estudios, en otras palabras no se alejan de la realidad a la que viven las madres adolescentes y sus hijos o hijas, consideramos que las madres adolescentes en general no poseen buenas prácticas en cuanto a

lactancia materna, tienden a abandonar tempranamente la lactancia materna exclusiva a pesar de haber adquirido una buena actitud hacia la lactancia.

En relación a las características sociodemográficas de acuerdo al nivel de conocimiento las madres que obtuvieron un conocimiento bueno se encontraban entre los 17-19 años, a pesar de la edad, la mayoría de las madres entre los 14-16 años también alcanzaron un nivel de conocimiento regular. El nivel de conocimiento malo lo obtuvieron las madres entre 17-19 años

En cuanto a al estado civil la mitad de las madres participantes se encontraban en unión libre y de estas solo el 23.5% tenía un nivel de conocimiento bueno, la minoría de madres estaba casada y de estas tan solo un 20% alcanzo un nivel de conocimiento regular. Al igual que en estudios anteriores como el de Bonilla Marvin Agosto 2012 donde se encontró que la mayoría de las madres a esta edad se encuentran en unión libre. Según la procedencia, las madres que obtuvieron un nivel de conocimiento bueno procedían del área urbana y rural. La mayoría de las madres, tanto de procedencia urbana como rural poseían un conocimiento regular, esto es similar a los datos de ENDESA donde reflejan que con respecto a la procedencia las diferencias no son considerables.

En relación a la escolaridad las madres que reflejaron un conocimiento bueno tenían algún grado de instrucción. Esto nos puede reflejar que la escolaridad de la madre influye en su nivel de conocimiento, sin embargo de acuerdo al grado de instrucción no todas las madres que poseían una escolaridad secundaria tenían un buen conocimiento. En cambio, más de la mitad que tenían escolaridad primaria poseían un nivel de conocimiento regular. Estos resultados son similares a los de ENDESA en los cuales a medida que aumenta el nivel de instrucción de la madre disminuye la tendencia a implementar la lactancia materna.

Con respecto a la ocupación de las madres, la mayoría era ama de casa y de estas solo el 8.7% poseen un conocimiento malo. En el aspecto de la religión la mayoría profesaba religión católica y de este grupo de madres el 8.6 % tenía un mal conocimiento.

Con respecto a las características sociodemográficas de acuerdo al tipo de actitud, no se realizó tabla de cruce de variable ya que como las actitudes fueron satisfactoria en el 100% de las madres participantes, los resultados de la tabla son los mismos que los resultados obtenidos en el cuadro simple de características sociodemográficas.

Según las características sociodemográficas encontramos que la mayoría se encontraba entre 17-19 años, siendo igual y similar a la encontrada en otros estudios Espinoza E. (2009) , en nuestro estudio la mayoría obtuvieron una práctica regular, se considera que tienen este tipo de práctica ya que aún sigue atendiendo primeros sus necesidades y olvida que el bebé también necesita atención especial, aun teniendo conocimiento de lactancia regular y actitud favorable ella prioriza sus necesidades, con respecto al estado civil la mayor parte de las madres que tuvieron mala práctica se encontraba en unión libre y estaba soltera, pues en muchas ocasiones una madre soltera tiene que buscar el sustento para ayudar a pagar los gastos del hogar donde reside, en la relación a las que se encuentran en unión libre, estas además de cumplir con el rol de madre poseen un rol de pareja. En cuanto a la procedencia más de la mitad del área urbana obtuvo una práctica mala, se podría esperar una práctica buena ya que es donde hay un mayor acceso a los servicios de salud y por tanto un más acercamiento a personas capacitadas en este tema, a mala práctica también se suma por la incorporación a la fuerza de trabajo de la mujer urbana, que enfrenta más obstáculos para amamantar por largo tiempo. Al referirnos a la escolaridad la mayoría cursaron la secundaria y de estas el 57.1% presentaron una mala práctica, indicándonos que el sistema de educación no imparte charlas acerca del tema encontrando una relación proporcional con lo que reporta ENDESA en donde observan los niveles más bajos de amamantamiento temprano entre los hijos de las mujeres con educación secundaria y superior, agregando que las mujeres con los niveles de educación más bajos y hasta sin nivel educativo formal dan más veces de mamar que aquellas mujeres con educación secundaria o superior. Según a la ocupación la mayoría de las madres las ama de casa la mayoría represento una mala práctica, aunque se esperaría que tuvieran una buena práctica por la mayor disposición de tiempo, pues como se había documentado estas cumplen otros roles y sobre todo aun buscan el cumplimiento sus propios intereses.

Al revisar la calidad de las prácticas de acuerdo al nivel de conocimiento de las madres adolescentes encuestadas encontramos que aquellas que tenían prácticas malas poseían un buen nivel de conocimiento en este trabajo, esto no difiere a lo reportado por ENDESA donde indica que aquellas madres con menor formación tienen mejores prácticas reflejadas en este caso por aquellas que dan más veces de mamar.

Aunque desde nuestra opinión como investigadores, es lógico este comportamiento ya que aquellas madres con mejor conocimiento, estarán mejor preparadas para realizar una mejor práctica, lo que constituiría una relación lineal si no influirían otros factores ajenos como el tiempo disponible de la madre, disposición, enfermedades, etc. Pero en este caso concuerda, ya que observamos que aquellas madres nivel de conocimiento malo, tienen calidad de prácticas malas.

Como las actitudes de las madres adolescentes fueron satisfactorias en el 100% no se realizó el cruce de variables entre tipo de actitud hacia la lactancia materna según calidad de práctica, ya que los resultados son los mismos que los reflejados en la tabla simple de calidad de prácticas.

XI. Conclusión

Mediante a la realización de este estudio de conocimientos actitudes y prácticas sobre lactancia materna en las madres adolescentes de pacientes atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital General España en el Tercer Trimestre 2015, se concluye:

1. La mayoría de las madres adolescentes se encontraban entre las edades de 17-19 años, predominando las de procedencia urbana, además que se encontró que estas tenían un alto nivel escolar, y a pesar de esto la mitad de las madres encuestadas eran amas de casa, según su estado civil la mitad se encontraban en unión libre.
2. También se concluyó que la mayoría de las madres adolescentes participantes posee un nivel de conocimiento bueno acerca de la lactancia materna.
3. Teniendo asimismo actitudes satisfactoria hacia la lactancia.
4. Pese a estos conocimientos bueno y con unas actitudes favorables hacia la misma, más de la mitad no dio lactancia materna de forma exclusiva en los primeros 6 meses de vida y realiza prácticas perjudiciales para la salud y nutrición del niño.
5. Se demuestra una alta exposición de las madres a información previa de LM, especialmente del sistema de salud, aun cuando se identifica áreas de mejora en cuanto a la calidad, suficiencia y utilidad de la información brindada.

XII. Recomendaciones

Al Ministerio de Educación (MINED):

- ❖ Implementar charlas de educación sexual a los estudiantes para disminuir el inicio de la vida sexual activa a temprana edad, así como también instruirlos en temas de utilización de métodos anticonceptivos de forma adecuada para contribuir a disminuir las tasas de fecundidad adolescentes.

Al Ministerio de salud (MINSA):

- ❖ Fomentar el MELA en los programas de planificación familiar dando a conocer las prácticas adecuadas, efectividad y ventajas nutricionales y de prevención de enfermedad del lactante.
- ❖ Involucrar a familiares y sobre todo a la pareja, en los planes educativos de lactancia materna para que conozcan las ventajas e influyan de manera positiva en las buenas prácticas
- ❖ Concientizar a las madres adolescentes sobre la importancia de la lactancia materna desde el momento del primer contacto con ellas.
- ❖ Realizar grupo de adolescente embarazadas para orientar acerca de cuidados del recién nacido, alimentación, planificación familiar e importancia de lactancia materna

Al Hospital General España:

- ❖ Realizar capacitaciones anuales a todo el personal del centro, ya que todos entran en contacto con las madres adolescentes y pueden transmitir el conocimiento fomentando la lactancia materna de manera adecuada.
- ❖ Brindarle información a la madre adolescente sobre los beneficios e importancia de la lactancia materna durante su estadía en los diferentes servicios del hospital.

Personal de Salud:

- ❖ Aprovechar cualquier oportunidad para fomentar practica de lactancia materna.

A la población general:

- ❖ Adquirir una buena práctica en cuanto a sus conocimientos y actitudes acerca de LME durante los primeros seis meses de vida y de esta forma instar a sus familiares para la colaboración de una mejor práctica y así contribuir a la reducción de la morbimortalidad infantil y de los costos económicos para la familia.

XIII. Bibliografía

1. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf
2. <https://www.portaleducativo.net/octavo-basico/200/Medios-de-comunicacion-Prensa-Television-Internet-Radio>
3. Anderson D.M. (Ed.) (2002) *Diccionario Mosby: medicina, enfermería y ciencias de la salud*, Editorial Océano.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Leche Materna. Junio 2012. 22. American Academic of Pediatrics (AAP). Guías para la lactancia materna exclusiva. marzo 2014.
5. Anderson K. N. (Ed.) (2007) *Diccionario de medicina Océano Mosby*, Editorial Océano
6. Baca Z., Betanco U., Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en las Madres Adolescentes. Cayanlipe, Villanueva, Chinandega, Nicaragua. Febrero 2002.
7. Blandón L. et al., Maternidad temprana en Nicaragua: un desafío constante. En Resumen. Nueva York: Instituto Guttmacher, 2006. Series, No. 3
8. Burkhalter, Barton R et al. (2006) *Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre en Nicaragua*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nicaragua. Octubre 2006.
9. Camacho-Lindo, Ángela E. y Sáenz-Lozada, María L. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Rev. Salud Pública. 9 (4): 587-594, 2007.
10. *Contraindicaciones y falsas contraindicaciones para la lactancia materna* (pp. 46) En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2010) *Lactancia Materna: guía para profesionales*
11. Espinoza E. et al. Conocimiento, prácticas, actitudes y creencias que tienen las pacientes de la sala de maternidad acerca de la lactancia materna. Hospital regional Santiago de Jinotepe, 2003
12. Fonseca Capote, Grethell. Lactancia materna en madres adolescentes. Instituto superior de Ciencias Médicas de la Habana "Victoria de Girón". La Habana, Cuba. 2004.

13. Gallego Machado, Rosa. Influencia de la educación sanitaria en madres adolescentes en su conducta para lactar. La Habana, Cuba. 2001;17(3):244-7
14. González I. et al., Lactancia Materna Exclusiva Factores De Éxito y/o Fracaso. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 177. Argentina. Enero 2008.
15. Hernández Aguilar, M. T. (2004). *Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España.* (pp.31-43) En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004) *Lactancia Materna: guía para profesionales*
16. Issler, Juan. Embarazo en la adolescencia. IPAS Centroamérica. Biblioteca Virtual. 2008.
17. Ley sobre Promoción de la Lactancia Materna. Decreto No. 912 del 15 de diciembre de 1981. (L.G. 23 de diciembre de 1981).
18. Lion K., Prata N., Stewart C. La maternidad en adolescentes de Nicaragua: una evaluación cuantitativa de factores asociados. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2010.* Nicaragua. 2010. pp.16–21
19. López S. et al. Lactancia materna en madres adolescentes en el municipio de Ciro Redondo. Cuba. 2001.
20. Luna C. Embarazo y lactancia durante la adolescencia. Revista Hospital General Dr. M. Gea González 2002; 5(3-4):55-58.
21. Malespin N.V. (Ed.) (2008) *Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2006/07*, Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Ministerio de Salud (MINSAL).
22. Manual de Encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) sobre la sexualidad SIDA / ETS. OMS. CONASIDA. Módulo A y B. México, DF.
23. Maradiaga A. y Medrano Y. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva de las pacientes ingresadas en la Sala de Maternidad del Hospital Santiago de Jinotepe en los meses noviembre, diciembre 2008 y enero 2009. Tesis monográfica. Carazo, Nicaragua. 2010.
24. Martín-Calama J. (2004) *Recomendaciones populares contrastadas y mitos sobre la lactancia materna.* (pp. 349-362) En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004) *Lactancia Materna: guía para profesionales*
25. Martínez G.E. (Ed.) (2006) *Diccionario Médico Zamora*, Zamora Editores.

26. Martínez Rubio A. (2004) *Ventajas de la lactancia materna para la madre* (pp. 119-123) En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004) *Lactancia Materna: guía para profesionales*
27. Martínez y Martínez R. (2005) *La salud del niño y del adolescente* México: Manual Moderno
28. Martínez y Martínez R, Cuevas A, Apodaca J. S. *Etapa adolescencia* (pp. 1560-1627) En Martínez y Martínez R. (2005) *La salud del niño y del adolescente* México: Manual Moderno
29. Nardi E., et al., Adolescencia Y Lactancia Materna. Conocimiento que poseen los adolescentes que concurren a distintos establecimientos escolares de Concepción del Uruguay, sobre Lactancia Materna. Uruguay, 2003.
30. Needleman R. D. (2004) *Adolescencia* (pp. 53-58) En Behrman, Kliegman, Jenson *Nelson Tratado de pediatría*
31. Oporta Sequeira M., Conocimientos y Practicas sobre Lactancia Materna Exclusiva de madres con niños (as) de seis meses de edad o menos que asisten al programa de VPCD en las unidades de Salud Camoapa, La Calamidad y La Embajada. Boaco, Nicaragua. Octubre 2005.
32. Pérez A., Valdés V. "Lactancia" – Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. *Obstetricia* – 1992. Chile.
33. Quezada-Salazar, Claudia A et al. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, D. F., México. 65: 19-25, 2008.
34. Remez L. et al., Datos sobre la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense. En Resumen. Nueva York: Instituto Guttmacher. 2008.
35. Stuart-Macadam P, (1995) *Breastfeeding, Biocultural Perspectives*, New York.
36. Temboursy Molina M.C. (2004). *Composición de la leche humana*. (pp. 59-76) En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004) *Lactancia Materna: guía para profesionales*
37. Temboursy Molina M.C. (2004). *Inicio de la lactancia en la maternidad*. (pp. 171-224) En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004) *Lactancia Materna: guía para profesionales*

38. Vásquez E. M., Santos M. I. *Nutrición, metabolismo y trastornos nutricionales* (pp.584-647) En Martínez y Martínez R. (2005) *La salud del niño y del adolescente* México: Manual Moderno
39. Sánchez Sarria O.L. Rodríguez D.R (20011) *Factores psicológicos y socioculturales vinculados a la Lactancia Materna Exclusiva* (pp.554-560) *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
40. Gomez-Aritzabal L. Díaz Ruiz. C.E (2010) *Factores asociados con Lactancia Materna exclusiva hasta el sexto mes de vida en madres adolescentes. Medellín* (pp. 374-485) *Revista de Salud Publica 2013*
41. Molina Chávez. R. Leiva D.V (2010) *Necesidades Educativas de las Madres Adolescentes durante la etapa de Posparto. Enfermería actual en Costa Rica*.
42. Fernández Rojas. X (2018) *Duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad urbana y rural de Costa Rica* (pp. 1-22). *Población y Salud en Mesoamérica*.

XIV. ANEXO

Anexo1: Tablas

Tabla 1

Características sociodemográficas de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.

n=50

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
14-16 años	35	70%
17-19 años	15	30%
Escolaridad		
Primaria	12	24%
Secundaria	28	56%
Universidad	10	20%
Estado civil		
Soltera	15	30%
Casada	10	20%
Unión libre	25	50%
Ocupación		
Ama de Casa	23	46%
Estudiante	12	24%
Comerciante	5	10%
Otros	10	20%
Religión		
Católica	35	70%
Evangélica	10	20%
Ninguna	5	10%
Procedencia		
Urbano	32	64%
Rural	18	36%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015.

Tabla 2.

Formas de información sobre lactancia materna que recibieron las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.

n=50

Información sobre lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
Información sobre lactancia materna		
<ul style="list-style-type: none">• Sí	50	100%
Tipo de información recibida		
<ul style="list-style-type: none">• Concepto de lactancia materna exclusiva• Duración de LME• Horario de LM• Ventajas de la LM• Tipos de LM• Posición de amantamiento• Contraindicación de LM	50 50 20 15 10 8 13	100% 100% 40% 30% 20% 16% 26%
Fuente de la información		
<ul style="list-style-type: none">• Familia• Internet• Personal de Salud	13 10 27	26% 20% 54%
Lugar donde recibió la información		
<ul style="list-style-type: none">• Organización no gubernamental• Ministerio de Salud• casa	10 35 5	20% 70% 10%
Calidad de la información recibida		
<ul style="list-style-type: none">• Clara• Confusa• Otra	45 3 2	90% 6% 4%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015.

