

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

Facultad de Ciencias Médicas, Managua



***Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia
Materna Exclusiva de las madres de niños menores de seis
meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama. En
el Departamento De Estelí
Noviembre 2015.***

AUTORES:

Br. Siara Regina Cáceres

Br. Dora María Canales

TUTOR:

Lic. Yadira Medrano Moncada

Profesora titular Unan-Managua

Septiembre 2016

ÍNDICE

I Dedicatoria	
II Agradecimiento	
III Opinión del Tutor	
IV Resumen	

Capítulo I. GENERALIDADES

1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes.....	3
1.3 Justificación.....	11
1.4. Planteamiento del problema.....	12
1.5 Objetivos.....	13
1.6 Marco teórico.....	14

Capítulo II. DISEÑO METODOLOGICO

2.1 Diseño metodológico.....	60
------------------------------	----

Capítulo III. DESARROLLO

3.1 Resultado	70
3.2 Discusión.....	74
3.3 Conclusiones.....	78
3.4 Recomendaciones.....	79

Capítulo IV. BIBLIOGRAFIA

4.1 Bibliografía.....	80
-----------------------	----

Capítulo V. ANEXOS

5.1 instrumento.....	41
5.2 cuadros.....	

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios, a nuestro padre celestial que siempre nos guía y por permitirnos culminar nuestra meta propuesta; dándonos fortaleza, sabiduría, perseverancia y salud.

A nuestros Padres por servir como instrumento de Dios para ayudarnos a alcanzar lo que nos hemos propuesto.

A nuestros docentes, médicos que día a día nos enseñan a ser mejores profesionales.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios que por su infinito amor y misericordia nos permitió llegar a culminar este informe

A nuestros padres, pilares fundamentales de nuestra educación.

A nuestra docente Msc. Yadira Medrano que nos brindó grandes y múltiples aportes para la realización de nuestra investigación y por estar presta a corregir nuestros errores.

OPINION DE LA TUTORA.

Tengo a bien presentar el trabajo monográfico conocimiento actitudes y practicas sobre lactancia materna exclusiva de las madres de niños menores de 6 meses atendidas en el centro de salud Leonel Rugama Estelí, departamento de Estelí noviembre 2015 las autoras Br. Dora María canales acuña y Br. Siara Regina Cáceres ambas egresadas de la facultad de ciencias medicas de la universidad nacional autónoma de Nicaragua, Managua.

Entre los resultados se destaca, la mayoría de las entrevistadas procedían del área urbana, con estudios de secundaria y universitarios. La principal fuente de donde se obtuvo la información sobre lactancia materna exclusiva, LME fue el personal de salud y familiares. Más del 70% de ellas tienen un buen nivel de conocimiento y una actitud favorable ante la LME. De cada 10 mujeres 7 habían administrado sus hijos menores de 6 meses LME, éstas alimentaban a su bebe al libre demanda y más de 70% prefirieron la posición de cuna para amamantarlo.

Las autoras si bien realizaron el trabajo es su época de estudiante, quisieron replicarlo en el lugar de realización de su servicio social para brindar a las autoridades resultados que sean convertidos en acciones en beneficio de las mujeres.

Felicito a las autoras por su trabajo y les insta a entregar oficialmente los resultados del trabajo a las autoridades competentes .

Yadira medrano Moncada . Msc

Profesora titular UNAN –MANAGUA

RESUMEN

Se trata de un estudio el cual abordo el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en Lactancia Materna Exclusiva que presentaban las madres con niños menores de 6 meses que asistieron en el Centro De Salud Leonel Rugama, en el mes de Noviembre del 2015, con el propósito de poner de manifiesto puntos vulnerables de dichos conocimiento y orientar estrategias dirigidas a fortalecer, principalmente por la importancia que tienen la Lactancia Materna Exclusiva para el buen desarrollo, Sico social del niño, mejorando así los indicadores de salud, además de proporcionar una base de información más completa con el propósito de incrementar la promoción, educación continua de dicha comunidad.

Al finalizar el estudio encontramos y concluimos que en la población estudiada predominaron las mujeres jóvenes de 20 a 24 años, de procedencia urbana, que se encontraban casadas, con un nivel de escolaridad aceptable.

Se obtuvieron respuestas muy variadas con respecto a la Lactancia Materna Exclusiva a partir de los informantes claves en cuanto al tiempo de amamantamiento refiriendo algunos que debe hacerse por tres meses y otros por seis meses, y otros sobre las técnicas de amamantamiento en donde unas respondieron que el agarre del pecho por el bebe ser pezón y areola y otros solo pezón, al igual que el inicio de la introducción de otros alimentos distintos a la leche materna respondiendo algunas que se debe hacer antes de los seis meses y otras que después de los seis meses.

De forma general las madres presentan un buen nivel de conocimiento en Lactancia Materna Exclusiva. Este grupo de madres pertenecientes a esta comunidad presentan una buena actitud en la promoción de la Lactancia Materna Exclusiva y que la mayoría de las madres tenían una buena práctica.

Tomando en cuenta esta situación recomendamos que lleven a cabo una serie de estrategias, siendo las más destacadas: conformar un plan educativo sobre Lactancia Materna Exclusiva dirigido a la población para que esto pueda influir en las buenas prácticas; así como también promocionar o difundir, las ventajas y beneficios a través de los medios de comunicación, programas y publicidad.

De igual manera respaldar las acciones contra las causas de la suspensión de la Lactancia Materna Exclusiva para lograr que un mayor índice de las madres dicha práctica.

INTRODUCCIÓN

La leche materna ofrece al niño el alimento ideal durante los primeros meses de vida. Ningún sustituto de la leche materna exhibe características biológicas similares, ni ofrece al recién nacido el beneficio nutritivo e inmunológico de la leche materna, por lo que los esfuerzos para reemplazar la leche materna han sido ineficaces y se ha hecho necesaria la promoción de la lactancia materna como una política nacional de salud. Según la OMS, la lactancia materna debe ser exclusiva hasta los seis meses de edad, sin la adición de otros líquidos u otras leches.

Si bien las tasas de lactancia materna no disminuyen a nivel mundial, y muchos países han experimentado un aumento significativo en la última década, sólo el 38% de los niños de menos de seis meses de edad en el mundo en desarrollo reciben leche materna exclusivamente y sólo el 39% de los niños de 20 a 23 meses de edad se benefician de la práctica de la lactancia materna (Organización panamericana de la salud y la organización mundial de la salud OPS/OMS, 2013).

En los últimos años la práctica de la lactancia materna ha disminuido en toda América Latina y el Caribe, debido a diversos factores socio-económicos y culturales. La situación de salud de los países de América Latina y del Caribe, no puede escapar al análisis de las condiciones socioculturales y económicas que en los últimos años han afectado severamente el desarrollo de los países y el nivel de vida de sus poblaciones. Y en la calidad de la atención a los principales problemas de salud donde destacan los relacionados con la Lactancia Materna Exclusiva.

La Lactancia Materna es un tema de suma importancia en Nicaragua como parte de la política implementada por el Ministerio Salud, en donde se reconoce que la desnutrición proteico-energética, continúa siendo un problema de salud pública, reflejada por el deterioro de la situación alimentaria y nutricional, siendo la causa que más incide en la actual morbi - mortalidad infantil.

La frecuencia y duración de la Lactancia Materna en Nicaragua está lejos de ser satisfactoria, aún cuando las madres saben que la lactancia materna debe ser de forma exclusiva hasta los seis meses y hasta los 2 años complementada con alimentos, sin embargo, muchas tienen arraigados mitos y creencias que influyen de manera negativa en la práctica del amamantamiento aunado también al poco conocimiento que se tiene sobre el tema de lactancia materna.

ANTECEDENTES

Desde tiempos muy antiguos hay evidencias acerca de las prácticas de la lactancia materna, considerada desde entonces como la mejor forma de alimentación para el recién nacido.

En 1979, la Organización Mundial de la Salud (OMS) e instituciones de las Naciones Unidas abordaron los problemas de alimentación del lactante y en niños pequeños, al constatar que una de las causas de abandono de la lactancia natural es la publicidad errónea y la excesiva promoción de fórmula lácteas. Como resultado surgió el “Código Internacional de Sucesos de la Leche Materna” para regular las prácticas de comercialización de alimentos infantiles

En 1981, la revista Génesis 11 entrevistó a mil mujeres que habían acudido al servicio del hospital Fernando Vélaz Paíz, de las cuales el 66.6% había amamantado a su hijo, el 54% de éstas lactaron por un período de seis meses y sólo el 19.7% lo hizo por lo menos durante un mes; siendo las causas de destete en orden de frecuencia:

- Se secó la leche
- Pezones adoloridos
- Rechazo del niño
- Enfermedad del niño

El 34% de ellas nunca había amamantado principalmente por rechazo del niño, leche insuficiente y trabajo materno.

En 1989, la OMS y la UNICEF promulgaron los “Diez pasos para garantizar una lactancia materna natural exitosa”, cuyo propósito es proteger, promover y apoyar la LM desde el punto de vista de las prácticas institucionales.

En 1990, el MINSA impulsó en León una investigación en niños menores de dos años, encontrando una prevalencia de lactancia materna del 42.6%, la prevalencia de lactancia materna exclusiva fue de 3.2% y solamente un 6.4% nunca fue amamantado.