Tabla3.
Conocimientos sobre lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital general España en el tercer trimestre del 2015.

n= 50

Conocimientos sobre lactancia Materna	Sí		No		No estoy segura	
	F	%	F	%	F	%
Conceptos sobre lactancia materna						
1. La Lactancia Materna es el acto en el cual la madre brinda al bebe pecho materno, ya sea de forma exclusiva o mixta.	50	100%	0	0	0	0
2. La leche materna es el alimento nutritivo, esencial y único que debe tener un bebe.	30	60%	20	40%	0	0
3. La LM cuando una madre atiende bien a sus hijos.	47	94%	3	6%	0	0
4. La leche es el mejor alimento que refuerza las defensas del bebe, lo inmuniza de enfermedades y garantiza su salud.	46	92%	4	8%	0	0
5. La lactancia materna exclusiva es alimentar al bebe exclusivamente con pecho materno hasta los 6 meses de edad, sin agregar ningún otro alimento, ni bebidas (incluyendo agua y leche de fórmula).	21	42%	29	58%	0	0
6. La lactancia materna mixta es la alimentación con pecho materno combinada con otros alimentos y bebidas, incluyendo agua.	50	100%	0	0	0	0
Ventajas de la lactancia materna					0	0
7. Le fortalece el sistema inmunológico, elevando sus defensas y previene enfermedades.	50	100%	0	0	0	0
8. Le proporciona una nutrición balanceada, favoreciendo el crecimiento sano y fuerte.	50	100%	0	0	0	0
9. Es la primera vacuna que recibe el bebe.	47	94%	3	6%	0	0
10. Contribuye a su desarrollo físico y mental.	50	100%	0	0	0	0
11. Están menos propenso a diabetes.	37	74%	13	26%	0	0
12. Produce una mejor absorción de nutrientes, ganando peso y previniendo la desnutrición.	50	100%	0	0	0	0
13. Pasados los primeros 6 meses la leche materna no lo alimenta.	37	74%	13	26%	0	0
14. Se disminuyen la duración de las enfermedades.	38	76%	12	24%	0	0
15. Es la primera etapa alimenticia del bebe.	50	100%	0	0	0	0
16. La madre necesita alimentación especial.	34	68%	16	32%	0	0
17. Es natural y gratis, ya que la madre produce su leche.	50	100%	0	0	0	0
18. Los primeros seis meses de lactancia materna exclusiva no se gasta en comprar otra leche, alimentos, ni biberones, por lo tanto se ahorra ese dinero.	50	100%	0	0	0	0
19. Mayor estabilidad económica en la familia ya que ese dinero lo puede utilizar en otros gastos del hogar.	50	100%	0	0	0	0
20. Menos idas al hospital, ya que se enferman menos y así se evitan gastos médicos.	44	88%	6	12%	0	0

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015.

Conocimientos sobre LM	Sí		No		No estoy segura	
Contraindicaciones de la lactancia materna						
21. Madre en tratamiento con fármacos antineoplásicos (contra el cáncer).	50	100%	0	0	0	0
22. Cuando la madre tiene alguna enfermedad crónica y está contraindicada por el tratamiento que esté recibiendo.	29	58%	21	42%	0	0
23. Bebe con intolerancia a la lactosa (intolerante a la leche), según criterio médico.	41	82%	9	18%	0	0
24. Cáncer de mama.	50	100%	0	0	0	0
25. Cuando usa antibióticos de amplio espectro o tetraciclinas.	50	100%	0	0	0	0
26. Cuando la madre tiene un proceso infeccioso, como mastitis.	50	100%	0	0	0	0
27. Solo cuando hay enfermedades infectocontagiosas (VIH/SIDA, Hepatitis B, Tuberculosis activa, Sífilis, Herpes).	50	100%	0	0	0	0
Diferencias entre la leche materna y la leche de vaca						
28. La leche materna es natural, no hay que agregarle nada y se absorbe bien.	50	100%	0	0	0	0
29. La leche de vaca es artificial, hay que prepararla, agregarle agua y no se absorbe bien.	50	100%	0	0	0	0
30. La fórmula es cara y se vence, la leche materna es gratis y no se vence.	47	94%	3	6%	0	0
31. No tienen la misma composición, ni concentración. La leche materna proporciona la cantidad exacta de lípidos, proteínas, anticuerpos, carbohidratos y otros nutrientes que el bebé necesita; en cambio la leche de fórmula no cumple con estos requerimientos necesarios.	31	62%	19	38%	0	0
32. La leche materna es higiénica y saludable; en cambio la leche de fórmula puede contaminarse y enfermar al bebé.	50	100%	0	0	0	0
Conocimientos sobre las acciones para una lactancia eficaz						
33. Se debe iniciar a dar el pecho materno en cuanto nace el bebé, tan pronto como sea posible.	47	94%	3	6%	0	0
34. Se debe empezar mínimo dentro de las primeras dos horas de nacido.	47	94%	3	6%	0	0
35. Se da los primeros 6 meses de vida del bebé, si no hay contraindicaciones maternas o del bebé.	30	60%	20	40%	0	0
36. Se debe dar hasta el año de vida, o hasta los 2 años si la mamá lo desea.	33	66%	17	34%	0	0
37. El apego precoz al pecho de la madre.	47	94%	3	6%	0	0
38. Alimentación adecuada de la madre, debe comer sano para producir más leche.	47	94%	3	6%	0	0
39. Que el niño succione frecuentemente el pecho materno, ya que la estimulación directa se da cuando la mamá amamanta al bebé.	17	34%	33	66%	0	0
40. Que la madre consuma muchos líquidos.	50	100%	0	0	0	0
41. No hay tiempo determinado para la Lactancia materna, es a libre demanda, es decir las veces que el bebé pida el pecho.	35	70%	15	30%	0	0
42. La madre en la lactancia debe lavarse sus pechos cuando se baña normalmente.	50	100%	0	0	0	0
43. Si la mamá tiene problemas en la piel o alergias, debe lavarse antes de amamantar.	50	100%	0	0	0	0
44. Antes y después de darle el pecho al bebé.	36	72%	14	28%	0	0
45. No hay tiempo fijo para que el niño mame en un seno, debe ser el tiempo que sea necesario y alternarlo con el otro seno.	31	62%	19	38%	0	0

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015.

Tabla 4

Nivel de conocimiento sobre lactancia materna por variable estudiada en las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.

n=50

Conocimiento	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Concepto sobre lactancia materna	5	10%	38	76%	7	14%	50	100%
Ventajas sobre LM	35	70%	15	30%	0	0	50	100%
Contraindicacion sobre LM	41	82%	9	18%	0	0	50	100%
Diferencia sobre LM	47	94%	3	6%	0	0	50	100%
Conocimientos sobre las acciones para una lactancia eficaz	11	22%	30	60%	9	18%	50	100%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015.

Tabla 5

Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.

n=50

Nivel de Conocimiento	frecuencia	Porcentaje
Bueno	27	54%
Regular	20	40%
Malo	3	6%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015.

Tabla6.

Características sociodemográficas y Nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en las madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer del 2015

n=50

Características Sociodemográficas	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Edad								
14-16 años	4	26.7%	8	53.3%	3	20%	15	100%
17-19 años	23	65.7%	12	34.3%	0	0%	35	100%
Procedencia								
Urbana	16	50%	16	50%	0	0	32	100%
Rural	11	61.1%	4	22.2%	3	16.7%	18	100%
Estado Civil								
Soltera	15	62.7%	5	21.7%	3	13%	23	100%
Unión libre	4	23.5%	13	76.5%	0	0	17	100%
Casada	8	80%	2	20%	0	0	10	100%
Escolaridad								
Primaria	1	8.3%	10	83.3%	1	8.3%	12	100%
Secundaria	16	57.1%	10	35.7%	2	7.1%	18	100%
Universidad	10	100%	0	0	0	0	10	100%
Ocupación								
Ama de casa	16	69.6%	5	21.7%	2	8.7%	23	100%
Estudiante	5	41.7%	6	50%	1	8.3%	12	100%
Comerciante	1	20%	4	80%	0	0	5	100%
Otro	5	50%	5	50%	0	0	10	100%
Religión								
Católica	23	65.7%	9	25.7%	3	8.6%	35	100%
Evangélica	3	30%	7	70%	10		10	100%
Otro	1	20%	4	80%	0		5	100%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015.

Tabla 7

Actitudes hacia lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.

n=50

Actitudes hacia la LM	TA		A		I		D		TD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Es de vital importancia que yo le dé el pecho materno a mi bebé recién nacido.	50	100%	0	0	0	0	0	0	0	0
2. La leche materna es suficiente para alimentar a mi niño los primeros 6 meses de vida	18	36%	25	50%	7	14%	0	0	0	0
3. Dar de mamar a mi bebé, no daña mi figura.	17	34%	23	46%	0	0	0	0	0	0
4. Se debe seguir dando de mamar aún cuando el niño presenta diarrea.	18	36%	13	26%	14	28%	5	10%	0	0
5. Creo que la leche materna es mejor que la artificial	50	100%	0	0	0	0	0	0	0	0
6. No debo de dar otros alimentos aparte de la leche materna hasta que mi bebé cumpla los seis meses.	13	26%	33	66%	4	8%	0	0	0	0
7. Si uso biberón aumento el riesgo de las enfermedades.	0	0	0	0	50	100%	0	0	0	0
8. Debo lavarme los pezones cada vez que le voy a dar de amamantar al niño.	0	0	44	88%	6	12%	0	0	0	0
9. Es bueno dar lactancia materna a los niños desde el nacimiento.	50	100%	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Darle lactancia materna a los niños los protege de enfermedades.	41	82%	9	18%	0	0	0	0	0	0
11. Considero que la lactancia materna da muchos beneficios al niño y a la madre.	50	100%	0	0	0	0	0	0	0	0
12. Debo dar el pecho materno cada vez que el niño quiera.	31	62%	10	20%	9	18%	0	0	0	0
13. Debería de ingerir más líquidos durante el tiempo de lactancia materna.	50	100%	0	0	0	0	0	0	0	0
14. Creo que es mejor comer más variado durante la lactancia materna.	0	0	24	48%	26	52%	0	0	0	0
15. Pienso que baja más la leche cuando me pongo más cerca al bebe durante al amamantamiento.	0	0	31	62%	19	38%	0	0	0	0
16. Si el niño llora después de un rato de mamar, no significa que mi leche no le llene, es normal (tiene hambre de nuevo).	33	66%	17	34%	0	0	0	0	0	0

Mitos y creencias sobre la lactancia materna	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
17. Los bebes dejan de tomar pecho materno porque no les gusta o les da asco.	0	0	25	50%	25	50%	0	0	0	0
18. Si la madre se extrae leche y la tira al sol a las 12md en punto, la mama "se seca".	0	0	0	0	8	16%	42	84%	0	0
19. Hay que darle el pecho materno porque es bueno.	50	100%	0	0	0	0	0	0	0	0
20. No hay que dar el pecho cuando la mama está enojada.	0	0	19	38%	7	35%	24	48%	0	0
21. Si se da el pecho materno, se pierde la forma del cuerpo de la madre, se le caen los senos y se ponen feos.	0	0	0	0	8	16%	42	84%	0	0
22. Si los pechos de la madre son pequeños, van a producir menos leche.	14	28%	31	62%	5	10%	0	0	0	0
23. Cuando el niño es amamantado por más de un año, la madre tiende a no quedar embarazada aunque tenga relaciones.	4	8%	4	8%	19	38%	23	46%	0	0
24. hay que darle el pecho al niño después del primer año de vida.	0	0	5	10%	24	48%	21	42%	0	0
25. La primera leche (el calostro) no se debe dar, porque no es buena leche.	4	8%	0	0	15	30%	18	36%	13	26%
26. Dar mucho de amamantar adelgaza y provoca desnutrición en la madre.	0	0	0	0	12	24%	15	30%	23	46%
27. La madre no se debe bañar diario mientras está en periodo de lactancia.	0	0	0	0	0	0	15	30%	35	70%
28. Si le cae leche en el pelo al niño, se queda pelón.	0	0	0	0	0	0	4	8%	46	92%
29. Si la madre come cosas ácidas, se le corta la leche y lleva mal sabor.	0	0	25	50%	18	36%	7	14%	0	0
30. La madre tiene que beber leche para que le salga más leche.	26	52%	24	48%	0	0	0	0	0	0
31. Hay que tomar pozol, pinol, tibio o cereales para que baje la leche.	50	100%	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015

Tabla 8

Tipo de actitud hacia lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	50	100%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015

Tabla 9

Características sociodemográficas y Actitud hacia la Lactancia Materna en las madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015

Características Sociodemográficas	Actitud	
	Favorable	
	Nº	%
Edad		
14-16 años	15	100%
17-19 años	35	100%
Procedencia		
Urbana	32	100%
Rural	18	100%
Estado Civil		
Soltera	23	100%
Unión libre	17	100%
Casada	10	100%
Escolaridad		
Primaria	12	100%
Secundaria	28	100%
Universidad	10	100%
Ocupación		
Ama de Casa	23	100%
Estudiante	12	100%
Comerciante	5	100%
Otro	10	100%
Religión		
Católica	35	100%
Evangélica	10	100%
Ninguna	5	100%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015

Tabla 10
Práctica en lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños
atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General España en el
tercer trimestre del 2015

n=50

Práctica	F	%
1. Cada cuánto le da el pecho materno?		
– A libre demanda (cada vez que el niño lo solicite)	35	70%
– Cada hora	6	12%
– Cada 3 horas	9	18%
– Otro	0	0
2. Cómo se coloca usted al niño para amamantarlo		
El niño cuelga de su pezón y queda separado de usted	19	38%
– El bebe está pegado a usted y le agarra todo el pezón con la areola	31	62%
3. Qué posiciones adopta usted al momento de amamantar		
– Sentada/	32	64%
– Acostada	18	36%
4. Dió el pecho materno de forma exclusiva durante los primeros 6 meses?		
Sí	16	32%
No	34	68%
5. Se limpia o se lava usted los pechos antes de dar de mamar al niño		
Si	4	8%
– No	32	64%
– Algunas Veces	14	28%
6. Durante el período de lactancia, ¿cuántas veces se lava los pezones		
Una vez al día	32	64%
– Cada vez que voy a amamantar al niño	9	18%
– Dos veces al día	9	18%
– Otro	0	0
7. Cuando va a amamantar a su niño usted		
– Se lava las manos antes de amamantarlo	0	0
– Se lava las manos después de amamantarlo	0	0
– Se lava las manos solo si están sucias	43	86%
– No se lava las manos	7	14%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015

Tabla11.

Nivel de práctica sobre lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.

Nivel de Practica	Frecuencia	Porcentaje
Regular	20	40%
Mala	30	60%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015

Tabla12.

Características sociodemográficas y Prácticas en Lactancia Materna de las madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015

n=50

Características Sociodemográficas	Nivel de Práctica				Total	
	Regular		Malo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Edad						
14-16 años	8	53.3%	7	46.7%	15	100%
17-19 años	12	34.3%	23	65.7%	35	100%
Procedencia						
Urbana	16	50%	16	50%	32	100%
Rural	4	22.2%	14	77.8%	18	100%
Estado Civil						
Soltera	4	17.4%	19	82.6%	32	100%
Unión Libre	8	47.1%	9	52.9%	18	100%
Casada	8	80%	2	20%	10	100%
Escolaridad						
Primaria	3	25%	9	75%	12	100%
Secundaria	12	42.9%	16	57.1%		
universidad	5	50%	5	50%	10	100%
Ocupación						
Ama de Casa	6	26.1%	17	73.9%	23	100%
Estudiante	9	75%	3	25%	12	100%
Comerciante	2	40%	3	60%	5	100%
Otro	3	30%	7	70%	10	100%
Religión						
Católica	13	37.1%	22	62.9%	35	100%
Evangélica	7	70%	3	30%	10	100%
Ninguna	0	0	5	100%	5	100%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015

Tabla13

Actitud y Práctica en Lactancia Materna de las madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.

Actitud	Regular		Mala		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Favorable	20	40%	30	60%	50	100%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015

Tabla14

Conocimiento y Actitud hacia la Lactancia Materna en las madres adolescentes de pacientes niños en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.

Conocimiento	Nivel de Actitud			
	Favorable		Desfavorable	
	Nº	%	Nº	%
Bueno	27	54%	0	0%
Regular	20	40%	0	0%
Malo	3	6%	0	0%
Total	50	100%	0	0%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015

Tabla15

Conocimiento y Prácticas en Lactancia Materna en las madres adolescentes de pacientes niños en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.