De los niños que fueron amamantados el 60% fueron destetados antes de cumplir los 6 meses. Las razones para interrumpir la lactancia fueron en orden de frecuencia:

- Poca leche.
- Trabajo de la madre.
- Nuevo embarazo.
- Consejo familiar.

En 1992 - 1993, la Encuesta Nacional sobre Salud Familiar realizada por PROFAMILIA, indica que a pesar que en Nicaragua existe una actitud positiva frente a la lactancia materna, donde aproximadamente el 92% de mujeres dieron de amamantar alguna vez a sus bebés, sin embargo sólo el 11.4% de los niños recibían lactancia materna exclusiva a los cuatro meses, demostrando que la duración promedio de lactancia materna exclusiva fue de 0.6 meses (18 días) y la duración promedio de la lactancia materna fue de 12.3 meses.

Siendo las tasas más altas en áreas rurales (94.1 %); las mujeres que no han recibido educación, inician la lactancia más a menudo que las mujeres que tienen educación superior. Las mujeres que tienen un nivel socioeconómico bajo, tienen mayores probabilidades de amamantar por períodos más largos.

En este mismo estudio se encontró que los problemas de amamantamientos más frecuentes fueron:

- Rechazo del niño a mamar;(39%)
- Enfermedad materna; (12%)
- Leche insuficiente; (11 %)
- Enfermedad del niño, (10%)
- Problemas del pezón, (6%)
- Trabajo (4%).

Durante este mismo año, se realizó un monitoreo a nivel nacional sobre grado de cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, reportando que de 73 casos encuestados con niños menores de seis meses, el 25% estaba siendo alimentado con lactancia materna exclusiva, de los cuales el 50% refirió haberlo hecho por consejo médico y el 26% por consejo familiar. De las madres que recibieron CPN, el 68% recibió algún tipo de instrucción sobre lactancia materna, de lo cual el 50% fue recibido por parte de médico y 33% por enfermera.

En 1996 - 1997, el informe de investigación de la línea de base del Proyecto de Promoción de Lactancia Materna Exclusiva en Managua, Masaya, Carazo y Granada del Centro Mujer y Familia auspiciado por la secretaría PL480/ USAID Y UNICEF encontró los resultados siguientes:

- La prevalencia de lactancia materna en niños menores de dos años fue de 58.7%.

- La prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños menores de cuatro meses fue del 12%.
- El porcentaje de niños que recibieron alimentos complementarios entre cuatro a seis meses fue del 55.8% y un 30% había recibido alimentos antes de los tres meses.
- El 62% de las madres consideraron que la lactancia materna exclusiva beneficia al niño, mientras que el 40% respondió que beneficia a la madre.
- El 45.7% de las madres cree que se le debe de dar otros alimentos a los niños a los cuatro meses de edad y el 13% considera que la lactancia materna exclusiva debe de ser menos de un mes.
- El 8% de las madres considera que sólo dar el pecho es un método seguro de evitar embarazos.

Al momento de realización de la ENDESA-98, un poco más del 90% de niños menores de 4 meses estaba lactando, proporción que se redujo a un poco menos del 60% en niños de 10 - 11 meses, mientras tanto la lactancia materna exclusiva se elevaba a 46% entre los niños menores de 2 meses, esta descendía entre los niños de 2 - 3 meses.

Antes de los cuatro meses sólo un 30% de los niños recibía lactancia materna exclusiva, un 61 % estaba lactando pero acompañado de agua o suplementos y no estaba lactando un 9% del total. La duración promedio de la lactancia materna exclusiva fue de 2.1 mes y la de lactancia materna fue de 15 meses.

Sin embargo debe decirse que en el momento de realización de la ENDESA 98, el 50% de los niños a los doce meses ya no estaba lactando, ya que la mediana de duración fue de doce meses y el 50% de los niños a los 21 días ya no estaba siendo alimentado con lactancia materna exclusiva, debido quizá a que no se ha progresado mucho en la superación del mal hábito de darle agua a los niños menores de seis meses.

En 1999, de acuerdo a un estudio realizado por el MINSA y UNICEF, el 91.5% de los recién nacidos son alimentados con leche materna, no obstante, sólo el 39% recibe lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad.

En el año 1999 en Puerto Cabezas, Taylor J. realiza un estudio monográfico donde encontró que el 76% del grupo de madres encuestadas tenía información previa sobre lactancia materna. El 85% de las madres conocían algunas ventajas de la lactancia ya que de éstas el 53% afirmaron que protege contra enfermedades, y el 33% reconocen que es importante para el crecimiento y desarrollo del niño. (2)

Chavarría J., Díaz, y Galo encontraron mediante una investigación monográfica realizada en León en 1999, que la prevalencia de la lactancia materna exclusiva fue de 49.6% y a los 5 meses de edad fue del 21.2% lo cual descendía rápidamente hacia el sexto mes. (3)

En el año 2001, en el municipio de la Concordia, Jinotega en un estudio monográfico realizado por Parrales S. María y Quijano L. Dexter, sobre conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses, fueron estudiadas 98 madres con hijos menores de seis meses, donde la mayoría de madres se encontraban en el rango de edad de 22 a 30 años de edad, con nivel de primaria, que tenían entre uno y dos hijos, y estaban dedicadas a sus casas solamente. (4)

En cuanto los conocimientos sobre lactancia materna, la mayor parte de las madres saben que es el calostro y de la excelencia de su calidad.

El 100% de las madres consideran las ventajas de la lactancia materna para su hijo afirmando que es el mejor alimento y se enferman menos, así como para la madre ya que ahorra tiempo, dinero y está disponible en todo momento.

El 99% de las madres, refiere que dar biberón es peligroso ya que puede enfermar al niño más frecuentemente.

La información sobre lactancia materna fue adquirida en el centro de salud.

Las razones que expresaron las madres para no dar lactancia materna exclusiva fue que tenían poca leche e inflamación de los pechos y hasta un 51.5% habían introducido otros alimentos a la dieta de sus bebés; casi todas amamantaban a libre demanda, ofreciendo ambos pechos y hasta que su bebé quisiera, las posiciones más usadas para el amamantamiento fueron sentada y en sandía.

El nivel alcanzado por las encuestadas al relacionar conocimiento y prácticas fue:

- Buen conocimiento y buena práctica 46.9%.
- Regular conocimiento, pero buena práctica 20.4%.
- Regular conocimiento y regular práctica 11.2%.

En el año 2005, en el Rama - RAAS, un estudio monográfico realizado por Moreira Ch. Marjorie y Ortega C. Tania, sobre conocimiento y práctica de lactancia materna, reveló que el 59% de las madres encuestadas, se encontraba entre 19 y 35 años, en su mayoría casadas, amas de casa con escolaridad primaria; de las cuales el 55% recibió información por. Personal de salud (enfermera 81 %) durante los CPN, donde se les educó acerca de la lactancia materna exclusiva. El otro 56% recibió información en su mayor parte por sus madres y amigos, en donde un alto porcentaje (46%) se le informó que durante los primeros seis meses debían alimentar con lactancia materna más comida. (5)

Indistintamente de la fuente de información del conocimiento, el 64% de las encuestas no recibió información sobre cada cuanto tiempo debía alimentar a su bebé.

Otro aspecto relacionado al conocimiento es que las madres afirmaron tener conocimiento de ciertos criterios en el tema, sin embargo al realizarles preguntas directas las respuestas no se compaginaron con las información inicial, por ejemplo, el 59% refirieron conocer el momento adecuado para iniciar a lactancia materna, sin embargo de éstas sólo el 15% lo dijeron correctamente, lo mismo sucedió al interrogarle sobre el conocimiento de la técnica de extracción manual de leche donde el 94% la describió incorrectamente.

Las principales razones por las cuales las madres amamantaron según sus palabras fueron:

- 61 % es el mejor alimento,
- 21 % el niño se enferma menos.

Las tres primeras causas de abandono de la práctica de la lactancia materna fueron:

- El niño no agarró el pecho 36%.
- Madre enferma 18%.
- Trabajo fuera de casa 15%.

En este estudio predominó el conocimiento malo (86%) asociado a una práctica regular (53%).

Otro estudio monográfico realizado de junio a julio de ese mismo año por Garay F. Eduardo y Morales M. Jairo, acerca de los factores que influyen en la práctica y/o abandono de la lactancia materna exclusiva en Santa Lucía, Boaco revela que:

- Las madres con edades comprendidas entre los 25 a 29 años, presentaron mejor práctica de lactancia materna exclusiva con relación a las madres mayores de 30 años, el grupo de madres acompañadas así como las que se ubicaron en el nivel primario registró los porcentajes de lactancia materna exclusiva más altos con relación a los otros grupos.
- El trabajo en sí, así como la experiencia de haber amamantado no guardó relación con la práctica de lactancia materna exclusiva, pero si fue un factor determinante la influencia de los familiares en la forma en que las madres alimentaban a sus hijos.
- La principal fuente de información que tuvieron las madres sobre lactancia materna exclusiva fue por parte del personal de enfermería y brindada por primera vez durante el control prenatal. Al 82.4% de las madres se les orientó dar sólo pecho materno los primeros seis meses, el 65 % cumplió con esa orientación.
- Entre los niños de cero a dos meses de edad el 78.6% recibían lactancia materna exclusiva, esta cifra descendió a la mitad (39.3 %), en los niños de cinco a seis meses.