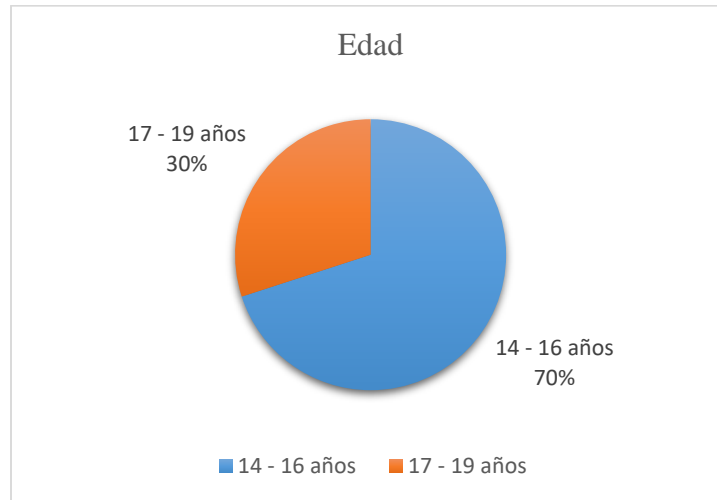
Conocimiento	Práctica				Total	
	Regular		Mala		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Bueno	10	37%	17	63%	27	100%
Regular	10	50%	10	50%	20	100%
Malo	0	0	3	100%	3	100%

Fuente: Encuesta a madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del HGE. III trimestre del 2015

Anexo2: Gráficos

Grafico1:

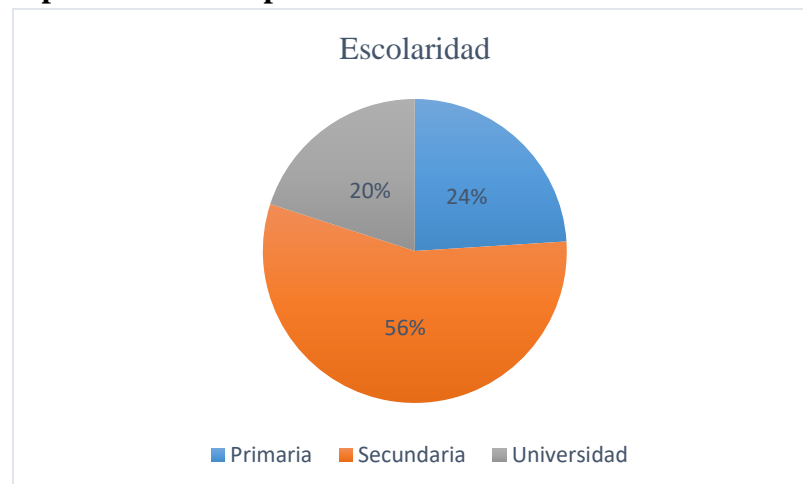
Edad de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 1

Grafico2.

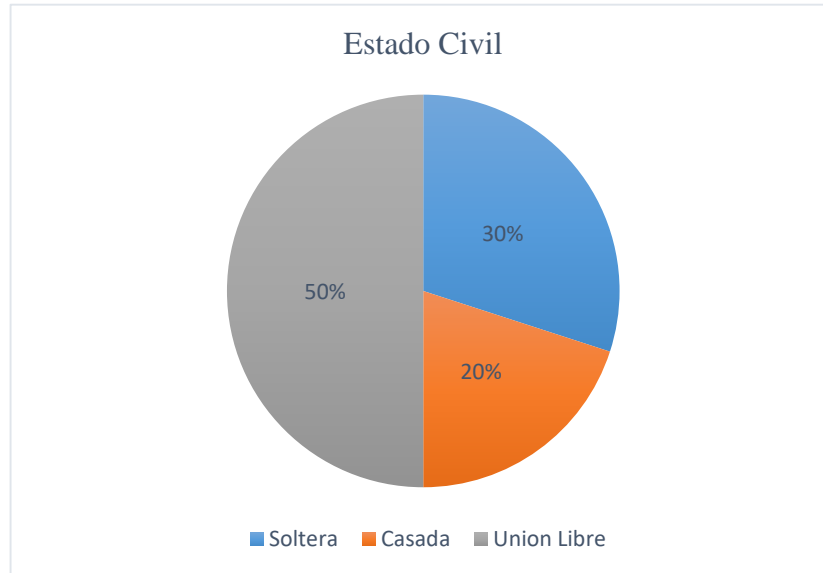
Escolaridad de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 1

Grafico3.

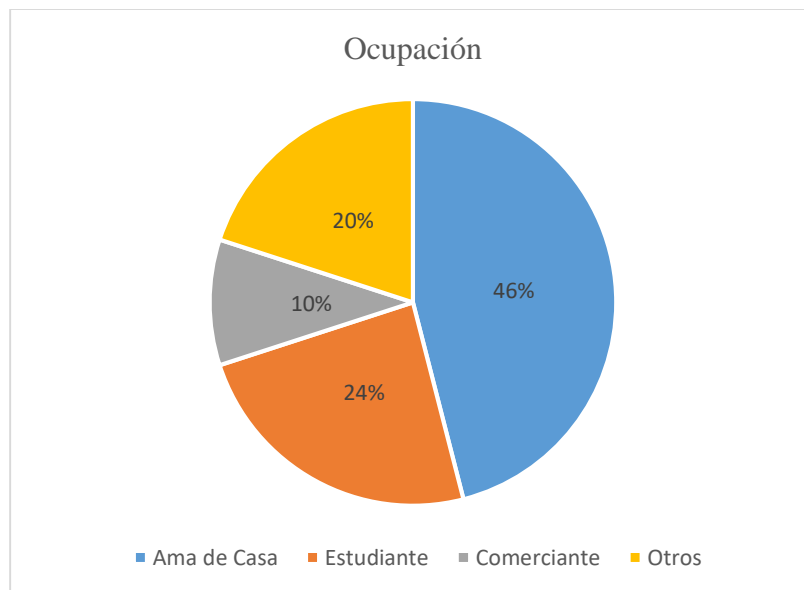
Estado civil de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 1

Grafico4.

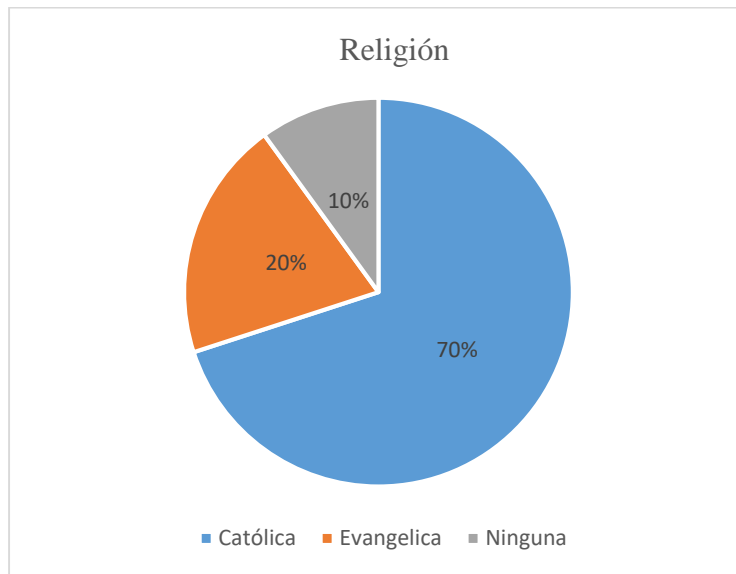
Ocupación de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 1

Grafico5.

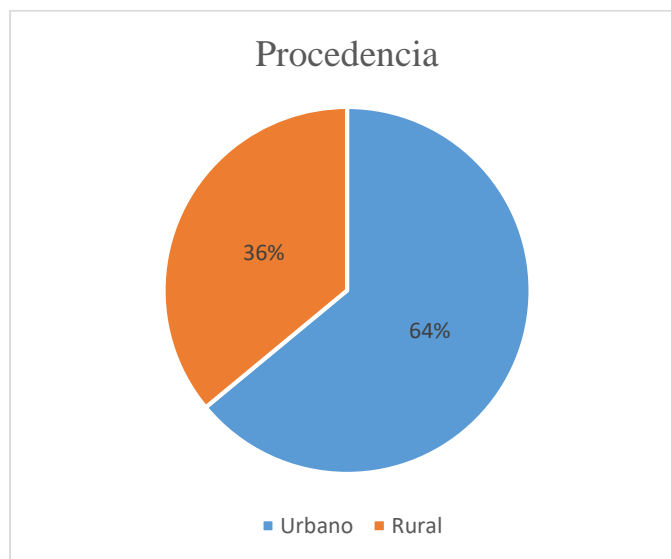
Religión de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 1

Grafico6

Procedencia de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 1

Grafico7.

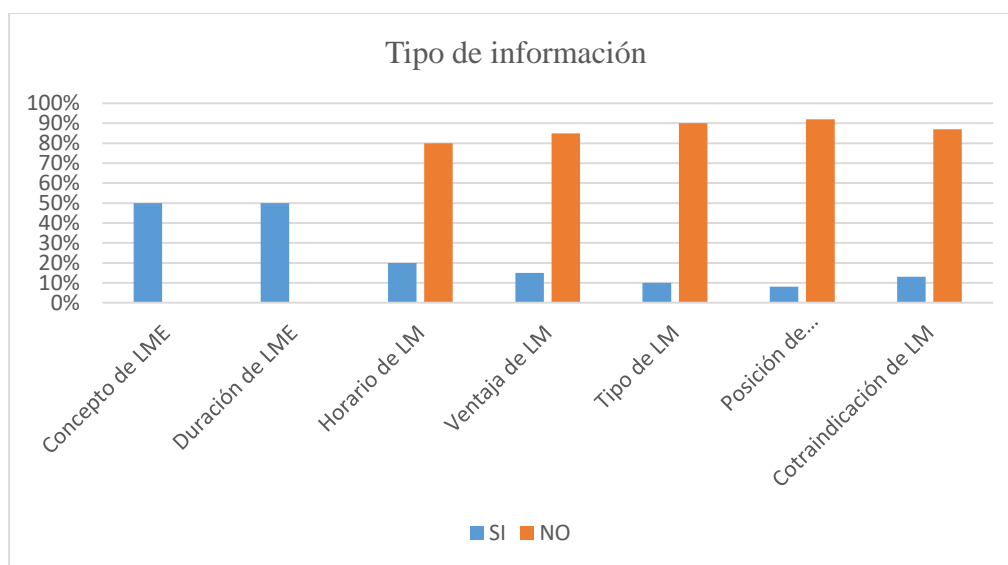
Información sobre lactancia materna que recibieron las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 2

Grafico8

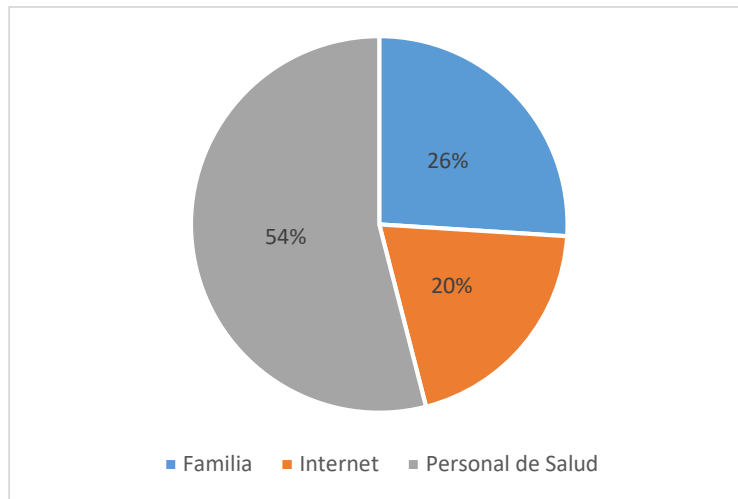
Tipo de información sobre lactancia materna que recibieron las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 2

Grafico9

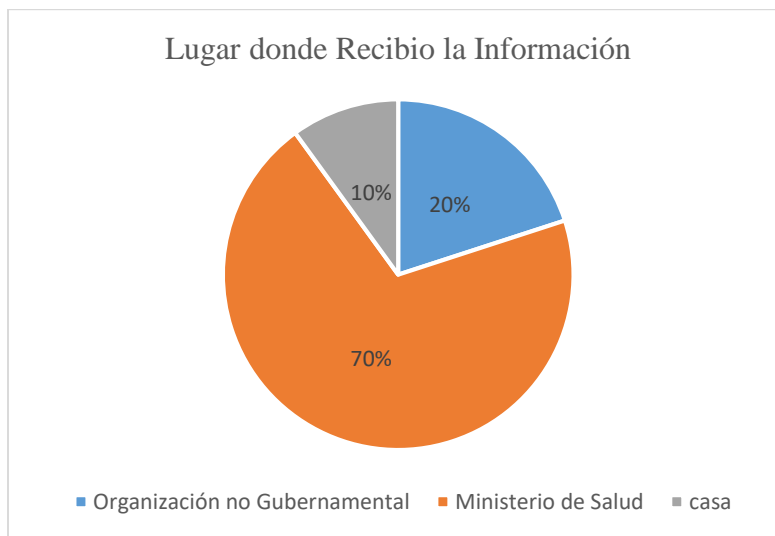
Fuente de información sobre lactancia materna que recibieron las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 2

Grafico10

Lugar donde recibió la información sobre lactancia materna que recibieron las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015



Fuente: Tabla 2

Grafico11

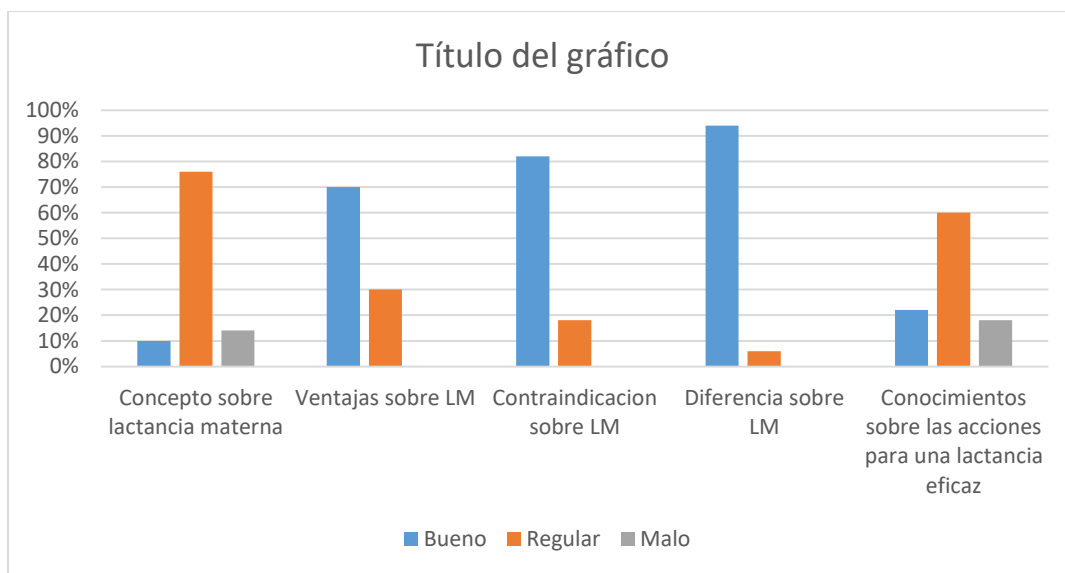
Calidad de la información recibida sobre lactancia materna que recibieron las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015



Fuente: Tabla 2

Grafico12

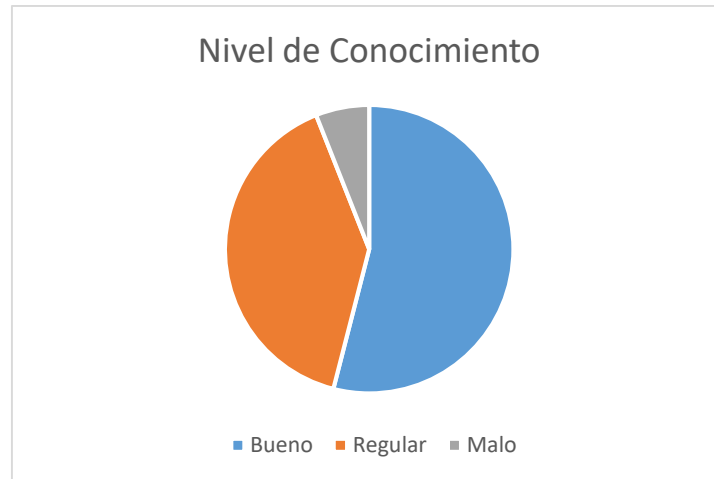
Nivel de conocimiento sobre lactancia materna por variable estudiada en las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 4