- Las dos razones principales referidas por las madres sobre los beneficios de la lactancia materna para el niño fueron: Prevenir enfermedades 55.6% y es el mejor alimento 47.2%.
- El 39.8% de las madres abandonó la lactancia materna exclusiva. Entre las razones referidas por las madres estaban: El niño no se llena 58%, consejo familiar 37% y el niño necesita agua 30%.

De acuerdo a *Sistema integrado de vigilancia de las intervenciones nutricionales (SIVIN)*, hay avances en cuanto a la lactancia materna, ya que hay mejoría del porcentaje de mujeres que dan de mamar al niño la en las primeras 24 horas (58.1 %) aunque lo ideal debe ser durante la primera media hora después del parto, así como las que dan más cantidad de leche materna cuando sus niños están enfermo, el 83% de las mujeres le dan ambos pechos y a libre demanda a sus niños. El tiempo promedio de lactancia exclusiva es de 3.4 meses más alto que el reportado por *ENDESA 2006-2007* (2.7 meses), en cuanto a la lactancia materna continuada de 9.8 meses es menor a lo indicado por la misma *ENDESA* (18 meses), la norma nacional destaca seis meses de exclusividad y por lo menos dos años de lactancia continuada.

El 7 de agosto del 2011: La tasa de lactancia materna exclusiva en Nicaragua es de tan solo el 30.5% cuando promedio es del 39% en los países en desarrollo, asevero el doctor Rafael Amador Rodezno, especialista en salud del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, con motivo de la celebración de la Semana mundial de la Lactancia Materna en nuestro país.

JUSTIFICACIÓN

En Nicaragua, diferentes estrategias ha sido diseñadas para contribuir en el rescate de la práctica del amamantamiento. Estas estrategias han enfatizado sus esfuerzos en la capacitación de la mujer por ser ella la encargada de la crianza de los niños, situación determinada por el paradigma social vigente madre- lactancia-niño.

En nuestro país las practicas de lactancia materna son de trascendencia histórica, transmitida de generación en generación vinculados al factor económico, sobre todo al sector rural, sin embargo, este ha disminuido en los últimas décadas debido a la introducción de fórmulas artificiales , capacitación en el campo de la salud en donde solo se enfatiza en los aspectos éticos la lactancia no en valorar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen tanto hombres como mujeres ante la misma así como relaciones de género , tanto laboral como conyugal que influyen negativamente en el proceso natural de la lactancia .

Lo que pretendemos con este estudio es valorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas acerca de la Lactancia Materna para contribuir al desarrollo de estrategias dirigidas a un enfoque de género y no meramente técnico y que consideren el amamantamiento como responsabilidad única de la mujer, sino también del hombre y la sociedad y de todo aquella circunstancia que faciliten esta práctica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según *ENDESA 2012-213* en Nicaragua (1), el porcentaje de mujeres que dan de mamar al niño en las primeras 24 hrs es de 58.1% y revelo que el porcentaje de Lactancia materna exclusiva llego a 46% en menores de 2 meses y disminuye al 13% en 4 y 5 meses y el 31% en los menores de 6 meses.

A pesar de las acciones de Promoción encontramos que solo el 54 por ciento de los niños comenzaron a ser amamantados en la primera hora, lo que representa un descenso de 22 puntos desde 2001, siendo mayor al observado en el período 1998-2001, cuando hubo un leve descenso de más de 3 puntos en la proporción de niños con amamantamiento temprano.

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 por ciento. El 94.2% de los niños y niñas fueron amamantados, al 30.6 % de los menores de seis meses le dieron lactancia materna exclusiva;

Por lo expuesto anteriormente nos motiva a realizar este estudio para dar respuesta a la siguiente pregunta.

**¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva de las madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama En el Departamento De Estelí
Noviembre 2015?**

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el nivel de conocimiento, actitudes y práctica acerca la lactancia materna en en madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama en noviembre 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características demográficas de las madres sujetos del estudio.
2. Indagar sobre la información y el nivel conocimiento que tienen las madres acerca de la Lactancia Materna Exclusiva.
3. Identificar la actitud que presentan las madres en relación a la Lactancia Materna Exclusiva.
4. Enumerar la práctica que han tenido sobre Lactancia Materna Exclusiva con su último hijo

MARCO TEORICO

Conceptos generales sobre lactancia materna

Lactancia materna exclusiva

Es la alimentación con leche del seno materno. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños".

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años.

La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF¹.

Según la OMS y el UNICEF, a partir de los dos primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. Los referentes sobre los términos y características de la lactancia se comprenden desde el contexto cultural de las madres que lactan, de tal forma que los periodos de lactancia se pueden extender tanto como la variabilidad de culturas existentes en el mundo. En el mundo podemos referir casos en donde se considera un acto únicamente de bebés de pocas semanas o meses, así como también se encuentran casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años¹.

Lactancia materna

Es cuando el lactante solo recibe leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua; que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche; y que no se utilicen biberones, ni chupetes; todo esto por los primeros 6 meses de vida².

Alimentación con formula

Cuando el lactante recibe productos alimenticios diseñados para suplir las necesidades nutricionales de los bebés menores de un año de edad. Estos productos son, entre otros, leches artificiales en polvo, líquidos concentrados y alimentos ya preparados. Dichas leches varían en nutrientes, número de calorías, sabor, capacidad para ser digerida y costo².

Ablactación

Introducción de alimentos diferentes a la leche materna a la dieta del bebé a partir de los 6 meses de edad; la OMS recomienda que hasta esa edad, el bebé tome a demanda y de forma exclusiva leche materna. Se elige este momento ya que es cuando se agotan las reservas de hierro en su organismo y además ya se encuentra preparado para recibir alimentos con una cucharita².

Destete

El destete es el proceso por el que el niño deja de tomar el pecho y abandona su anterior forma de alimentación, la lactancia materna, por otro, que consiste en la introducción de alimentos complementarios o la sustitución de la leche materna por fórmulas artificiales. es un proceso largo, que comienza con la primera papilla alrededor de los seis meses y puede terminar muchos meses e incluso uno o dos años después².

Anatomía y fisiología de la lactancia materna

❖ Anatomía de la glándula mamaria

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

Estructura Externa de la glándula mamaria

Aproximadamente en el centro de la mama se encuentra el pezón. Su forma y tamaño varía entre las mujeres pudiendo ser pequeño, grande, plano, umbilicado o invertido. La base del pezón está rodeada por una zona oscura denominada areola. Esta contiene fibras de tejido conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. La areola, contiene numerosas glándulas sebáceas denominadas "**Glándulas o Tubérculos de Montgomery**" las que se pueden apreciar claramente como poros levantados y se les atribuye la lubricación y odorización de la mama.

En la parte interna, se identifican las siguientes estructuras principales:

Tejido glandular:

Dentro de él se produce la leche, obedeciendo las órdenes provenientes del cerebro, el cual responde a los reflejos estimulados mediante la succión y facilitados por un ambiente adecuado.

La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de 15 a 20 racimos glandulares denominados lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto que lleva la leche hasta la punta del pezón.

Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos. Cada acino está formado por un

conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los acinos como los conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y vasos sanguíneos de pequeño calibre (capilares), de gran importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

Conductos:

Transportan la leche desde el sitio de la producción, en el tejido glandular, hasta el sitio de almacenamiento (senos lactíferos).

Senos Lactíferos:

Se forman por el ensanchamiento de los conductos provenientes de los acinos o alveolos y están situados por debajo de la areola. Deben ser estimulados mediante una succión adecuada, para que la leche pueda ser extraída y, debido a su relación con la areola, es importante que cuando el (la) niño (a) se acople a la mama su boca abarque toda o gran parte de ella.

Grasa y tejido de soporte:

La mama está sujeta al cuerpo por medio de una serie de ligamentos (ligamentos de Cooper), los que están entrelazados con tejido graso, siendo éste último el que determina el tamaño de las mamas. Durante el proceso de la lactancia, los ligamentos adquieren especial importancia ya que se ven obligados a sostener "mayor carga", y por lo tanto pueden distenderse. Por esta razón es importante aconsejar a la madre que vacíe frecuentemente sus pechos y utilice un sostén adecuado.

Nervios, vasos sanguíneos y vasos linfáticos:

En la punta del pezón existen unos nervios sensitivos, al igual que alrededor de los conductos galactóforos. Cuando el niño estimula adecuadamente (mediante la succión) estas terminaciones se produce la erección del pezón y se desencadena

el mecanismo reflejo de la hipófisis que controla los procesos de secreción y eyección de la leche. Alrededor de los alvéolos, hay una red de vasos capilares encargados de suministrar a

Las células productoras de leche los nutrientes necesarios para la síntesis láctea.

Fisiología de la producción de la leche

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

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

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

Regulación de la producción de leche:

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

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

Etapas II: Se da con el inicio de la secreción copiosa de leche, lo que ocurre entre el segundo al quinto día post – parto. Esta etapa depende de tres factores; el

desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo, mantención de niveles de prolactina y caída de los esteroides sexuales especialmente de la progesterona.

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

Lactopoyesis

Si bien la prolactina es la hormona desencadenante principal de la secreción láctea, no puede mantenerla sin la intervención de un conjunto de hormonas (somatotrofina, tiroxina, corticoides, ACTH) y factores nerviosos (sistema hipófisihipotalámico, oxitocina, que tienen como punto de partida el reflejo de succión).