Grafico13

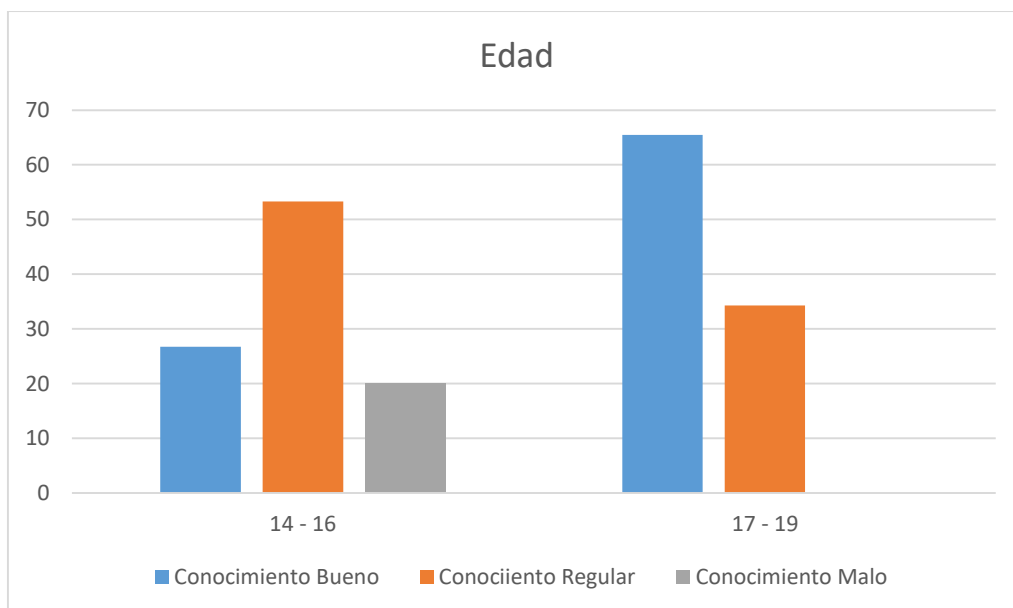
Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015



Fuente: Tabla 5

Grafico14

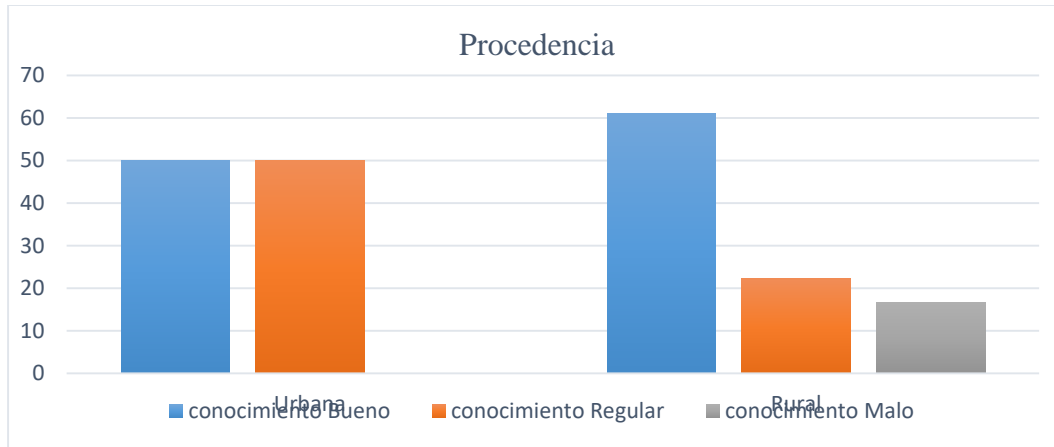
Edad y nivel de conocimientos de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 6

Grafico15

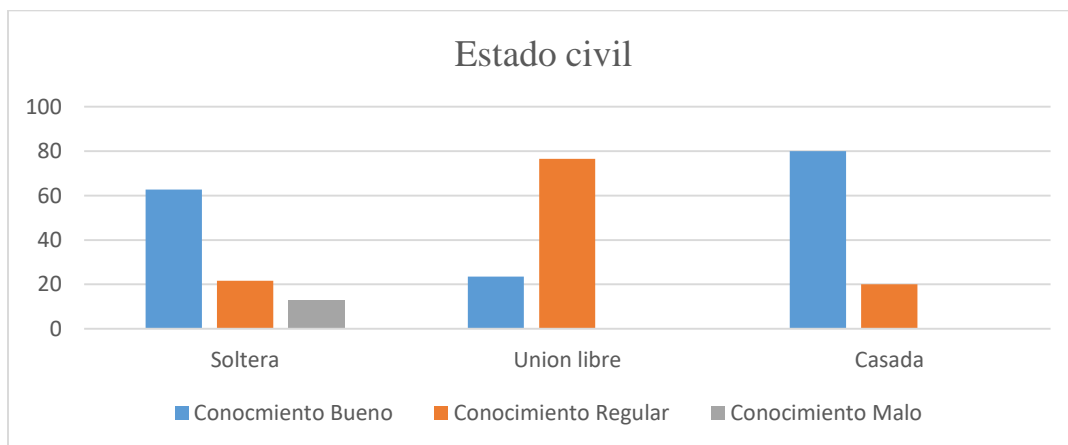
Procedencia y nivel de conocimientos de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 6

Grafico16.

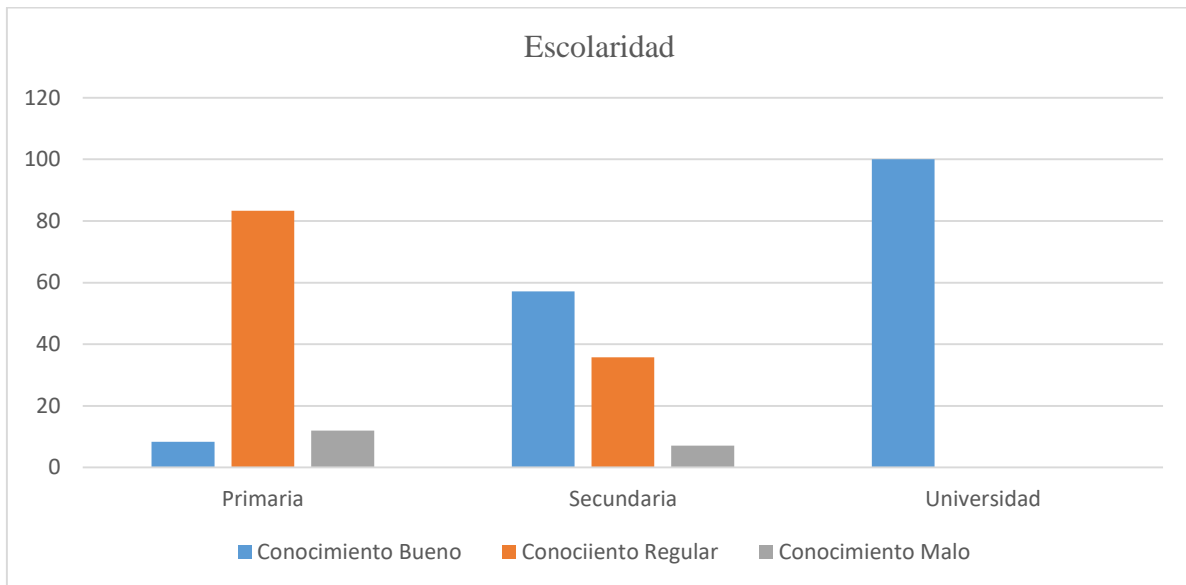
Estado Civil y nivel de conocimientos de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 6

Grafico17

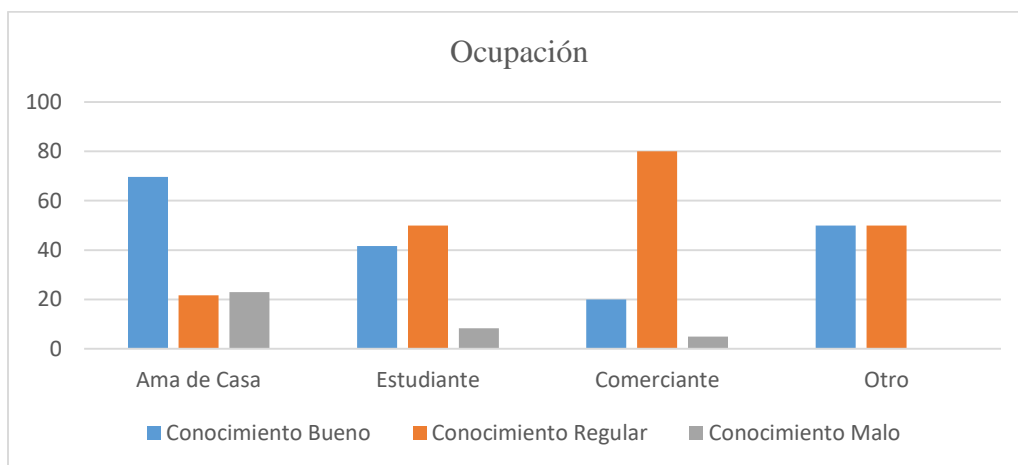
Escolaridad y nivel de conocimientos de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 6

Grafico18

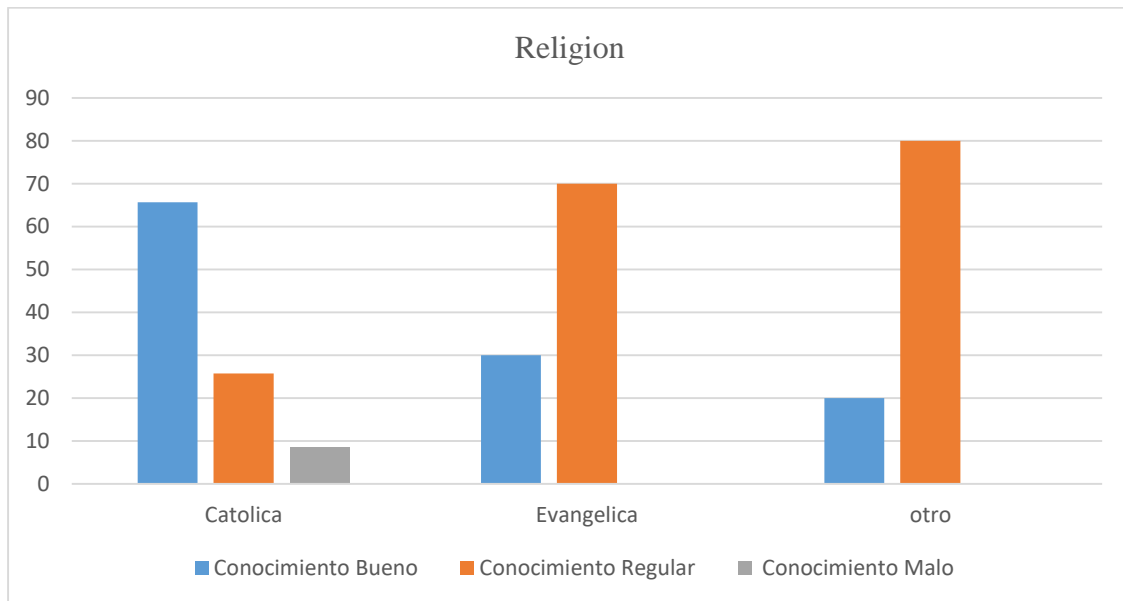
Ocupación y nivel de conocimientos de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 6

Grafico19

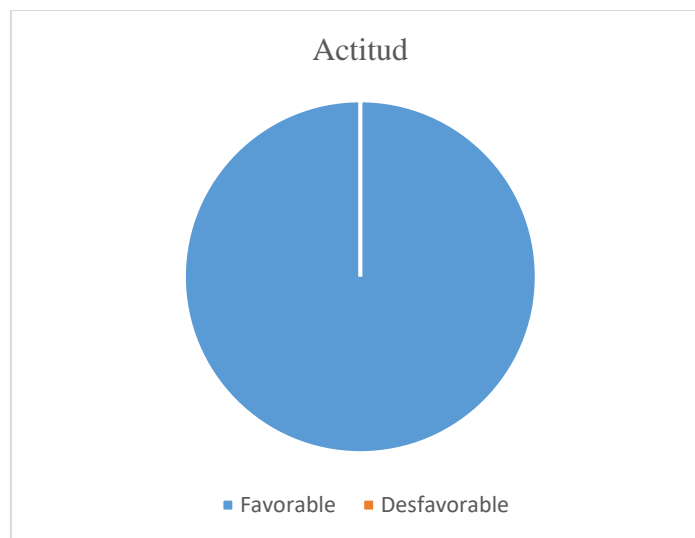
Religión y nivel de conocimientos de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 6

Grafico20

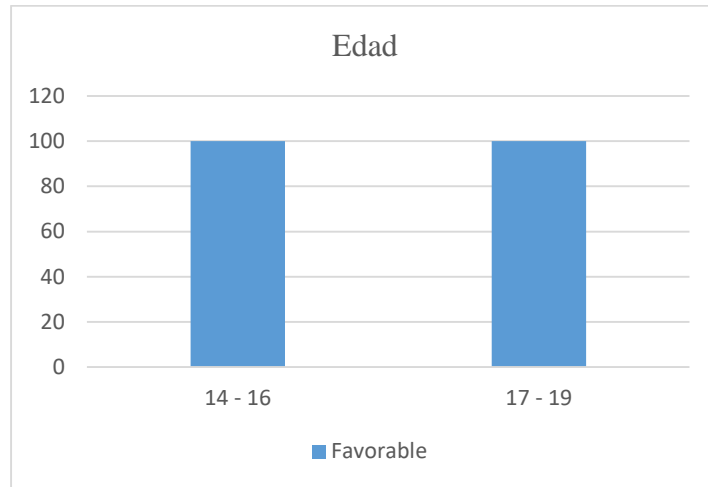
Tipo de actitud hacia lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 8

Grafico21

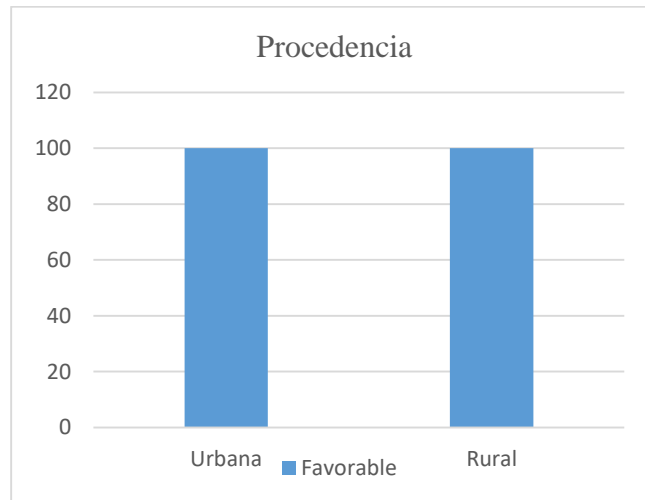
Edad y Actitud hacia la lactancia materna de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 9

Grafico22

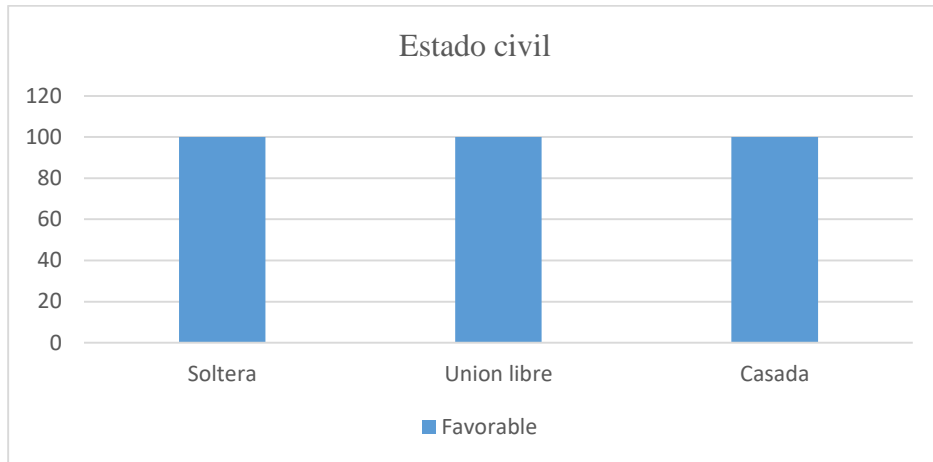
Procedencia y Actitud hacia la lactancia materna de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 9

Grafico23

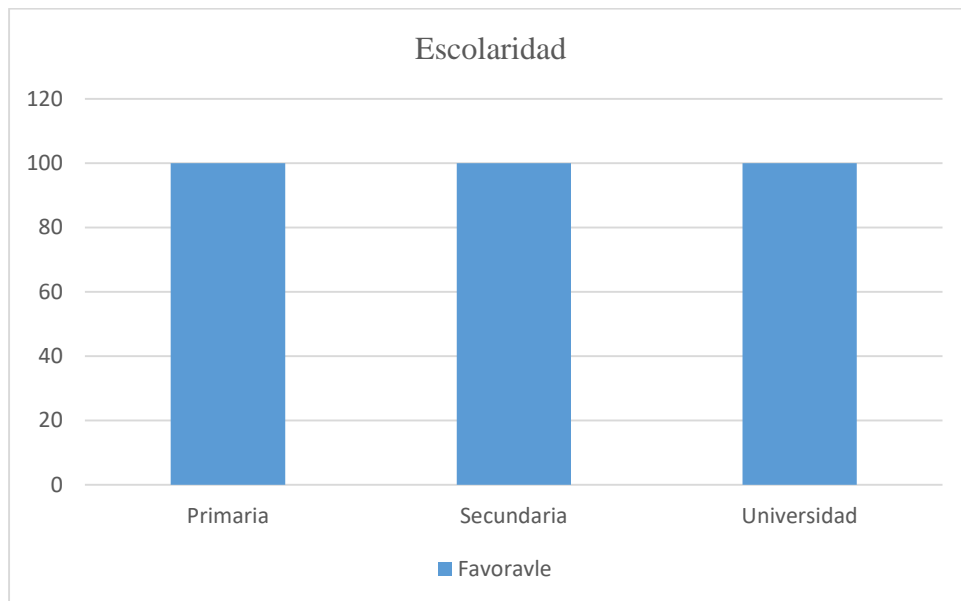
Estado Civil y Actitud hacia la lactancia materna de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 9

Grafico24.

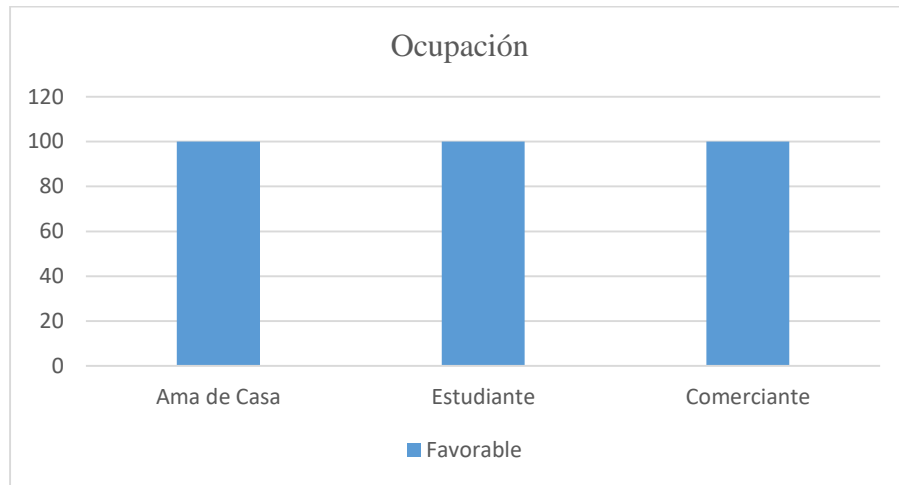
Escolaridad y Actitud hacia la lactancia materna de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 9

Grafico25

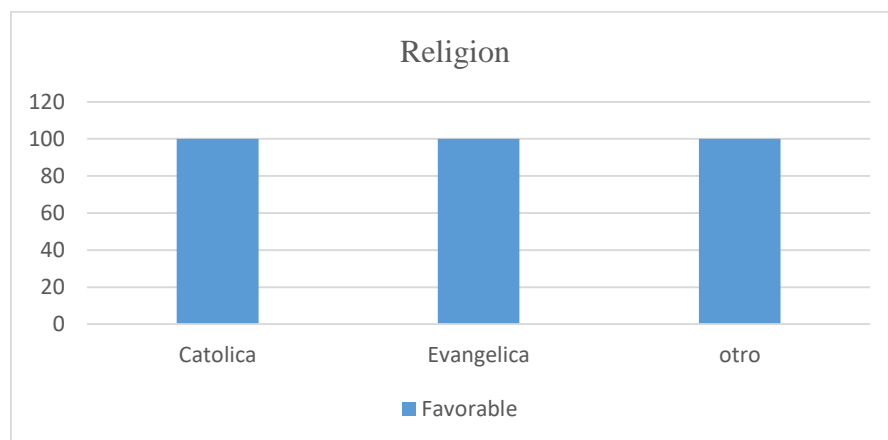
Ocupación y Actitud hacia la lactancia materna de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 9

Grafico26

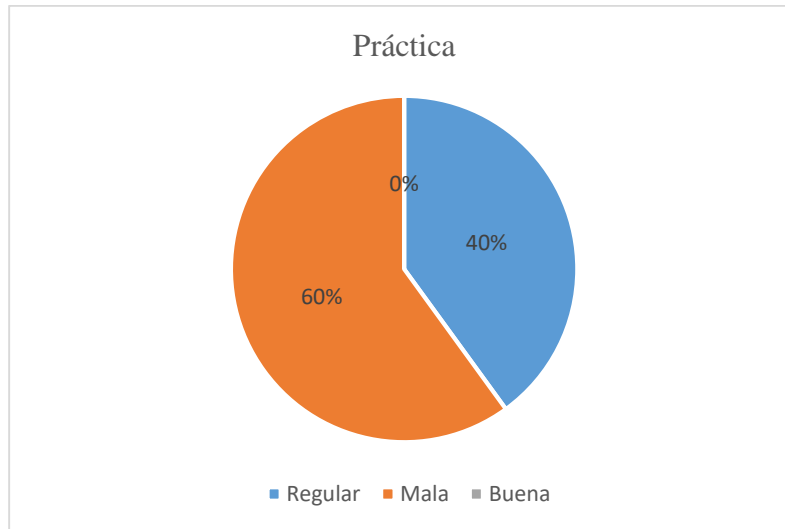
Religión y Actitud hacia la lactancia materna de las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 9

Grafica27

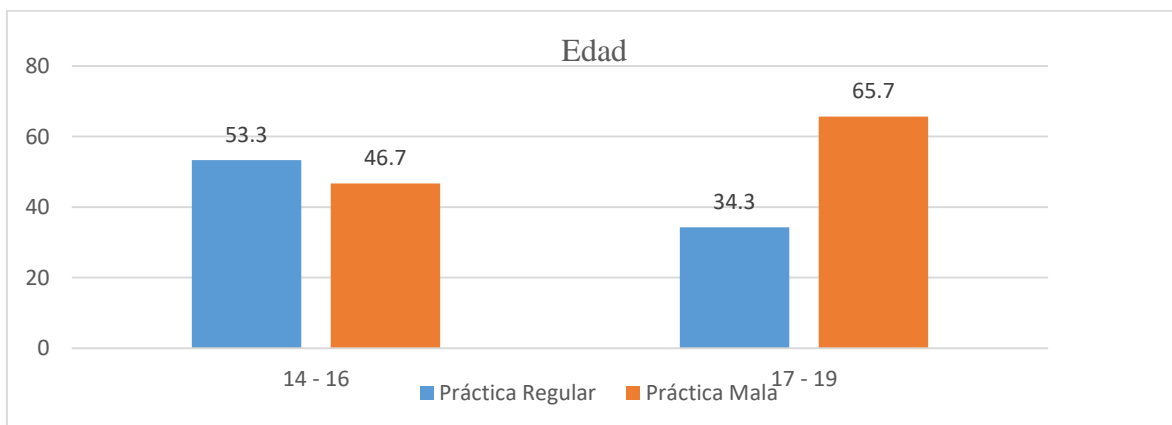
Nivel de práctica sobre lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 11

Grafica28

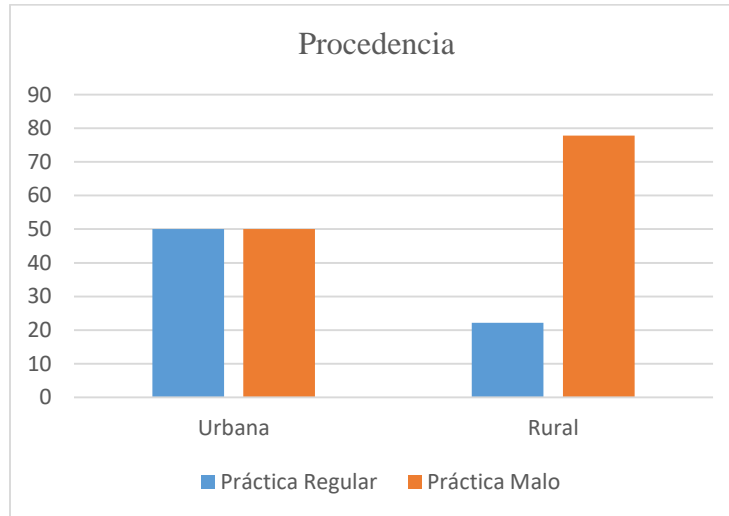
Edad y Práctica en la lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 12

Grafica29

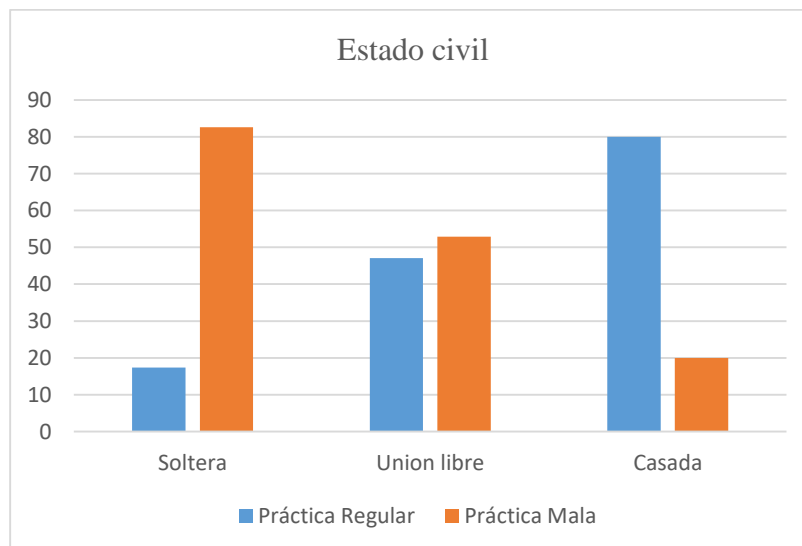
Procedencia y Práctica en la lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 12

Grafica30

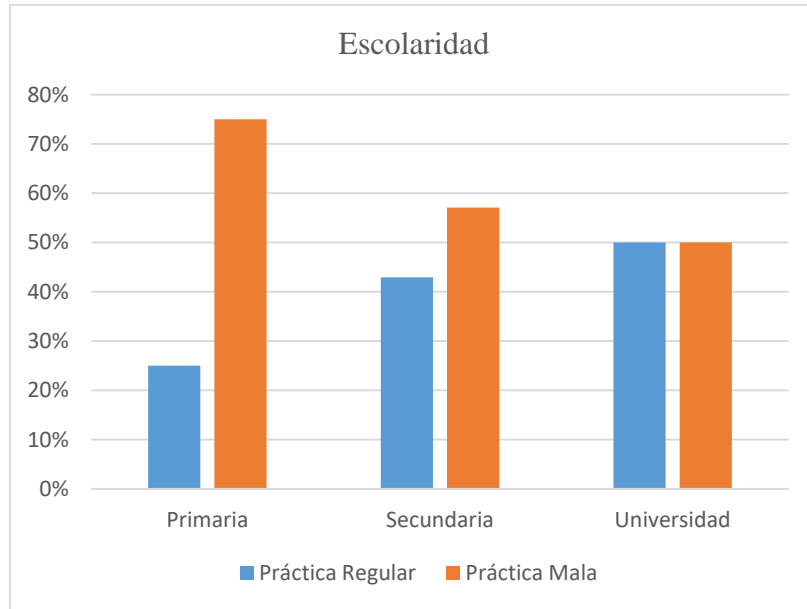
Estado Civil y Práctica en la lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 12

Grafica31

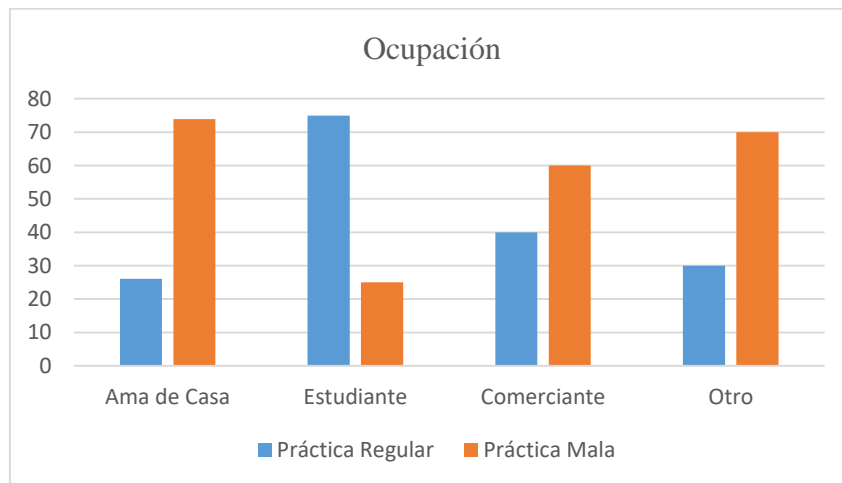
Escolaridad y Práctica en la lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 12

Grafica32

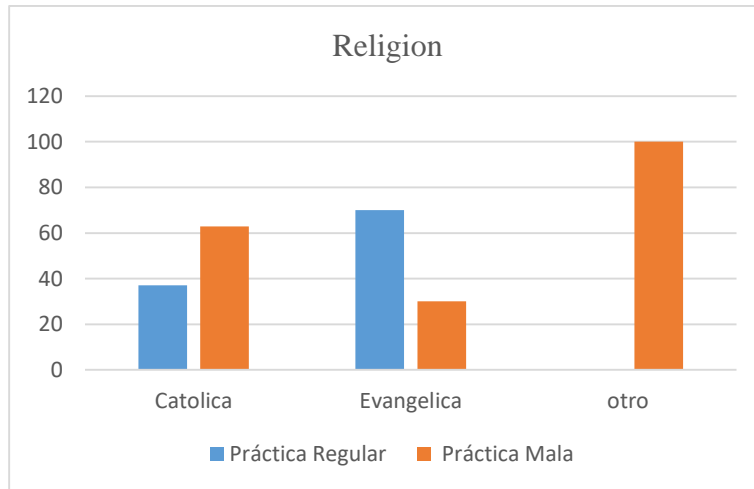
Procedencia y Práctica en la lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 12

Grafica33

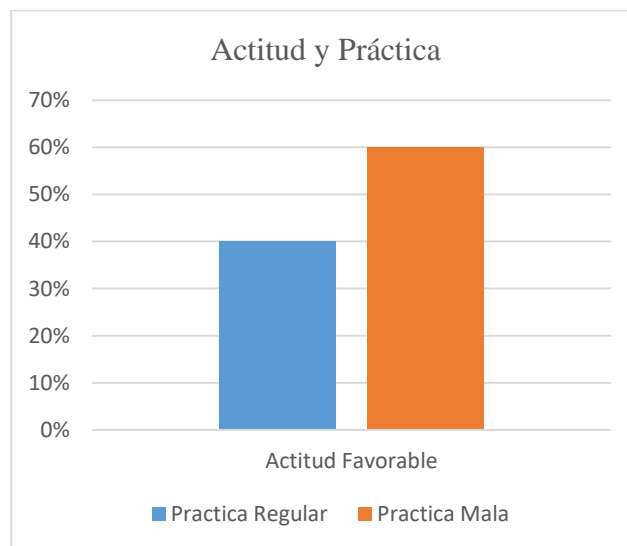
Religión y Práctica en la lactancia materna que tienen las madres adolescentes de niños atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 12