Se ha evidenciado que la demanda del niño es el principal regulador de la cantidad de leche producida, los otros factores como la nutrición, edad, composición corporal y paridad de la mujer solamente juegan un rol secundario. El mantenimiento de la lactancia se basa en que el vaciamiento continuo de la glándula aumenta su actividad secretora, lo que desencadena un círculo automático. La succión es un estímulo poderoso para la síntesis y secreción de prolactina, la que es necesaria para la secreción láctea. Hasta los cinco días postparto el proceso es regulado por cambios en los niveles plasmáticos de hormonas presentes al final del embarazo y después la mantención del proceso de lactancia depende de la salida de la leche de la mama.

Existe una creciente evidencia de que un factor proteico presente en la misma leche inhibe la producción láctea y se prevé que está asociado a la leche residual dentro de la mama, por lo que si se aumenta la frecuencia del amamantamiento y la salida de la leche es más completa, el factor se removerá con la leche residual y desaparecerá la inhibición.

Eyección láctea

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

Composición de la leche materna:

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

- La cantidad de proteína adecuada a las necesidades del (de la) niño (a). Si se compara la leche materna con la leche de vaca, se verá que tiene más proteína pero ésta es demasiado para lo que él bebé necesita y son de una clase diferente. Con frecuencia esas proteínas causan inflamación y alergia en los(as) bebés. Algunos aminoácidos que se encuentran en las proteínas de la leche materna y que son indispensables para el desarrollo del cerebro del (de la) bebé, no se encuentran en otras leches en la cantidad requerida².
- Contiene taurina, un aminoácido esencial para el prematuro y muy importante para el desarrollo del (de la) recién nacido (a), puesto que es necesaria para conjugarlos ácidos biliares y es además, un posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina¹.

- Contiene más lactosa que la mayoría de leches de otros mamíferos, (la lactosa es el azúcar natural de la leche).

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del hierro y del calcio y promueve la colonización intestinal del lactobacillus bífidus que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos².

- Las vitaminas que el (la) bebé necesita, en las proporciones adecuadas por lo que no es necesario darle suplementos vitamínicos ni jugos de frutas durante este período. Los jugos y las vitaminas no solo no son necesarios sino que pueden causar problemas al lactante menor, como es el caso de los de frutas cítricas que pueden precipitar la aparición de alergias en niños (as) predispuestos (as)¹.

•La cantidad suficiente de hierro que el (la) niño (a) necesita pues el hierro de la leche materna es absorbido hasta en un 50% por el intestino, debido a los factores de transferencia contenidos en ésta y que no se encuentran en la leche de vaca. El hierro contenido en la leche de vaca, se absorbe solamente en un 10% y el de las preparaciones para lactantes, fortalecidas con hierro, se absorbe solamente en un 4%. Los (as) niños (as) amamantados (as) con leche materna no desarrollan anemia ferropénica y no necesitan suplemento de hierro en los primeros seis meses de vida⁸.

- La cantidad de agua que él (la) bebé requiere, aún en climas cálidos.
- La cantidad correcta de sal, calcio y fosfatos.
- Factores de crecimiento.
- Una enzima llamada lipasa, específica de la leche materna, que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares y que interviene en la digestión de las grasas.
- Anticuerpos (inmunoglobulinas) contra muchas infecciones comunes. Estas ayudan a proteger al (la) bebé contra la infección hasta que sea capaz de fabricar sus propios anticuerpos. Si una madre tiene una infección, en su leche aparecerán,

muy rápidamente, anticuerpos contra esa infección. Células sanguíneas blancas, vivas, (leucocitos) los cuales ayudan a luchar contra la infección⁸.

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

- Lactoferrina, sustancia que favorece la absorción del hierro. Además, al ligarse con el hierro evita que éste sea utilizado por los gérmenes patógenos intestinales que necesitan hierro para crecer. Por lo que se dice tiene una acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferro de pendiente. Si el (la) niño (a) recibe suplementos de hierro, pueden interferir con la función de la lactoferrina ya que ésta se satura y no acepta más hierro el que al quedar libre puede ser utilizado por bacterias¹⁰.

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

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

Tipos de Leche

El Calostro

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

- Contiene lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y liposolubles (A, E, K,) carotenos y algunos minerales como Sodio y Zinc.
- La principal inmunoglobulina que se transmite al niño con el Calostro es la IgA que junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido inmunidad específica e inespecífica².
- Facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Facilita la producción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido, evitando el crecimiento de bacterias patógenas².

Leche de transición:

Es la leche que se produce entre el 7 y el 14 día post-parto. Cerca del 6 y 8 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando en cantidad, hasta alcanzar un volumen de aproximadamente 600-700 ml por día. Esta leche va variando, en color y apariencia, día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. La concentración de inmunoglobulinas y proteínas totales disminuye, mientras aumentan la lactosa, la grasa y las calorías totales. Las vitaminas hidrosolubles aumentan, y las liposolubles disminuyen hasta los niveles de la leche madura².

Leche madura:

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

- Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3g%) constituyendo una importante fuente calórica para el (la) niño (a). La alta concentración de lactosa, determina las deposiciones blandas del (de la) niño (a) amamantado (a).
- La cantidad de proteínas en la leche materna es perfecta para el crecimiento del (de la) niño (a) y el desarrollo del cerebro. El nivel de proteínas de la leche materna no se ve afectado por la ingesta de la madre.
- La proteína de la leche materna se digiere fácilmente y se absorbe bien.
- Las grasas son la principal fuente de calorías del lactante.
- La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos de cadena larga y el porcentaje de ácidos grasos poli-insaturados es mayor que el de los saturados.
- El nivel de grasa es bajo al comenzar el amamantamiento (leche delantera o del inicio) y aumenta a medida que el (la) niño (a) mama (leche del final o trasera).
- A pesar de que el contenido de hierro en la leche materna es pobre, su absorción mayor en relación al de las otras leches².

Leche del comienzo y del final de la mamada:

La leche del comienzo es la que sale cuando el (la) niño (a) principia a mamar. Tiene una

Apariencia acuosa y es de color azulado, como tiene mucha agua (en relación a los solutos) le calma la sed al niño(a): a la vez, también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa².

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

Si se le retira del pecho muy pronto éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. Además, por su mayor contenido de grasa, es rica en las vitaminas liposolubles A, D, E, K².

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

Leche de pretérmino:

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación producen durante un periodo prudencial una leche con una composición diferente. La leche de pre término contiene, en comparación con la leche de un (a) niño (a) a término, mayor número de sustancias que aportan las defensas necesarias para luchar contra las infecciones especialmente contra la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal. Además, contiene mayor cantidad de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa, que la leche madura, siendo ésta la combinación más apropiada para el (la) niño (a) inmaduro (a) quien tiene requerimientos más elevados de proteínas y menor capacidad de digestión de la lactosa. La lactoferrina y la IgA están en mayor abundancia, por lo que es más adecuada a las necesidades del prematuro que cualquier preparación artificial².

❖ Reflejo de la madre

Reflejo de producción/secreción:

Está mediado por la prolactina y depende básicamente de la succión o extracción de leche. El estímulo de las terminaciones nerviosas sensitivas que se encuentran en el pezón viajan a través de los nervios (nervio vago) hacia una estructura que se encuentra en el cerebro llamado Hipotálamo, de donde parte un estímulo a la Hipófisis (glándula Pituitaria) anterior, ubicada también en el cerebro, produciendo

la liberación de la hormona Prolactina, la que actúa en los alvéolos sobre las células productoras de leche. Por lo tanto, entre más mame el niño, habrá mayor liberación de Prolactina y mayor producción y secreción de leche¹.

Reflejo de eyección:

Los impulsos de los nervios sensitivos que se originan con la succión del niño en el pezón, hacen que en la parte posterior de la Pituitaria se libere oxitocina, la cual hace que se contraigan las células epiteliales, que se encuentran alrededor de los alvéolos expulsando la leche hacia los conductos que la llevarán hasta los senos lactíferos de donde será extraída por el (la) niño (a) al succionar el pecho.

Este reflejo puede disminuirse transitoriamente, cuando la madre sufre alteraciones en su estado emocional (angustia, preocupación, sufrimiento, etc.), ya que es posible que la adrenalina que se libera como respuesta a estos estímulos, haga que se contraigan los vasos sanguíneos que rodean los alvéolos, no dejando pasar la oxitocina a las células mioepiteliales, las cuales no se contraen, y por lo tanto no expulsan la leche hacia fuera.⁷ De ahí que es importante brindar una adecuada orientación a la madre, informándole que pronto se restablecerá la salida y la cantidad de su leche. Además de ofrecer algunas recomendaciones que pueden ser útiles para superar el problema, tales como tomar un descanso antes de amamantar, asegurarse de una cómoda posición, ubicarse en un lugar tranquilo, ofrecer más frecuentemente el pecho a su bebé y/o siempre que sienta el reflejo de salida, pues si el bebé succiona más, los pechos producen más leche.

❖ Reflejo en el niño

Reflejo de Búsqueda:

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

- Búsqueda (boque activo): se abre ampliamente la mandíbula, la lengua sobre pasa la encía inferior, llega el labio inferior y forma surco.
- Toma el pezón: El pezón, introducido por la lengua, ocupa completamente la boca. Los labios permanecen relajados⁷.

Reflejo de Succión:

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

- La lengua haciendo rítmicos movimientos ondulares, queda hacia delante sobre la encía inferior, ahuecadas en forma de surco⁹.

Reflejo de Deglución: Permite al niño (a), deglutir en forma refleja el alimento líquido que llena su boca es decir, hace que estos líquidos pasen al tracto digestivo⁸.

Beneficio de la lactancia materna

Niño, niña

a. Nutrición y crecimiento óptimo

- Alimento óptimo: La lactancia materna es el mejor alimento en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes. Esta composición, se va adecuando a las necesidades del (de la) niño (a) a medida que crece y se desarrolla.
- Fácil digestibilidad: Por su concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa. Además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción aprovechándose al máximo todos sus nutrientes sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal, permitiendo una maduración progresiva del

sistema digestivo del (de la) niño (a), preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos⁸.

- Crecimiento y Desarrollo óptimo: Los(as) niños(as) alimentados, exclusivamente, hasta los 6 meses con leche materna tienen un crecimiento y desarrollo adecuado. Este crecimiento y desarrollo se mantiene óptimo iniciando la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y manteniendo la lactancia materna hasta al menos los 2 años de edad. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche⁸.
- Alimento adecuado para prematuros: La madre que da a luz antes de término produce un tipo de leche adecuada a la edad del bebé. Esta leche tiene menos cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina⁸.

b. Desarrollo Psico-motor

- Organización Sensorial:

El contacto físico del (de la) niño (a) con la madre durante el amamantamiento permite el desarrollo adecuado de sus patrones sensoriales. Se ha demostrado que los niños (as) amamantados (as) presentan mayor agudeza sensorial (gusto, tacto, olfato, visión y audición) que los alimentados con biberón y fórmula⁷.

- Organización biocronológica y del estado de alerta:

Durante al menos tres meses, el (la) niño (a) necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar su propio ritmo basal y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apnea prolongada, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita⁹.

- Patrones afectivo-emocionales:

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

- Desarrollo intelectual:

Los (as) niños (as) amamantados (as) son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje. La lactancia natural se asocia con un mayor coeficiente intelectual del (de la) niño (a)⁹.

- Desarrollo dento-maxilar y facial:

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende del buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las funciones bucales: masticación, mímica y fono-articulación del lenguaje.

Los (as) niños (as) amamantados (as) están mejor preparados para el inicio de la alimentación sólida dado que el periodo del amamantamiento le permite un buen desarrollo anatómico y funcional de las estructuras oro faríngeas⁹.

c. Protección

- El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (IgA) que protege al niño (a) mientras ellos (as) van aumentando su capacidad de producirla.
- Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Protección inmunológica: La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el (la) niño (a) y sentar las bases de una buena

salud general para el adulto. El (la) niño (a) amamantado (a), rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias.

- Protección relacionada en la prevención de las Diarreas⁹.

d. Otros

En prematuros, previene contra la enterocolitis necrotizante.

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

Madre

a. Recuperación fisiológica post-parto

- Retracción del útero:

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

- Recuperación del peso:

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

- Recuperación de los pechos:

La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evitan su congestión y reduce los depósitos de grasa acumulada, durante el embarazo, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de su estructura⁹.

b. De carácter físico

- Prevención de cáncer de mamas y ovario:

La lactancia materna cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. La lactancia prolongada (por más de un total de 36 meses durante la vida) se ha considerado, por algunos investigadores, como un factor relacionado con la disminución del peligro de cáncer de mama, debido quizás a una disminución relativa de los estrógenos carcinógenos desencadenados por los períodos de anovulación tal como ocurre en el embarazo⁹.

- Aspecto físico de la mujer:

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

- Comodidad:

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

c. De carácter emocional

- Establecimiento del apego: El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo (a), estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego", induciendo en la madre un sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño (a) hijo (a)⁸.

- Satisfacción emocional de la madre:

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

Familia

a. Refuerzo de lazos afectivos familiares:

El amamantamiento del (de la) niño (a) es una experiencia familiar. El padre, otros hijos o personas integradas a la familia, organizan su interacción en torno a la

madre y su hijo (a). Además, se refuerzan los lazos afectivos y de solidaridad familiar.

b. Prevención del maltrato infantil:

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

c. Espaciamiento de los nacimientos:

El amamantamiento, puede demorar el retorno de la ovulación y la menstruación, siendo así una manera de espaciar los embarazos. La lactancia materna exclusiva, estimula la producción de prolactina y de otras hormonas de tal manera que si la madre permanece amenorréica, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. El MELA (Método de Lactancia y Amenorrea), es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos¹¹.

Comunidad

a. Disminución de la morbilidad infantil:

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

b. Economía de recursos:

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

- Leche de vaca o de fórmula.
- Mamaderas, chupetes y accesorios.
- Enfermedades y sus tratamientos.
- Gastos hospitalarios de maternidad y atención a neonatos.

- Ausentismo laboral de la madre por necesitar atender al niño (a) enfermo (a).
- Producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

Desde el punto de vista económico se estima que, si todas las madres del mundo alimentaran exclusivamente a sus hijos (as) con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de córdobas anuales⁸.

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

Ecológica

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

- Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población, al espaciar los nacimientos.
- No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación, protegiendo de esta forma el medio ambiente.
- No implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento.
- No necesita preparación ni uso de fuentes de energía, (leña, kerosene, gas, electricidad, etc.)
- No requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla.
- Conserva el agua y otros recursos naturales⁹.

Preparación psicológica de la madre

La lactancia es un evento que forma parte de la función procreativa de la mujer y uno de los primeros sucesos posteriores al parto que impactan el estado emocional de la madre. Sin embargo, este hecho en general se omite dando lugar a la siguiente pregunta ¿es esencial para el (la) niño (a), desde el punto de vista psicoafectivo, el amamantamiento, o lo importante es la forma en la cual se le da el alimento y el cariño? La respuesta de diferentes investigadores, tanto de investigaciones controladas, como de observaciones clínicas, ha sido controversial y polar pero siempre los beneficios o perjuicios están enfocados en el bebé, dejando a un lado los efectos emocionales que la lactancia produce en la madre; En este sentido, nos debemos preguntar ¿Por qué algunas mujeres dicen: no pueden o no quieren amamantar a sus hijos (as)?

Desde el punto de vista psicosocial, una de las razones aducidas es el tener que trabajar, no solamente para satisfacer una necesidad personal sino económica, para contribuir al gasto familiar, haciéndola pensar que no es capaz de lactar a libre demanda a su bebé más allá de tres meses, en el mejor de los casos, no teniendo más opción que cambiar de pecho a fórmula⁹.

Debido a la gran publicidad mundial, que se ha hecho a favor de la lactancia natural, algunas madres comienzan a sentirse frustradas y culpables. Los sentimientos de culpa pueden provenir de dos fuentes: interna y externa. En la interna, la mujer siente que no es “buena madre” porque separó prematuramente a su bebé negándole las bondades de la lactancia natural y probablemente interpretará erróneamente el llanto del mismo lo que a la larga le impedirá sentirse satisfecha y contenta con su maternidad⁹.

La fuente externa se da en el medio ambiente (familiares, amigos, vecinos, etc.) y a través de la gran publicidad hecha por los defensores de la lactancia exclusiva, quienes afirman que con la lactancia natural el bebé crecerá sintiéndose amado y por consiguiente, desarrollará al máximo sus potencialidades tanto intelectuales como emocionales. Por lo tanto, la mujer que no puede lactar a su bebé podría sentirse en una situación de conflicto.

Otra pregunta planteada: ¿Por qué algunas mujeres, aunque dicen querer, no pueden lactar exitosamente a sus bebés? o ¿Por qué otras, definitivamente, no desean hacerlo? Aquí el problema es más complicado pues estas madres no poseen una explicación objetiva que les impida amamantar. Langer plantea dos respuestas al respecto:

1.- Podría deberse a trastornos causados en la mujer por el rechazo a la maternidad ya que inconscientemente no está lista para asumir esta responsabilidad.

2.- Los trastornos se pueden originar por la persistencia de tendencias agresivas en la mujer debido a experiencias negativas vividas en su infancia¹¹.

Para algunos autores, estos conflictos son inconscientes, es decir, la mujer no se percata que esto puede estarle impidiendo dar el pecho; ella piensa que sí desea hacerlo pero que existen circunstancias que obstaculizan tal deseo, como por ejemplo que no tiene suficiente leche y, por lo tanto, el (la) bebé no se satisface, razón por la que va sustituyendo poco a poco el pecho por el biberón. Otras dirán que no quieren que el bebé las esclavice y por lo tanto éste se tiene que adaptar a ella y no la madre al (a la) niño (a); otras más pondrán como justificación el deterioro de su apariencia física que puede ocasionarle conflictos con su pareja. Se podría enumerar una gran lista de las razones que aducen las mujeres para evitar lactar. La pregunta es ¿Por qué les causa tanto conflicto y malestar hacerlo?

La experiencia clínica ha observado a muchas mujeres - sobre todo primíparas – que antes de que naciera su hijo (a) reportaban un gran deseo de darle lactancia exclusiva pero cuando llegaba el momento de hacerlo referían tristeza, incomodidad, dolor, llanto y extremo cansancio, en lugar de la alegría, la comodidad y la satisfacción que les habían dicho.