Grafico34

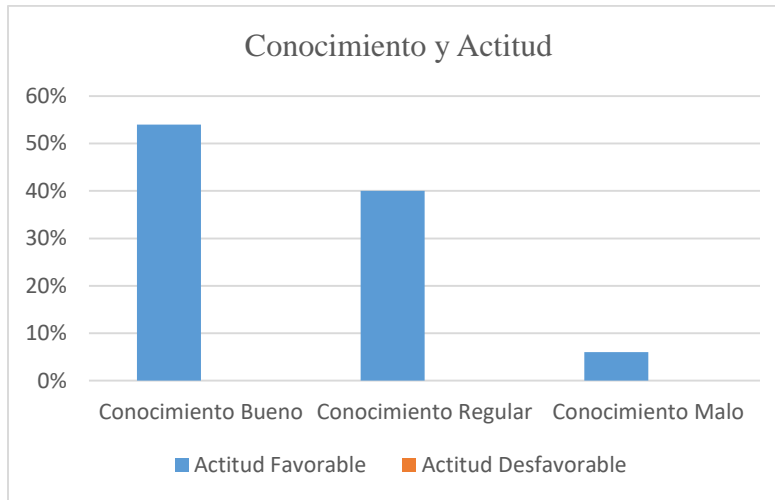
Actitud y Práctica en Lactancia Materna de las madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 13

Grafico35

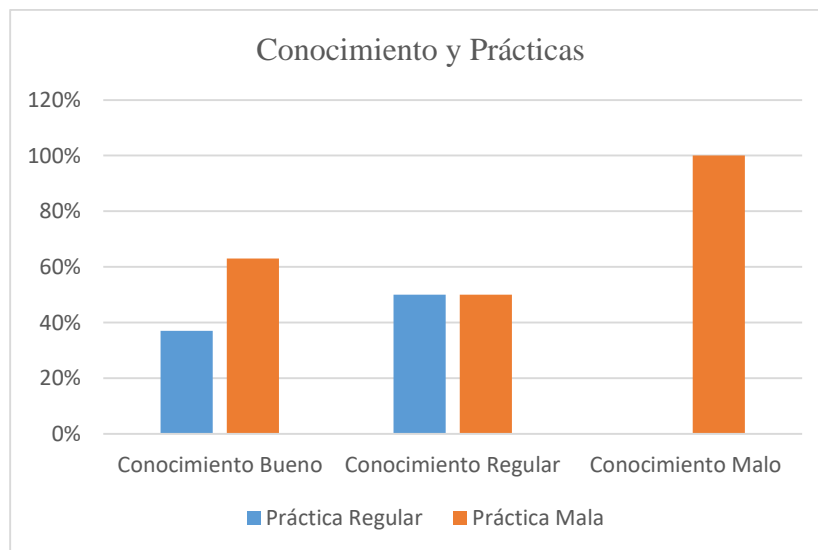
Conocimientos y Actitud hacia la Lactancia Materna de las madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 14

Grafico36

Conocimiento y Prácticas en Lactancia Materna en las madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General España en el tercer trimestre del 2015.



Fuente: Tabla 15



ANEXO 3

Encuesta a Informantes claves

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA

Cuestionario autoaplicable dirigido a los informantes clave del Hospital General España del Departamento de Chinandega en el tercer trimestre del año 2015

Con el presente cuestionario se pretende conocer los conocimientos que posee la población de este entorno hospitalario. La participación de los actores clave será voluntaria y su información será utilizada con fines investigativos.

Encuesta Núm.____
Fecha:_____

Edad._____
Ocupación: _____

CONOCIMIENTO:

1. ¿Qué es lactancia materna?
2. ¿Qué es lactancia materna exclusiva?
3. ¿Qué es lactancia materna mixta?
4. Una vez que nace el bebe, ¿en cuánto tiempo se debe iniciar la lactancia materna?
5. ¿Cuánto tiempo dura la lactancia materna exclusiva?
6. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna?
7. ¿Cuáles son las ventajas de la lactancia materna en la salud del bebe?
8. ¿Cuáles son las ventajas económicas de la lactancia materna?
9. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna en niños prematuros?
10. ¿Cuáles son las contraindicaciones de la de la lactancia materna
11. ¿Cuál es el estímulo principal para la producción de leche materno?
12. ¿Cuál es el intervalo de tiempo en que debe amamantar al niño?
13. ¿En qué momento debe lavarse el seno y el pezón la madre?
14. ¿Cuánto tiempo se debe dar de mamar en un solo seno?
15. ¿Cuáles son las diferencias entre la leche materna y la leche de fórmulas?
16. ¿Piensa usted que la baja producción de leche es hereditaria?
17. ¿Qué mitos o creencias conoce usted sobre lactancia materna?



ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema: Conocimientos, actitudes y prácticas en madres adolescente entorno a la lactancia materna en el Hospital General España del Departamento de Chinandega en el tercer trimestre del año 2015

YO, _____, de _____ edad, con cédula N° _____, haciendo uso de mis facultades mentales, hago constar que se me ha explicado los objetivos y propósitos del presente estudio. Y que la información que proporcione será utilizada con fines investigativos y de manera confidencial, sin recibir remuneración alguna.

Firma

Chinandega, Nicaragua _____

(Fecha)



Anexo 5

Encuesta a madres adolescentes Universidad nacional autónoma de Nicaragua Hospital general España, Chinandega

Encuesta dirigida a madres adolescentes de niños atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital General España en el Tercer Trimestre del 2015.

La presente encuesta pretende valorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre **lactancia materna en madres adolescentes** de niños atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital General España en el Tercer Trimestre del 2015.

La participación de las madres será voluntaria y su información será utilizada con fines investigativos.

I. Características sociodemográficas:

1. Edad /_____/

- 10 - 13 años
- 14 - 16 años
- 17 - 19 años

2. Estado civil:

- Soltera
- Unión libre
- Casada

3. Procedencia:

- Urbana
- Rural

4. Escolaridad:

- Analfabeta
- Sabe leer y escribir
- Primaria
- Secundaria
- Universitario

5. Ocupación

- Ama de casa
- Estudiante
- Comerciante
- Otro

6. Religión:

- Católica
- Evangélica
- Testigo de Jehová
- Ninguna

II. Información:

1. ha recibido información sobre Lactancia materna:

Sí__ No__

2. Tipo de información que ha escuchado sobre Lactancia materna:

- a) Concepto de lactancia materna exclusiva/____/
- b) Duración de LME/____/
- c) Horario de LM/____/
- d) Ventajas de la LM/____/
- e) Tipos de LM/____/
- f) Posición de amantamiento/____/
- g) Contraindicación de LM/____/

3. Fuente de quien ha tenido información sobre Lactancia materna:

- a) Maestros /__/
- b) Amigos /__/
- c) Familia /__/
- d) Radio /__/
- e) TV /__/
- f) Película /__/
- g) Libros /__/
- h) Revistas /__/
- i) Periódicos /__/
- j) Folletos /__/
- k) Internet /__/
- l) Personal de Salud
- m) Líderes
- n) Religiosos/____/

4. Lugar donde ha recibido la información:

- a) Organización no gubernamental /____/
- b) Ministerio de salud /____/
- c) Hogar/____/
- d) Escuela/____/
- e) Otros /____/

5. La información que usted recibió fue:

- 1) Clara /____/
- 2) Confusa /____/
- 3) Otra /_____/



III. Conocimientos que tienen las madres adolescentes sobre lactancia materna:

A continuación se presenta una serie de enunciados, marque con una “X” la casilla que usted crea conveniente. No hay respuestas buenas, ni respuestas malas.

Si para usted el enunciado es **cierto**, marque la casilla “SI”. En caso contrario, si para usted el enunciado **no es cierto**, marque la casilla “NO”. Si no está segura de la respuesta, marque la casilla “No estoy segura”.

Conocimientos sobre LM	Sí	No	No estoy segura
Conceptos de lactancia materna			
1. La Lactancia Materna es el acto en el cual la madre brinda al bebe pecho materno, ya sea de forma exclusiva o mixta.			
2. La leche materna es el alimento nutritivo, esencial y único que debe tener un bebe.			
3. La LM cuando una madre atiende bien a sus hijos.			
4. La leche es el mejor alimento que refuerza las defensas del bebe, lo inmuniza de enfermedades y garantiza su salud.			
5. La lactancia materna exclusiva es alimentar al bebe exclusivamente con pecho materno hasta los 6 meses de edad, sin agregar ningún otro alimento, ni bebidas (incluyendo agua y leche de fórmula).			
6. La lactancia materna mixta es la alimentación con pecho materno combinada con otros alimentos y bebidas, incluyendo agua.			
Ventajas de la lactancia materna			
7. Le fortalece el sistema inmunológico, elevando sus defensas y previene enfermedades.			
8. Le proporciona una nutrición balanceada, favoreciendo el crecimiento sano y fuerte.			
9. Es la primera vacuna que recibe el bebe.			
10. Contribuye a su desarrollo físico y mental.			
11. Están menos propenso a diabetes.			
12. Produce una mejor absorción de nutrientes, ganando peso y previniendo la desnutrición.			
13. Pasados los primeros 6 meses la leche materna no lo alimenta.			
14. Se disminuyen la duración de las enfermedades.			
15. Es la primera etapa alimenticia del bebe.			
16. La madre necesita alimentación especial.			
17. Es natural y gratis, ya que la madre produce su leche.			
18. Los primeros seis meses de lactancia materna exclusiva no se gasta en comprar otra leche, alimentos, ni biberones, por lo tanto se ahorra ese dinero.			
19. Mayor estabilidad económica en la familia ya que ese dinero lo puede utilizar en otros gastos del hogar.			
20. Menos idas al hospital, ya que se enferman menos y así se evitan gastos médicos.			



Conocimientos sobre LM	Sí	No	No estoy 4segura
Contraindicaciones de la lactancia materna			
21. Madre en tratamiento con fármacos antineoplásicos (contra el cáncer).			
22. Cuando la madre tiene alguna enfermedad crónica y está contraindicada por el tratamiento que esté recibiendo.			
23. Bebe con intolerancia a la lactosa (intolerante a la leche), según criterio médico.			
24. Cáncer de mama.			
25. Cuando usa antibióticos de amplio espectro o tetraciclinas.			
26. Cuando la madre tiene un proceso infeccioso, como mastitis.			
27. Solo cuando hay enfermedades infectocontagiosas (VIH/SIDA, Hepatitis B, Tuberculosis activa, Sífilis, Herpes).			
Diferencias entre la leche materna y la leche de vaca			
28. La leche materna es natural, no hay que agregarle nada y se absorbe bien.			
29. La leche de vaca es artificial, hay que prepararla, agregarle agua y no se absorbe bien.			
30. La fórmula es cara y se vence, la leche materna es gratis y no se vence.			
31. No tienen la misma composición, ni concentración. La leche materna proporciona la cantidad exacta de lípidos, proteínas, anticuerpos, carbohidratos y otros nutrientes que el bebé necesita; en cambio la leche de fórmula no cumple con estos requerimientos necesarios.			
32. La leche materna es higiénica y saludable; en cambio la leche de fórmula puede contaminarse y enfermar al bebé.			
Conocimientos sobre las acciones para una lactancia eficaz			
33. Se debe iniciar a dar el pecho materno en cuanto nace él bebe, tan pronto como sea posible.			
34. Se debe empezar mínimo dentro de las primeras dos horas de nacido.			
35. Se da los primeros 6 meses de vida del bebé, si no hay contraindicaciones maternas o del bebé.			
36. Se debe dar hasta el año de vida, o hasta los 2 años si la mama lo desea.			
37. El apego precoz al pecho de la madre.			
38. Alimentación adecuada de la madre, debe comer sano para producir más leche.			
39. Que el niño succione frecuentemente el pecho materno, ya que la estimulación directa se da cuando la mama amamanta al bebe.			
40. Que la madre consuma muchos líquidos.			
41. No hay tiempo determinado para la Lactancia materna, es a libre demanda, es decir las veces que él bebe pida el pecho.			
42. La madre en la lactancia debe lavarse sus pechos cuando se baña normalmente.			
43. Si la mama tiene problemas en la piel o alergias, debe lavarse antes de amamantar.			
44. Antes y después de darle el pecho al bebe.			
45. No hay tiempo fijo para que el niño mame en un seno, debe ser el tiempo que sea necesario y alternarlo con el otro seno.			



IV. Actitudes de las madres adolescentes hacia la lactancia materna.

Las siguientes afirmaciones se refieren a la Lactancia Materna, lea cada una de ellas y marque con una "X" su respuesta en la columna respectiva. No existe respuesta buena o mala. La mejor respuesta es la que proporcione con espontaneidad.

Marque según su grado de acuerdo con las siguientes proposiciones: **TA:** Totalmente de acuerdo; **A:** De acuerdo; **I:** Indeciso; **D:** Desacuerdo; **TD:** Totalmente en desacuerdo.

Actitudes hacia la LM	T A	A	I	D	T D
1. Es de vital importancia que yo le dé el pecho materno a mi bebé recién nacido.					
2. La leche materna es suficiente para alimentar a mi niño los primeros 6 meses de vida					
3. Dar de mamar a mi bebé, no daña mi figura.					
4. Se debe seguir dando de mamar aún cuando el niño presenta diarrea.					
5. Creo que la leche materna es mejor que la artificial					
6. No debo de dar otros alimentos aparte de la leche materna hasta que mi bebé cumpla los seis meses.					
7. Si uso biberón aumento el riesgo de las enfermedades.					
8. Debo lavarme los pezones cada vez que le voy a dar de amamantar al niño.					
9. Es bueno dar lactancia materna a los niños desde el nacimiento.					
10. Darle lactancia materna a los niños los protege de enfermedades.					
11. Considero que la lactancia materna da muchos beneficios al niño y a la madre.					
12. Debo dar el pecho materno cada vez que el niño quiera.					
13. Debería de ingerir más líquidos durante el tiempo de lactancia materna.					
14. Creo que es mejor comer más variado durante la lactancia materna.					
15. Pienso que baja más la leche cuando me pongo más cerca al bebe durante al amamantamiento.					
16. Si el niño llora después de un rato de mamar, no significa que mi leche no le llene, es normal (tiene hambre de nuevo).					
Mitos y creencias sobre la lactancia materna					
17. Los bebes dejan de tomar pecho materno porque no les gusta o les da asco.					
18. Si la madre se extrae leche y la tira al sol a las 12md en punto, la mama "se seca".					
19. Hay que darle el pecho materno porque es bueno.					
20. No hay que dar el pecho cuando la mama está enojada.					
21. Si se da el pecho materno, se pierde la forma del cuerpo de la madre, se le caen los senos y se ponen feos.					
22. Si los pechos de la madre son pequeños, van a producir menos leche.					
23. Cuando el niño es amamantado por más de un año, la madre tiende a no quedar embarazada aunque tenga relaciones.					
24. hay que darle el pecho al niño después del primer año de vida.					
25. La primera leche (el calostro) no se debe dar, porque no es buena leche.					
26. Dar mucho de amamantar adelgaza y provoca desnutrición en la madre.					
27. La madre no se debe bañar diario mientras está en periodo de lactancia.					
28. Si le cae leche en el pelo al niño, se queda pelón.					
29. Si la madre come cosas ácidas, se le corta la leche y lleva mal sabor.					
30. La madre tiene que beber leche para que le salga más leche.					
31. Hay que tomar pozol, pinol, tibio o cereales para que baje la leche.					

Solo para el investigador:

Actitudes hacia la lactancia materna:

1) Favorable /__ /

2) Desfavorable /__ /



V. Práctica de la Lactancia materna en madres adolescentes.

1. ¿Le ha dado usted el pecho a su bebe?

Si su respuesta es positiva, continúe llenando la encuesta, en caso de ser negativa gracias por su participación.

Práctica	Si	No
1. Cada cuánto le da el pecho materno?		
- A libre demanda (cada vez que el niño lo solicite)		
- Cada hora		
- Cada 3 horas		
- Otro		
2. Cómo se coloca usted al niño para amamantarlo		
- El niño cuelga de su pezón y queda separado de usted		
- Él bebe está pegado a usted y le agarra todo el pezón con la areola		
3. Qué posiciones adopta usted al momento de amamantar		
- Sentada/		
- Acostada		
4. Dio el pecho materno de forma exclusiva durante los primeros 6 meses?		
Sí		
No		
5. Se limpia o se lava usted los pechos antes de dar de mamar al niño		
- Si		
- No		
- Algunas Veces		
6. Durante el período de lactancia, ¿cuántas veces se lava los pezones		
Una vez al día		
- Cada vez que voy a amamantar al niño		
- Dos veces al día		
- Otro		
7. Cuando va a amamantar a su niño usted		
- Se lava las manos antes de amamantarlo		
- Se lava las manos después de amamantarlo		
- Se lava las manos solo si están sucias		
- No se lava las manos		

¡Muchas gracias, su participación ha sido muy importante



La siguiente parte será llenada exclusivamente por el grupo investigador:

- | | | |
|------------------------------------|------------------|------------------------------------|
| 1. Frecuencia de Lactancia Materna | 1) Adecuada /__/ | 2) Inadecuada /__/ |
| 2. Lactancia materna exclusiva | 1) Adecuada /__/ | 2) Inadecuada /__/ |
| 3. Posición de amamantamiento | 1) Adecuada /__/ | 2) Inadecuada /__/ |
| 4. Higiene en la lactancia materna | 1)Adecuada/__/ | 2) Inadecuada/__/ |
| 4. Calidad de la práctica: | 1) Buena /__ / | 2) Regular /__/ 3) Mala /__ / |

Anexo 6.

1- Concepto de Lactancia Materna					
Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>-Líquido que sale por las glándulas mamarias para dar de mamar.</p> <p>-Brindarle al lactante la sustancia más importante que existe, que es la leche materna.</p> <p>-Es el alimento que los bebés necesitan.</p> <p>-Es el mecanismo por el cual las madres alimentan a sus hijos.</p>	<p>-Periodo donde se le da el pecho materno al recién nacido.</p> <p>-Única alimentación que se puede dar a los menores de un año.</p> <p>-Leche que produce la madre durante el embarazo.</p> <p>-Rol que ocupa la madre para brindarle la leche a su recién nacido.</p>	<p>-El mejor alimento para el bebé.</p> <p>-Alimento que refuerza las defensas del bebé.</p> <p>-Complemento que ayuda al bebé a prevenir enfermedades.</p>	<p>-Alimentación que la madre le administra al bebé a través del seno materno.</p> <p>-El mejor alimento que se le puede dar a los niños.</p>	<p>-Amamantar al bebé.</p> <p>-El mejor alimento para el bebé.</p>	<p>-Alimentación que la madre le brinda al bebé a través de sus glándulas mamarias por el tiempo que ella crea conveniente.</p> <p>-Cuando una madre atiende bien a sus hijos.</p>
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>-Amamantar a los niños recién nacidos hasta cierta edad para que crezcan sanos.</p> <p>-Alimento nutritivo, esencial y único que debe tener un bebé.</p>	<p>-Proceso por medio del cual la madre alimenta al niño con leche proveniente de su pecho.</p> <p>-Proceso en el cual la madre le da el pecho al bebé.</p>	<p>-Alimentación del niño al pecho materno, durante los primeros 6 meses de vida.</p> <p>-Amamantar al bebé.</p> <p>-Dar leche materna al bebé.</p>	<p>-El mejor alimento para los recién nacidos ya que los inmuniza de enfermedades.</p> <p>-El mejor alimento para el bebé, garantiza la salud del niño.</p>	<p>-Alimentación que recibe el bebé del pecho materno.</p> <p>- Amamantar al recién nacido o lactante a través del pecho materno de forma exclusiva hasta los 6 meses.</p> <p>-Alimentación del recién nacido con el pecho de la madre.</p> <p>-Alimentación del bebé al pecho materno durante los primeros meses de vida.</p>	<p>-Acto en el cual la madre brinda al bebé pecho materno.</p> <p>-Alimentación con pecho materno exclusivo o mixto.</p>

2- Concepto de Lactancia Materna Exclusiva

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>- No lo sabe</p> <p>- Es aquella en la que el bebe se alimenta de la leche de la madre.</p> <p>- Es darle al bebe únicamente leche materna durante los primeros 6 meses de vida, sin incluir otros alimentos.</p>	<p>-Es cuando solo se le puede dar el pecho materno al recién nacido.</p> <p>-Es la leche que viene del seno de la madre.</p> <p>-Alimentación exclusiva de pecho materno, durante 6 meses.</p>	<p>-Ayuda al bebe a crecer sano.</p> <p>-Alimentación que ayuda al bebe en los primeros meses.</p>	<p>-Alimentar al bebe exclusivamente con pecho materno y sin administrarle otro alimento adicional.</p> <p>-Darle al bebe solo pecho materno, no leche maternizada de fórmula.</p>	<p>- No lo sabe.</p>	<p>-La que se le debe dar al bebe para un sano crecimiento.</p> <p>-Darle pecho al niño y cuidarlo.</p>
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>-Cuando la mama solo da el pecho materno.</p> <p>-Solo dar el pecho materno sin otro alimento.</p>	<p>-Proceso en donde la madre alimenta al niño solo con la leche materna durante los primeros 6 meses de vida.</p> <p>-Cuando el único alimento que recibe el bebe es la leche materna.</p>	<p>-Alimentación con pecho materno hasta los 6 meses de edad, sin agregar ningún otro alimento.</p> <p>-Cuando el bebe ingiere solo leche materna y no ingiere otro tipo de leche.</p>	<p>-Alimentar al bebe con pecho materno exclusivo, dando solo leche o pecho materno, sin otros alimentos, ni agua.</p> <p>-Alimentación que se da durante los primeros 6 meses de vida sin combinar con ningún otro alimento, ni agua.</p>	<p>-Brindar lactancia materna únicamente durante los primeros 6 meses de vida, sin otro tipo de comidas, ni bebidas.</p> <p>-Dar únicamente lactancia materna, sin incluir otro tipo de alimento como los biberones, fórmulas, refrescos o comidas.</p> <p>-Alimentar al bebe solo con pecho materno sin incluir alimentos, ni agua.</p> <p>-Alimentación con el pecho materno durante un mínimo de 6 meses y sin dar otros alimentos.</p>	<p>-Administración únicamente de pecho materno.</p> <p>-Alimentación del niño solamente con pecho materno.</p>

3- Concepto de Lactancia Materna Mixta

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>-No lo había escuchado antes.</p> <p>-Es aquella en la que se alimenta al bebe con leche nutritiva de fórmula.</p> <p>-Es cuando la madre alimenta a su hijo con leche materna y otros alimentos primarios.</p>	<p>-Es cuando se le da al bebe pecho materno y biberón con otras bebidas para un buen desarrollo.</p> <p>-Es la leche que sacan del seno de la madre a una pacha.</p> <p>-Es aquella en la que no solo toma leche materna, sino que también toma leche en polvo y se les da con su pacha.</p>	<p>-Cuando se combina alimentación del bebe con pecho materno y la leche entera o de fórmula.</p> <p>-Cuando la madre trabaja y tiene que darle leche en polvo al niño y por la noche le da el pecho materno.</p>	<p>-Intervalo de tiempo de alimentación del niño en el día y la noche.</p> <p>-Dar leche y alimentos.</p>	<p>-No lo sabe.</p>	<p>-No ha escuchado sobre eso.</p> <p>-Darle pecho materno, comida y frescos al niño.</p>
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>-Cuando la madre da el pecho materno y leche en pacha.</p> <p>-Combinación de leche materna y leche en polvo.</p>	<p>-Proceso donde la madre alimenta al niño con leche materna y con leche en polvo de fórmula o de otra fuente.</p> <p>-Cuando el bebe además de recibir leche materna, recibe leche suplementaria (suplementos alimenticios).</p>	<p>-Alimentación con pecho materno y alimentos agregados.</p> <p>-Dar leche materna más leche artificial.</p>	<p>-Sucedo cuando la madre después de los 6 meses de vida del niño, le da pacho materno y lo acompaña con otros alimentos como por ejemplo con colados.</p> <p>-Cuando se combina la lactancia materna con otro tipo de alimentos para el bebe.</p>	<p>-Lactancia materna combinada con otros alimentos y bebidas.</p> <p>-Combinación de leche materna con leche de fórmula o alimentos sólidos.</p> <p>-Alimentar con pecho materno al bebe e incluir alimentos y agua.</p> <p>-Introducción de otros alimentos al dar la lactancia.</p>	<p>-Administración de pecho materno y leche maternizada o cualquier otro alimento.</p> <p>-Combinación de leche materna con otros alimentos.</p>

4- Tiempo de Inicio de la Lactancia Materna

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>-Unas cuantas horas después del parto mientras baja la leche.</p> <p>-En cuanto nace, una vez que se haya realizado la limpieza exterior del bebe.</p> <p>-Inmediatamente después que nace.</p>	<p>-Después del parto, en cuanto nace.</p> <p>-Después que fue limpiado y observado el bebe.</p>	<p>-Desde el primer momento en que se lo entregan a la madre.</p> <p>-Desde el momento en que te dan el bebe.</p>	<p>-En cuanto nace el bebe.</p> <p>-Inmediatamente que nace el bebe.</p>	<p>-Inmediatamente que nace el bebe.</p> <p>-Debe iniciarse cuando el bebe lo pida.</p>	<p>-Desde que nace el bebe.</p> <p>-Cuando nace el bebe para que se acostumbre a consumir la leche materna.</p>
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>-Debe iniciar desde el primer día de nacido.</p>	<p>-Inmediatamente, una vez que nace.</p> <p>-De inmediato, la primera leche materna va cargada de calostro, este contiene inmunoglobulinas que protegen el sistema inmune del bebe, mientras este se desarrolla, además contiene múltiples vitaminas y minerales.</p>	<p>-Inmediatamente que nace el bebe.</p> <p>-Hay que fomentar el apego precoz después que sale el bebe, en la primera hora de nacido.</p>	<p>-En cuanto el bebe nace se debe dar pecho materno.</p> <p>-De inmediato para que el bebe consuma el calostro.</p>	<p>-Inmediatamente.</p> <p>-Tan pronto como sea posible, después que el bebe ha nacido.</p> <p>-Debe empezar mínimo dentro de las primeras dos horas de nacido.</p>	<p>-Inmediatamente.</p>

5- Duración de la Lactancia Materna Exclusiva

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>-6 meses.</p> <p>-Todo el 1er año de vida.</p> <p>-Hasta que la madre decida no darle más leche materna.</p>	<p>-6 meses.</p> <p>-El tiempo que amerite el bebe.</p> <p>-Entre uno a dos años.</p>	<p>-Hasta los 6 meses.</p> <p>-Hasta los 2 años si la mama lo desea.</p> <p>-Depende de la madre.</p> <p>-Hasta un año.</p>	<p>-Puede ser uno o dos años.</p> <p>-Dura 6 meses.</p>	<p>- Un año.</p> <p>-Hasta los primeros 7 meses.</p>	<p>- 6 meses.</p>
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>- Un año.</p> <p>-Dura 6 meses.</p>	<p>-Los primeros 6 meses de vida del bebe.</p> <p>-Como mínimo un año, pero se puede extender hasta los 5 años.</p>	<p>- 6 meses.</p>	<p>- Los primeros 6 meses de vida.</p>	<p>- Hasta los 6 meses.</p>	<p>-6 meses.</p> <p>-Hasta los 6 meses si no hay contraindicaciones maternas o del bebe.</p>

6- Beneficios de la Lactancia Materna

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<ul style="list-style-type: none"> -Previene muchas enfermedades. -Le da inmunidad al bebe. -Tiene más vitaminas, hierro y calcio para los huesos. -Contribuye a un mejor desarrollo del bebe. -Es la mejor leche para el lactante. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ayuda al desarrollo del bebe. -Le brinda Vitaminas al bebe. -Le permite crecer fuerte y sano. -Mantiene al bebe saludable. -Le da inmunidad pasiva al bebe. -Nutre al bebe. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mantiene sano al bebe. -No se gasta dinero en otras leches. -Previene enfermedades respiratorias. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo total del bebe, físico y mental. -Le dan menos enfermedades al bebe. 	<ul style="list-style-type: none"> -Los niños tienen un mejor crecimiento por el calcio. -Previene que padezcan enfermedades como la diarrea. 	<ul style="list-style-type: none"> -El bebe tendrá más inmunidad contra algunas enfermedades. -Aumenta las defensas del bebe y le da salud. -Los niños no se enferman. -Como el bebé mama el pecho materno, no ocurren infecciones por contaminación de biberones.
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<ul style="list-style-type: none"> -Los niños crecen sanos. -Mantiene saludable al bebe. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ahorro económico. -Relación más estrecha madre e hijo. -Mejor nutrición para el bebe. - La leche materna tiene alto contenido de vitaminas, minerales, lípidos, carbohidratos, inmunoglobulinas y aminoácidos que las leches de formula no contienen. 	<ul style="list-style-type: none"> -Da inmunidad al bebe. -Ahorro económico. -Apego Materno. -Previene enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> -Más afecto del binomio madre-hijo. -Ahorro económico. -En la madre reduce el riesgo de cáncer de mamas. -Beneficio higiénico sanitario para el bebe. -En la madre, después del parto sirve como planificación familiar si es exclusiva. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tiene beneficios económicos, inmunológicos y psicológicos en el bebe. -Previene enfermedades y da inmunidad natural al recién nacido ya que proporciona todos los nutrientes que necesita. -Evitar gastar en otra leche. -Hidrata y alimenta al bebe. -Mejora la relación madre e hijo. -Más higiene en la alimentación. -Mejora economía familiar ya que se ahorra dinero. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor enlace afectivo entre el bebe y la madre. -Brinda anticuerpos al recién nacido. -Es económica. - La leche materna es más digerible y provoca menos cólicos. -Contiene las vitaminas que el bebe necesita. -Es leche natural, no contaminada. -El líquido que el niño necesita.

7- Ventajas de la Lactancia Materna sobre la salud del bebe

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<ul style="list-style-type: none"> -Menos enfermedades. -Bienestar para sus órganos. -Ayuda al crecimiento. -Contribuye al desarrollo. - Le da salud. -Fortalecimiento de sus huesos. -Ganancia de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Buen desarrollo. -Crecimiento fuerte y sano. -Ayuda a las defensas del organismo. - Mejora su salud. -Es la primera etapa alimenticia del bebe. -Mejora su estado nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> -Crecimiento sano y fuerte. -Eleva sus defensas. -Saludable desarrollo físico. -Los protege de infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejor desarrollo. -Les da una vida sana. -Menos enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> -Les da salud. -Contribuye al crecimiento. -No se gasta dinero en comprar otras leches. 	<ul style="list-style-type: none"> -Crecimiento saludable. -Si se enferma, no va a estar mucho tiempo enfermo porque la leche materna es saludable. -Después de los primeros 6 meses la leche materna no lo alimenta.
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<ul style="list-style-type: none"> -Mantiene saludable al bebe. -Fortalece su desarrollo. -Evita muchas enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> -Crece más rápido. - Menos propenso a diabetes. -Mejor defensa inmunológica. -Mejor absorción de nutrientes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Previene enfermedades como la diarrea y neumonía. -Es la mejor inmunización que se le puede dar. -Mayor nutrición y desarrollo. -Los bebes se mantienen sanos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor crecimiento. -Desarrolla su inteligencia. -Crece más sano y fuerte. -Lo inmuniza y protege de enfermedades. -Previene la desnutrición proteico-calórica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejora la relación madre e hijo. -Fortalece el sistema inmunológico para prevenir enfermedades. - Nutrición balanceada. -Lo inmuniza y lo alimenta. -Es la primera vacuna que recibe el bebe. 	<ul style="list-style-type: none"> -Menos episodios de diarrea e infecciones respiratorias. -Menos cólicos, es más digerible e higiénica. - Inmuniza. -Está libre de contaminantes. - Crecimiento adecuado.