Lo referido por estas mujeres, tiene que ver, por un lado, con la extrema dependencia Del (de la) recién nacido (a) y, por el otro con rasgos de personalidad de la madre. La dependencia del bebé les hacía sentir que perdían su libertad, pérdida que les producía depresión, culpa y sentimientos ambivalentes hacia su bebé, estado emocional que se veía agravado con la inexperiencia y el poco conocimiento que al inicio se tiene del hijo.

En cuanto a los rasgos de personalidad y actitudes diversas, se ha podido observar que la capacidad de adaptarse adecuada y satisfactoriamente a la situación de lactancia va a depender, en parte, de las vivencias que la mujer tuvo en la infancia, así como del desarrollo educativo y cultural que tenga a lo largo de su vida¹¹.

Se sabe que el embarazo, aunque es un proceso fisiológico normal, produce en la futura mamá una serie de dudas, temores e inseguridades que pueden influir negativamente en su actitud hacia la lactancia natural. Entre estas dudas y temores frecuentes se identifican las relativas al niño (a): ¿Cuál será el sexo?

¿Nacerá Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria sano? ¿Completo? etc. Otros temores relativos a ella misma; ¿Saldré bien? ¿Qué me irá a pasar? ¿Me moriré? ¿Cómo voy a quedar? ¿Podré dar de mamar? ¿Tendré suficiente leche?, etc¹¹.

A estas dudas y temores se agregan otros problemas propios de la vida cotidiana para la mayoría de las mujeres que agudizan la situación psicológica, en particular en la primigesta por su inexperiencia y expectativas de los cambios en su vida como futura mamá¹¹.

Los problemas más comunes en nuestro medio son: los socio-económicos, madres solteras, adolescente embarazada, futuras madres sin fuentes de ingreso, situación agravada por la violencia social. Todos estos factores son determinantes en la

actitud Para el amamantamiento y a veces para el rechazo del (de la) futuro (a) hijo(a).

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

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

- Establecer un clima que favorezca la confianza para que ella haga preguntas y exprese sus dudas y temores.
- Ser amable y escuchar sus problemas prestando todo el interés.
- Asegurarse de que todas las mamás comprendan las ventajas del amamantamiento.
- El trabajador de la salud debe brindar toda información necesaria a la embarazada para que ella tome sus propias decisiones y respetarlas.
- Promover un ambiente de seguridad sobre su capacidad de amamantar.
- Pregúntele si amamantó a sus otros hijos y cuál fue su experiencia. Si tuvo dificultades, explíquele cómo prevenirlas y si todo le fue bien anímela a que repita la experiencia¹¹.

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

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

1. Preparación física de la madre

En el primer control prenatal, se debe realizar un detenido examen mamario, como parte de la evaluación integral a la mujer, para darle seguridad a la madre de que sí puede amamantar a su bebé y detectar tempranamente algún problema y ayudar a corregirlo. Es importante observar la forma, tamaño, simetría, indicios de cirugías anteriores, formación de hoyuelos, descamaciones, cambios de coloración, durezas de las mamas a la palpación, etc. Si se detecta alguna anomalía se debe referir a la paciente para un examen especializado⁹.

Se debe hacer hincapié en que el tamaño y la forma de los pechos no tienen efecto sobre la producción de la leche y una cirugía anterior no necesariamente impide la lactancia. En cuanto a los pezones se debe observar si son pequeños, grandes o alargados, planos, umbilicados o invertidos, pues estas variaciones, no afectan la capacidad de amamantar. Además es importante valorar la textura de la piel y probar la protractilidad⁹.

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

establecer una rutina de ejercicios diarios para flexibilizar el aparato locomotor y estimular la circulación⁹

Sobre la ropa a utilizar durante el período del embarazo el sostén debe adecuarse al tamaño de los pechos ya que debe evitar la presión excesiva y preferiblemente usar uno con tirante de tela y no elástico para evitar la pendulación. En general, la ropa debe ser cómoda, liviana, fácil de poner y sacar, que no dificulte los movimientos⁹.

Técnica de amamantamiento

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores: amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanta frecuencia como su bebé desee facilitando la proximidad del (de la) bebé y la madre, en lugar de separarlos y conocer los problemas comunes que pueden surgir durante la lactancia. Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para colocar a su bebé al pecho y ajustar su boca alrededor de la aréola y el pezón¹.

Por lo anterior, vemos que el amamantamiento debe comenzar inmediatamente después del parto. La primera hora, después del parto, es el momento más importante para que se establezca un lazo estrecho entre madre e hijo y para que el bebé aprenda a succionar, ya que por lo general está alerta y su reflejo de succión es fuerte¹.

La madre debe cubrir al bebé, para evitar enfriamientos y mantener al bebé junto a ella. De esta manera el (la) bebé podrá succionar el seno las veces que desee y se estimulará la secreción de oxitocina y de prolactina para una buena iniciación de la lactancia. El apego precoz, es el vínculo afectivo que se establece en los primeros momentos después del parto; durante este período la madre e hijo (a) deben permanecer en una relación de intimidad y contacto, preferiblemente en contacto

piel a piel, que les permita conocerse mutuamente. Esta primera experiencia funcional y de contacto entre madre e hijo (a) es fundamental para el éxito de la lactancia y para fortalecer los lazos afectivos que permiten un buen desarrollo físico y psico-emocional del (de la) niño (a)¹.

La madre, reconoce los rasgos físicos del (de la) hijo (a) e intenta reconocer los códigos de comunicación de sus gestos y movimientos.

El (la) niño (a) por su parte, está dotado(a) de habilidades sensoriales y neuromotoras que le permiten identificarse con su madre, buscar sus ojos, reconocer su olor, manifestarle sus necesidades y esperar de ella una respuesta. Todos estos procesos obedecen a una secuencia continua de acontecimientos neurohormonales recíprocos del binomio madre-hijo (a)¹.

Si se interfiere en este período crítico se altera en menor o mayor grado el proceso de formación del vínculo. El sentimiento de apego o vínculo forma la base de los patrones de comportamiento afectivo-emocional del individuo. En la madre produce una íntima satisfacción de su rol de mujer, fortalece su autoestima y le da más seguridad en sí misma⁷.

El contacto piel a piel puede ser: completo si el (la) bebé está desnudo (a) sobre el cuerpo de la madre o cerca de ella en la cama o puede ser parcial, es decir, la carita del (de la) bebé contra el pecho de la madre, la mano de la madre sobre el cuerpo del (de la) bebé. Pero, si el cuerpo del (de la) bebé está completamente cubierto, la madre puede estar sosteniéndolo (a) pero no tener un contacto piel a piel con él (ella). Un elemento esencial es el método o la técnica que usa la madre para colocar a su bebé al pecho⁷.

Debemos de recordar que si el (la) niño (a) es amamantado correctamente: La glándula mamaria produce leche a través del estímulo de la succión. Extrae suficiente leche, en calidad y cantidad, para satisfacer su hambre y su necesidad de chupar. Satisface todas sus necesidades nutricionales con mínimo desgaste metabólico. No provoca molestias en la madre y ella siente verdadero placer de amamantar su hijo(a) y satisface psico-emocionalmente tanto a la madre como al

niño (a). Para obtener la posición correcta se debe tener en cuenta, tanto la comodidad de la madre como la del (de la) niño (a), considerando la adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre¹.

- Correcta posición de la madre.
- Correcta ubicación del (de la) niño (a) con respecto al cuerpo de la madre.
- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según demanda el (la) niño (a).
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche.

Cualquiera que sea la posición que adopte la madre, lo más importante es que el (la) niño

(a) quede a la altura del pecho, sin tener que girar, extender o halar demasiado la cabeza para lograrlo y frente al cuerpo de su madre.

Durante la lactancia, madre y niño (a) pasan juntos muchas horas al día por lo que, la forma en que se realice el amamantamiento tiene que ser cómoda y agradable para ambos. La elección de la posición para amamantar depende de las circunstancias de la madre y del (de la) niño (a) y ha de ser la más cómoda y eficiente para ambos. La madre puede amamantar sentada o acostada, de preferencia debe buscar un lugar tranquilo, sin demasiado ruido e iluminación. Si esto no es posible hacerlo discretamente en cualquier lugar. Hay muchas posiciones que son más favorables para casos específicos como la madre cesareada, los gemelos, el (la) niño (a) hipotónico, el (la) niño (a) con labio leporino o paladar hendido, etc¹.

Problemas comunes del amamantamiento

❖ Niño, niña

Cuando el (la) niño (a) no quiere mamar, la mayoría de las veces se trata de un problema relacionado con una técnica de amamantamiento defectuosa que, por lo

general, es fácil de identificar y corregir. Pero podría ser un signo de que el (la) bebé está enfermo (a), y en ocasiones muy seriamente enfermo (a)¹¹.

Los principales problemas pueden ser:

1. Disfunción motora oral.
2. El (la) niño (a) está enfermo (a).
3. El (la) niño (a) con problema en nariz o boca.
4. El (la) niño (a) es pequeño y con dificultades para succionar.
5. El (la) niño (a) puede tener confusión de pezones.
6. El (la) niño (a) está mal colocado o agarra mal.
7. Problemas con la técnica de amamantamiento.

Disfunción motora oral: Es la alteración de la avidez y del patrón de succión que no le permite acoplarse adecuadamente al pecho de su madre para extraer la leche. Para mamar, el (la) niño (a) debe ser capaz de abrir la boca para introducir el pezón entre la lengua y el paladar; la lengua, avanza sobrepasando la encía inferior y efectúa un movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás extrayendo la leche de los senos lactíferos ubicados bajo la aréola. Este problema puede presentarse ya sea por inmadurez, problemas neurológicos, dolor provocado por el uso de fórceps o también por el uso de mamaderas o chupetes. Para diagnosticarlo se debe hacer la evaluación motora-oral del (de la) recién nacido (a)¹¹.

Evaluación motora oral:

1. Evaluación motora general:
 - Con el bebé despierto y tranquilo: Se debe observar la flexión de las extremidades. Si se extienden, éstas deben volver espontáneamente a su posición inicial.
 - Si se levanta al niño en decúbito ventral, tiende a levantar la cabeza.
 - Al sostenerlo por la región axilar, debe tener el tono suficiente para no deslizarse.
2. Evaluación oral:

- Tocar el labio inferior con el dedo índice, estimulando el reflejo de búsqueda - El (la) niño (a) lleva la cabeza hacia adelante y abre la boca; la lengua, sobre el piso de la boca, sobrepasa la encía inferior
- Introducir el dedo en la boca, con el pulpejo hacia arriba, y presionar suavemente el

Paladar para estimular el reflejo de succión.

- La lengua, envuelve el dedo con movimiento ondulatorio, de afuera hacia adentro traccionándolo firmemente hasta el límite del paladar duro.
- Los labios están apoyados relajadamente sobre el contorno del dedo y no tienden a irse hacia adentro¹⁰.

La evaluación motora - oral, es importante para valorar la avidez y la fuerza de succión y debería ser parte de las actividades de control del (de la) recién nacido (a), especialmente si éste es prematuro, de bajo peso o presenta alguna patología neurológica.

El (la) niño (a) con disfunción motora - oral, presenta manifestaciones neuromotoras generales que son características, de las cuales las más frecuentes son:

* **Hipertonía:** El (la) niño (a) adopta una posición de extensión, con las extremidades en tensión y la cabeza hacia atrás, los músculos del cuello anterior traccionan la mandíbula hacia abajo y atrás y los labios tienden a invertirse. Al mamar el (la) niño (a) muerde el pezón, con las encías, provocando dolor a la madre. Después de la mamada, se observa el pezón blanco y deformado mostrando signos evidentes de compresión¹⁰.

La Hipertonía cede colocando al niño en posición frente a la madre o en posición de caballito. Se puede también hacer masaje presionando suavemente la encía inferior poco antes del amamantamiento.

* **Hipotonía:** El tono corporal general del niño (a) está reducido, las extremidades muestran una flexión disminuida y al sostenerlo por las axilas tiende a deslizarse hacia abajo. La succión es débil. Al examen se percibe una lengua plana, que no envuelve el dedo y no hay resistencia para retirarlo. Se presenta con frecuencia en niños (as) de pre término o de bajo peso al nacer que tienen poca vitalidad y se duermen al mamar, o en bebés con síndrome de Down. Para ayudar a niños (as) hipotónicos (as) es útil que la madre sostenga el mentón (mano de bailarina) y coloque al niño (a) en posición sentado (a) frente a ella sosteniendo su espalda y la cabeza¹⁰.

La succión débil, a veces no logra generar el estímulo suficiente para una buena producción y evacuación de la leche por lo que la madre necesitará estimular sus pechos para mantener su producción de leche.

El (la) niño (a) con problema en nariz o boca: Si tiene un resfriado que le está obstruyendo la nariz hay que mostrarle a la madre cómo limpiar la nariz del (de la) niño (a) con agua tibia, antes de cada comida. Si a pesar del lavado quedan algunos tapones de moco "rebeldes", la mejor manera de retirarlo es utilizando un aplicador de algodón o la punta de un trapo limpio humedecidos. Estos se introducen en la nariz del (de la) niño (a), se hace un solo giro y se retira.

Si al bebé le duele la boca, o ésta está inflamada dele a la madre gotas de nistatina (Nistatina) para que las coloquen en la boca del (de la) bebé tres veces al día, hasta que sane¹¹.

El (la) niño (a) es pequeño (a) y con dificultades para succionar: Los (las) bebés que pesan menos de 1,800 grs. al nacer, pueden tener dificultades para succionar aliméntelos dándoles leche materna extraída manualmente, hasta cuando estén en capacidad de succionar más eficientemente. En general, un (una) bebé que puede succionar de un biberón, puede hacerlo del pecho materno, de

manera que no es necesario darles leche con biberón a estos (as) niños (as). Use taza y cuchara.

El (la) niño (a) puede tener confusión de pezones: El niño (a) aprendió a succionar de un biberón. Al intentar ponerlo (a) a mamar va a rechazar el pecho, o lo aceptará con dificultad. Para saber esto el profesional de salud deberá averiguar:

¿Le dieron biberón antes de comenzar a amamantarlo?

¿Le está dando la madre biberón en la casa?

¿Le da la madre a su bebé algo más que leche materna, como otras leches, jugos, agua, agua azucarada o cereales?

El (la) niño (a) está mal colocado (a) o agarra mal: ¿Se alimenta el (la) niño (a) en una buena posición? Esto solamente puede detectarse con una buena observación. Lleve a la madre a un sitio tranquilo, donde no haya otras personas y allí, en privado observar:

¿Toma, el (la) niño (a), el pezón y la areola de manera adecuada? Si el niño (a) succiona en una posición pobre y agarra el pezón y la areola de una manera deficiente, no va a obtener toda la leche que debería, se pondrá furioso y comenzará a llorar. Mantiene la madre cerca a su bebé y se ve feliz con su hijo?¹⁰ El hecho de que un (a) niño se niegue a mamar podría ser una forma de mostrar que su madre no siente por él mucho cariño. Algunas mamás rechazan a sus hijos (as), especialmente al comienzo.

Problemas con la técnica de amamantamiento: Si el (la) niño (a) ha sido separado de la madre, el profesional de la salud deberá averiguar si:

- Hubo alguna demora en ponerlo a succionar después del parto.
- La mamá deja al niño solo y por ratos largos, todos los días, debido a que se va a trabajar o por cualquier otra razón.

- La madre y el (la) niño (a) han sido separados debido a enfermedad o por cualquier otra causa⁸.

❖ **madre:**

Problemas clínicos que interfieren con la lactancia materna. Durante el puerperio tanto la madre como él (la) niño (a) pueden presentar algunos problemas que interfieran la lactancia materna y que pueden ser solucionados mediante la aplicación de tratamientos sencillos; pero adecuados a cada situación⁸.

Los problemas más comunes en la madre son:

1. Pezones planos o invertidos.
2. Grietas del pezón.
3. Dolor al amamantar.
4. Congestión mamaria.
5. Micosis mamaria.
6. Mastitis.
7. Absceso mamario.
8. Cirugía mamaria previa.
9. Reflejo de eyección inhibido.
10. Reflejo de eyección excesivo.

Pezones planos o invertidos:

Entre las medidas prenatales se puede hacer uso del sostén con agujero en la punta de la copa a fin de que al ejercer presión el pezón salga.

Otras medidas como la jeringa invertida o ejercicios, deben utilizarse únicamente bajo las indicaciones de personal calificado.

Si no se detectó este problema durante el embarazo, y por lo tanto, no hubo intervención para su solución, indicar a la madre que, previo a ofrecer el pecho al

niño, extraer un poco de leche para ablandar la zona areolar. Colocar al niño (a) para que aprenda a introducir pezón-aréola correctamente dentro de su boca. El amamantamiento ayudará a estirar el pezón. Los pezones invertidos son poco comunes y se pueden hacer varias acciones prenatales y post natales para facilitar la lactancia⁷.

Entre las post natales se pueden utilizar las siguientes:

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

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

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

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

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

- Si la grieta es extensa y dolorosa se deben probar distintas posiciones del (de la) niño (a) al mamar, como por ejemplo, el (la) niño (a) sentado frente a la madre.
- No se recomienda distanciar las mamadas.

- Si aun usando la técnica correcta, la grieta se abre al amamantar, se debe extraer manualmente toda la leche cada 3-4 horas y darla al niño (a) con taza o cuchara por un período de 24-48 horas. En grietas que no curan se debe sospechar la sobre infección micótica o succión disfuncional, por lo que es importante examinar la boca y la succión del (de la) niño (a)⁸.

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

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

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

Congestión mamaria: Es la retención de leche producida por vaciamiento infrecuente y/o insuficiente de las mamas. La congestión puede ser primaria o secundaria.

La congestión primaria se manifiesta en que ambas mamas están aumentadas de tamaño, duras y sensibles, pero de las cuales se puede extraer la leche. Se produce por mamadas infrecuentes o insuficientes⁸.

La congestión mamaria se previene utilizando una buena técnica y amamantamiento frecuente. El tratamiento consiste en un vaciamiento efectivo,

hecho idealmente por el (la) niño (a). Si la congestión compromete la areola, el (la) niño (a) no siempre será capaz de introducirla en su boca. En este caso, se debe extraer la leche manualmente hasta ablandar la zona de la areola para que el (la) niño (a) pueda mamar efectivamente.