8- Ventajas Económicas de la Lactancia Materna

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>-No las conoce.</p> <p>-Se ahorra dinero ya que no se necesita comprar otro tipo de leche para alimentar al bebe.</p>	<p>-No gastar dinero para comprar otras leches.</p> <p>-Se ahorra dinero, ya que la madre misma produce su leche.</p> <p>-Se puede dar el pecho materno en cualquier momento.</p>	<p>-No se gasta dinero comprando otra leche.</p> <p>-La lactancia materna es gratis.</p>	<p>-No se enferman y se evitan gastos médicos.</p> <p>-No se compra leche de tarro.</p>	<p>-Hay menos posibilidad de enfermarse.</p> <p>-Ninguna.</p>	<p>-Se economiza el gasto al no comprar leche de formula ni colados como Gerber.</p>
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>-Menos idas al hospital, ya que se enferma menos.</p>	<p>-No se compra otro tipo de leche.</p> <p>-No se gasta en biberones.</p> <p>-Mayor estabilidad económica en la familia.</p> <p>-Mayor presupuesto, para otros fines.</p>	<p>-Los primeros seis meses de lactancia materna exclusiva no se gasta en comprar otra leche y se ahorra ese dinero.</p>	<p>-Es natural y no cuesta nada.</p> <p>-No se compra.</p> <p>-Se ahorra dinero.</p>	<p>-No hay necesidad de comprar otros alimentos, ni bebidas, ni biberones.</p> <p>-No necesita pagar nada.</p> <p>-No se gasta en leche de formula.</p>	<p>-No se gasta en comprar otras leches.</p> <p>-Menos enfermedades por lo que se ahorra en comprar medicamento.</p> <p>-La madre no necesita alimentación especial.</p>

9- Beneficios de la Lactancia Materna en niños prematuros

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>-Su organismo se desarrolla más rápido.</p> <p>-Menos propensos a las enfermedades.</p> <p>-Ganan peso.</p> <p>-Mejora su salud.</p>	<p>-Ayuda a recuperar el peso.</p> <p>-Eleva las defensas bajas del organismo del bebe.</p> <p>-Ayuda a combatir algunas enfermedades.</p>	<p>-Los ayuda a crecer mejor.</p> <p>-Los ayuda a desarrollarse.</p>	<p>-Los recupera totalmente.</p> <p>-Están mejor alimentados.</p>	<p>- Ayuda a su crecimiento.</p>	<p>-Sirve para recibir todos los nutrientes necesarios para su desarrollo.</p> <p>-El niño se repone y no muere.</p>
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>-Son inmunizados.</p>	<p>-Favorece su desarrollo mental e inmunológico.</p> <p>-Gana más rápido peso corporal.</p> <p>-Por su alto contenido energético e inmunológico mantiene protegido al bebe mientras su sistema inmunológico se va desarrollando.</p>	<p>-Ayuda a su salud ya que es inmunizado.</p> <p>-El bebe aumenta de peso.</p> <p>-Previene problemas respiratorios.</p>	<p>-Recupera peso más fácilmente.</p>	<p>-Evitan que sufran enfermedades como la enterocolitis necrotizante porque tienen la concentración precisa de macro y micro nutrientes.</p> <p>-Le da a los anticuerpos necesarios para prevenir enfermedades.</p> <p>-Permite que gane el peso que no ha adquirido.</p> <p>-Es el mejor alimento para el bebe prematuro.</p>	<p>-Le brinda los nutrientes necesarios para completar su desarrollo y lo protege contra enfermedades.</p> <p>-Recupera el peso adecuado que necesita.</p>

10- Contraindicaciones de la Lactancia Materna

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>-Cuando la madre es VIH positivo.</p> <p>-Cuando la madre tiene una enfermedad que puede ser transmisible por la leche materna.</p> <p>-Cuando la leche de la madre está cortada y no es consumible.</p> <p>-Cuando la madre esta agitada.</p> <p>-Cuando se enoja mucho la madre.</p>	<p>-Poseer alguna enfermedad en la sangre.</p> <p>-Madre VIH+.</p> <p>-Madre con sífilis o herpes.</p>	<p>-No hay ninguna, siempre se debe dar.</p> <p>-Cuando la madre está enferma.</p> <p>-Cuando la madre tiene que trabajar.</p>	<p>-Cuando se le baja la mollera.</p> <p>-Cuando toma muy poco.</p> <p>-Cuando es muy rala la leche y “parece agua”.</p> <p>-No hay ninguna contraindicación.</p>	<p>-Si la madre tiene alguna enfermedad y esta con tratamiento médico.</p> <p>-No lo sabe.</p>	<p>-Cuando la madre está infectada con alguna enfermedad contagiosa, por ejemplo el VIH.</p> <p>-Cuando está enferma.</p> <p>-Cuando no le baja la leche.</p> <p>-Cuando se le seca la leche.</p> <p>-Cuando esta grave el niño.</p>
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>-Solo cuando hay enfermedades infectocontagiosas.</p>	<p>-Cáncer de mama.</p> <p>-Cuando usa antibióticos de amplio espectro o tetraciclinas.</p> <p>-Niños con intolerancia a la lactosa.</p> <p>-Proceso infeccioso como mastitis.</p> <p>-Madre con VIH.</p>	<p>-No conoce ninguna.</p> <p>-Cuando tiene VIH o Sida.</p> <p>-Bebe con intolerancia a la lactosa, según criterio médico.</p>	<p>-Cuando es orientado por el médico.</p> <p>-Cuando la madre tiene alguna enfermedad crónica y está contraindicada por el tratamiento que esté recibiendo.</p>	<p>-Madre VIH positivo sin tratamiento.</p> <p>-Madre con tuberculosis.</p> <p>-Madre portadora de VIH positivo.</p> <p>-Madre con hepatitis B.</p> <p>-No hay contraindicación.</p> <p>-Intolerancia de proteínas en el bebe.</p>	<p>-VIH o sida positivo.</p> <p>-Madre con tuberculosis activa.</p> <p>-Madre en tratamiento con antineoplásicos.</p> <p>-Bebe con sepsis neonatal.</p>

11- Estímulo Principal para la producción de la leche materna

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<ul style="list-style-type: none"> - Pegarse al niño al pecho. -La alimentación de la madre. -Debe consumir cuajada con tortilla, pinol, tibio y vitaminas. -La succión. 	<ul style="list-style-type: none"> -Succión. - No lo sabe. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tomar mucho líquido. -Comer sano. 	<ul style="list-style-type: none"> -Buena alimentación de las madres. -La succión del pecho materno. 	<ul style="list-style-type: none"> - El bebe. -Beber bastante líquido. 	<ul style="list-style-type: none"> -Buena alimentación de la madre. -Ponerle el pecho al niño. -Beber líquido.
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<ul style="list-style-type: none"> -Que el niño succione el pecho materno. -Buena alimentación de la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Succión del pezón. -Apego precoz del bebe, el efecto de succión estimula la liberación de oxitocina, ésta ayuda a producir la leche y secretarla a nivel de la glándula mamaria. 	<ul style="list-style-type: none"> -La succión frecuente. -Apego precoz para que el bebe pueda succionar bien y tomar muchos líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> -La estimulación directa es cuando se da de amamantar al bebe. -Apego del bebe a libre demanda. -Alimentación adecuada de la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> -Continua succión del pecho materno. -Apego precoz al pezón de la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> - La succión del bebe.

12- Intervalo de tiempo en que debe amamantarse al niño

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
-30 minutos. -Cada vez que sea necesario. -Día, tarde y noche. -20 minutos.	-El tiempo que el bebe lo quiera. -Desde el 1er año de vida, hasta los 3 años.	-Cada tres horas en el día.	-Cada hora. -No es constante.	-Cada seis horas. -No lo sabe.	- Depende del niño, si toma bastante o no.
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
-No lo sabe.	-Cada dos horas durante veinte minutos. -Las veces que el bebe pida el pecho. -Cada dos a tres horas.	-Cada dos a tres horas durante el primer mes de vida. -Depende de la demanda del bebe.	-No hay tiempo determinado, es a libre demanda.	-Diez minutos cada dos horas. -Cada vez que el niño lo demande.	-Cada dos a tres horas.

13- momento en que la madre debe lavarse el seno y el pezón

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>-Antes de amamantar al bebe.</p> <p>-Antes y después de amamantar al bebe.</p> <p>-Al momento de bañarse y antes de acostarse.</p>	<p>-Antes y después de amamantar.</p> <p>-Después de cada vez que da de mamar al bebe.</p>	<p>-Antes de dar el pecho al niño.</p>	<p>-Siempre que vaya a darle el pecho al bebe.</p>	<p>-Solo cuando se baña.</p> <p>-Cada vez que la madre vaya a amamantar al niño.</p>	<p>-Al momento en que se va a alimentar al bebe.</p>
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>-Cada vez que vaya a darle el pecho al bebe.</p> <p>-Antes y después de darle el pecho al bebe.</p>	<p>-Antes y después de darle de mamar.</p> <p>-Antes de darle de mamar.</p>	<p>-Antes y después de darle de mamar.</p> <p>-Cuando se baña normalmente.</p> <p>-Si la mama tiene problemas en la piel o alergias, debe lavarse antes de amamantar.</p>	<p>-Cada vez que se da el pecho materno.</p>	<p>-Cada vez que se dé de amamantar.</p> <p>-Al momento de su baño diario.</p>	<p>-Antes y después de darle de mamar.</p>

14- Tiempo que se debe dar de mamar en un solo seno

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
-Unos cuantos minutos. -10 minutos.	-De 5-10 minutos. -20 minutos.	-No lo sabe. -Cuando el bebe suelte el seno, se cambia al otro seno.	-Mientras el seno este lleno de leche. -No hay tiempo fijo.	-No lo sabe. -15 minutos.	-5 minutos.
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
- 30 minutos. -15 minutos.	- 10 minutos en cada seno. -15 minutos en cada seno. -Hacer cambio de seno según la satisfacción del lactante.	- De 20 a 30 minutos. -10 a 15 minutos.	- 10 minutos en cada seno. -10 a 15 minutos.	- 10 minutos. -El tiempo que sea necesario y alternarlo con el otro seno. -Hasta que no tenga leche. -20 minutos.	-10 minutos. -Hasta que deje de salir leche, más o menos 20 minutos.

15.1- Diferencias entre la leche materna y la leche de fórmula

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>-La leche materna es mucho mejor que la leche de fórmula.</p> <p>-La leche de fórmula tiene componentes que no son tan buenos.</p> <p>-Tienen diferentes nutrientes.</p> <p>-La leche materna es líquida y la leche de fórmula viene en polvo y hay que prepararla.</p> <p>-La leche materna tiene los nutrientes necesarios para el bebe.</p> <p>-Leche materna natural y leche de fórmula es hecha con procesos químicos.</p>	<p>-Es más fácil que el bebe se adapte a la leche materna.</p> <p>-La leche materna tiene los requerimientos necesarios para el cuerpo del bebe.</p> <p>-La leche de fórmula es industrial y puede que no funcione en el estómago del bebe.</p> <p>-La leche de fórmula puede tener sustancias fuertes para el organismo del bebe.</p> <p>-No traen la misma composición.</p>	<p>-La leche es baja en grasa y la leche de fórmula tiene pocas vitaminas y mucha grasa.</p> <p>-La leche materna protege al niño de enfermedades, la leche en polvo no lo hace.</p>	<p>-La leche materna es natural y la de fórmula son químicos que dañan al bebe.</p> <p>-La leche materna se toma directo de la madre y no se contamina.</p> <p>-La leche de fórmula puede contaminarse y enfermar al bebe.</p> <p>-Usar pajas puede enfermar al bebe.</p>	<p>-La materna no tiene ningún proceso químico, la de fórmula sí.</p> <p>-No lo sabe.</p>	<p>-La leche materna tiene todos los componentes que el bebe necesita para crecer fuerte y la leche de fórmula como tiene muchos químicos puede ser dañina para el bebe.</p> <p>-Es más importante la leche de la mama que la leche de pote.</p>

15.2- Diferencias entre la leche materna y la leche de fórmula

Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>-La leche materna es saludable y la leche de fórmula no.</p> <p>-La leche materna lleva mejores nutrientes que la leche de fórmula.</p>	<p>-La leche de fórmula no contiene inmunoglobulina A.</p> <p>-Las concentraciones proteicas son diferentes, la leche materna es más oleosa.</p> <p>-La leche de fórmula es cara, la materna es gratis.</p> <p>-La materna es higiénica, la de pote se puede contaminar.</p> <p>-La leche materna no se vence, la de pote sí.</p>	<p>-La leche de fórmula es cara, la materna es gratis.</p> <p>-La leche de fórmula se tiene que preparar, la materna no.</p>	<p>-La materna es más rica en vitaminas y es más saludable que la de fórmula.</p> <p>-La leche materna no se prepara.</p> <p>-La leche de fórmula aunque sea maternizada generalmente ocasiona problemas de salud en los bebés.</p>	<p>-La leche materna tiene diferente concentración y composición que la leche de fórmula.</p> <p>-La leche materna proporciona anticuerpos y nutrientes, en cambio la leche de fórmula solo proporciona nutrientes.</p> <p>-La leche materna tiene la cantidad exacta de lípidos, proteínas e inmunoglobulinas, en cambio la leche de fórmula no cumple los requerimientos necesarios.</p> <p>-A la leche de fórmula se le agrega agua, a la leche materna no se le agrega nada.</p>	<p>-La leche materna ya está preparada, la de fórmula hay que prepararla.</p> <p>-La de fórmula es artificial y no se degrada fácilmente, en cambio la leche materna es natural y se absorbe bien.</p> <p>-Las fórmulas artificiales no protegen contra enfermedades, la leche materna sí protege.</p> <p>-La leche materna es barata, higiénica y nutritiva, en cambio la leche de fórmula es cara y no cumple los requerimientos necesarios para el bebé.</p>

16- Baja producción de leche es hereditaria

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>- No</p> <p>-Depende de la alimentación que tenga la madre.</p> <p>-Una madre mal alimentada no puede producir gran cantidad de leche.</p> <p>-Es por efecto de las hormonas.</p>	<p>- No.</p> <p>-No lo sabe.</p>	<p>-No.</p>	<p>-No.</p> <p>-Es por falta de alimentación de la madre.</p> <p>- Se produce porque la madre no quiere darle el pecho.</p>	<p>-No.</p>	<p>-No, depende de la alimentación y la práctica con que se le da al bebe.</p> <p>-Sí, a veces es por herencia.</p>
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>-No es hereditaria, porque entre más pecho se le da al bebe, más leche le sale a la mamá.</p>	<p>-Sí, es hereditaria.</p> <p>-No, si no hay alteraciones anatómicas ni funcionales a nivel d la mama, la baja producción es por falta de estímulo.</p>	<p>-No.</p> <p>-El bebe estimula la producción de leche, entre más se amamanta, más leche materna se produce.</p>	<p>-No, la baja producción es porque la madre no consume líquidos y no es estimulada por el bebe.</p>	<p>-No, únicamente habrá que pegarse con mayor frecuencia al recién nacido.</p> <p>-No es hereditaria.</p>	<p>-No es hereditaria.</p>

17- Mitos o creencias sobre la Lactancia Materna

Adolescentes	Jóvenes solteros	Madre de familia	Padre de familia	Familiares acompañantes	Personal de limpieza
<p>-No conoce.</p> <p>-Si se sacan la leche y la tiran al sol a las 12MD en punto, la mama “se seca”.</p> <p>-Hay que comer tortilla con queso seco para que no le afecte la leche al bebe.</p> <p>-Tomar pozol con leche hace a la mamá más “barrigona”.</p>	<p>-Los bebes dejan de tomar pecho materno porque no les gusta o l es da asco.</p> <p>-No conoce.</p>	<p>-No conoce ninguno.</p>	<p>-La lactancia materna sola no sustenta al bebe.</p> <p>-Con la lactancia los pechos se vuelven grandes.</p> <p>-Con la lactancia se ponen feos los senos.</p>	<p>-Hay que tomar pinol o cereales para que baje la leche.</p> <p>-No conoce ninguno.</p>	<p>-Porque los pechos son pequeños tienen menos leche.</p> <p>-Cuando el niño es amamantado por más de un año, la madre tiende a no quedar embarazada aunque esta tenga relaciones.</p> <p>-Hay que darle el pecho materno porque es bueno.</p> <p>-No hay que darle el pecho después del primer año de vida.</p>
Personal de seguridad	Pre-internos	Personal de enfermería	Trabajo Social	Médicos residentes	Médicos de Base
<p>-No conoce ninguno.</p> <p>-Si se da el pecho materno, se pierde la forma del cuerpo de la madre y se caen los senos.</p>	<p>-Si le cae leche en el pelo al niño, se queda pelón.</p> <p>-Si la madre come cosas ácidas, se le corta la leche.</p> <p>-La madre tiene que beber leche para que le salga más leche.</p>	<p>-Dar de mamar deforma los pechos.</p> <p>-Con la lactancia se caen los senos y se ponen flácidos.</p>	<p>-Dar de mamar deforma los pechos.</p> <p>-La madre no se debe bañar diario.</p> <p>-Dar de mamar adelgaza mucho.</p>	<p>-Dar mucho de mamar provoca desnutrición en la madre.</p> <p>-El efecto de succión deforma las mamas.</p> <p>-Beber pozol para que baje la leche.</p>	<p>-No hay que dar el pecho cuando la mama está enojada.</p> <p>-No debe comer cualquier cosa, porque si no la leche lleva mal sabor.</p> <p>-Tomar tibio para que baje la leche.</p> <p>-La primera leche (el calostro) no se debe dar, porque no es buena leche.</p> <p>-La leche materna sola, no abastece al niño adecuadamente.</p>