En la congestión secundaria, además de la acumulación de leche, se presenta edema de la mama, que en casos extremos lleva a obstruir los conductos, impidiendo la salida de la leche. Las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes y en algunas ocasiones enrojecidas⁸.

Para vaciar la mama es conveniente estimular previamente la areola y el pezón para desencadenar el reflejo de eyección y luego extraer manualmente o por amamantamiento del (de la) niño (a). La congestión secundaria demora dos o tres días en desaparecer y puede ocasionar daño en el epitelio alveolar⁸.

Micosis mamaria: Es una infección de la zona del pezón y de la areola producida por el Hongo *Monilia* o *Cándida albicans* (candidiasis o moniliasis). Es conocida como algodoncillo, mugget. Se manifiesta por manchas blancas dentro de la boca del bebé. En casos severos, en la madre, puede llegar a comprometer los conductos mamarios. El síntoma más característico es el dolor quemante y persistente en los pezones y la areola. Los que se ven levemente hinchados y de un color rosado violáceo (platinado) que contrasta con el color oscuro que tenían antes de infectarse³.

La micosis mamaria puede manifestarse únicamente con la lesión de la piel, sin otra sintomatología, o llegar a producir un dolor muy intenso, quemante y punzante, durante y después de la mamada.

Mastitis: Es un proceso infeccioso del tejido intersticial que rodea al lóbulo mamario, cuya puerta de entrada más frecuente son las grietas del pezón. Se

caracteriza por dolor, congestión y enrojecimiento localizado, generalmente unilateral. Con frecuencia acompañado de gran malestar general, fiebre y escalofrío⁴

Absceso mamario: Si no se soluciona el problema causado por la obstrucción de los conductos, o una mastitis mal tratada éste, puede evolucionar a un absceso. Este se presenta como una hinchazón dolorosa, caliente que al palparla se siente como si estuviese llena de líquido. Se debe tener en cuenta que: Cuando se produce una inflamación en cualquier parte del cuerpo, es necesario que el cuerpo descanse para que la inflamación disminuya. Sin embargo, con la inflamación en el pecho o sin ella, el pecho lactante debe ser evacuado permanentemente, ya sea por el (la) niño (a) o mediante extracción manual, para evitar más problemas⁸.

Cirugía mamaria previa: Muchas veces las mujeres que han tenido este tipo de cirugía tendrán dificultades para mantener una adecuada producción de leche. Se recomienda amamantar lo más frecuentemente posible y extraer manualmente después de la mamada para incrementar el estímulo y la producción⁸.

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

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

Reflejo de eyección excesivo: En los casos de reflejo de eyección excesivo también se puede condicionar un rechazo al amamantamiento por un efecto diferente. Al iniciar la mamada, la madre presenta una gran descarga de leche que atraganta al niño, o bien la deglución de una cantidad excesiva de leche le produce distensión gástrica dolorosa, condiciones que le hacen desagradable la experiencia del amamantamiento. Se recomienda extraerse un poco de leche antes de iniciar la mamada, ya que contribuye a resolver el problema⁹.

Mitos acerca de lactancia materna:

Si la mamá está triste la leche no sale bien: Esto es cierto. Si la mamá está angustiada, estresada o triste, puede que la leche no salga con abundancia.

Siempre es mejor relajarse antes de alimentar, trata de estar tranquila y en paz.

Las mamás con pechos más grandes tienen más leche Esto es un mito la producción de leche de una mujer no tiene que ver con el tamaño de los pechos. Si tienes pechos pequeños, y sientes que no te sale tanta leche, intenta alimentar a tu bebé con más frecuencia, entre más amamantes, más leche vas a producir.

La mamá debe tomar vitaminas durante los meses de lactancia: Esto es cierto, hasta cierto punto. Muchos médicos recomiendan que las mamás tomen suplementos vitamínicos y de calcio durante la lactancia, sin embargo muchos otros creen que con una muy buena alimentación es suficiente¹⁰.

Las mamás con pezones invertidos no pueden amamantar a sus hijos: Esto es un mito. Las mujeres con pezones invertidos sí pueden amamantar a sus bebés. Si tienes esta condición, busca un consejero de lactancia que te enseñe técnicas para lograrlo¹⁰.

Si la mamá está tomando algún medicamento no puede amamantar a su bebé: Esto es un mito. La mayoría de las medicinas que las mamás toman durante la lactancia son completamente inofensivas para el bebé. De todas maneras consulta siempre con tu médico antes de tomar cualquier medicamento durante el

periodo de lactancia, ya que será un especialista el que determine si puedes o no darle pecho a tu bebé.

Algunas mujeres no producen suficiente leche: ¡Falso! La gran mayoría de mujeres producen más que suficiente leche. De hecho, es común tener leche en exceso. Por la mayoría de los bebés que aumentan poco o bajan de peso, esto no se debe a que la madre no tenga suficiente leche, sino a que el bebé no está tomando la leche que la madre tiene disponible. La causa más común por la que el bebé no obtenga la leche es porque no está colocado adecuadamente al seno. Por eso, es muy importante que le muestren a la madre, el primer día, cómo colocar al seno a su bebé adecuadamente, por alguien que sepa lo que está haciendo¹⁰.

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

No hay (suficiente) leche durante los primeros 3 o 4 días posteriores al parto: apropiada y por lo tanto no está succionando bien la leche. Una vez que la leche materna es abundante, el bebé puede lactar deficientemente y aun así recibir mucha leche. Sin embargo, durante los primeros días, el bebé no está colocado al pecho adecuadamente no puede recibir leche.

Esto tiene relación con el decir "pero él ha estado en el seno durante 2 horas y todavía tiene hambre cuando lo retiro". Al no estar bien posicionado, el bebé recién nacido no puede obtener la primera leche materna, llamada calostro. Cualquiera que le sugiera bombear su seno para ver cuánto calostro tiene, no entiende de lactancia y debería ser cordialmente ignorado¹¹.

El bebé debe lactar durante 20 (10, 15, 7, 6) minutos en cada lado: ¡Falso! Sin embargo, se debe diferenciar entre "estar en el pecho" y "tomar leche materna". Si el bebé ha "tomado leche" realmente del primer seno durante más de 15-20 minutos, probablemente no quiera tomar del segundo pecho. Si solamente toma leche durante un minuto en el primer lado, luego se duerme y hace lo mismo con el segundo, ningún tiempo será suficiente. El bebé se alimentará mejor y por más tiempo "si se coloca en forma apropiada."

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

El bebé lactante necesita agua extra en climas cálidos: ¡Falso! La leche materna contiene toda el agua que necesita el bebé.

El bebé lactante requiere Vitamina D extra: ¡Falso! Excepto en circunstancias extraordinarias (por ejemplo si la madre tuvo deficiencias de Vitamina D durante el embarazo). El bebé almacenó Vitamina D durante el embarazo y cuando recibe sol en forma regular, obtiene toda la Vitamina D que necesita.(*)

La madre debe lavarse los pezones cada vez que vaya a alimentar a su bebé: ¡Falso! La alimentación con fórmula requiere de una atención obsesiva en la higiene porque esta no protege al bebé contra infecciones, lo expone a recibir bacterias y se contamina fácilmente. Por otro lado la leche materna previene contra infecciones. Lavar los pezones antes de cada toma complica este proceso natural y elimina los aceites protectores del pezón¹¹.

La extracción de la leche materna es una buena forma de saber cuánta leche tiene disponible la madre: ¡Falso! La cantidad de leche que se extrae varía por muchos factores, incluyendo el nivel de tensión de la madre. El bebé que se alimenta bien extrae más leche de la que su madre pueda extraer artificialmente.

Extraer sólo le dice cuánto usted puede extraer.

La leche materna no contiene el hierro suficiente que necesita el bebé: ¡Falso!

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

Es más sencillo alimentar al bebé con biberón o tetero que con el pecho materno: ¡Falso!

O no debería ser cierto. Desafortunadamente la lactancia natural se hace más difícil por la falta de ayuda adecuada a la madre al iniciar este proceso. Un mal comienzo puede hacer difícil la lactancia, pero un mal comienzo se puede corregir, además la lactancia se mejora con el tiempo.

La lactancia ata a la madre: ¡Falso!

Esto depende de cómo se lo vea. El bebé puede lactar en cualquier lugar, momento, y más bien libera a la madre. Evita la incomodidad de cargar y preparar biberones o fórmula. No hay necesidad de preocuparse sobre dónde calentar la leche. No hay que preocuparse por esterilizar. Además, no hay por qué preocuparse de cómo está el bebé, porque el bebé está con usted⁶.

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

¡Falso! No hay una forma fácil de medir cuánta leche materna está recibiendo el bebé, pero esto no significa que no pueda saber si el bebé está recibiendo la suficiente.

La mejor forma de saberlo es que él beba del seno varios minutos en cada toma (succión tipo abrir-pausa-cerrar). Hay otras formas para saber si el bebé está tomando la suficiente leche)⁶.

Las fórmulas modernas son casi iguales a la leche materna: ¡Falso!

Esto mismo se decía en 1900 y antes. Las fórmulas modernas solamente son similares superficialmente a la leche materna. Cada corrección en la deficiencia de las

fórmulas es publicitada como avances. Fundamentalmente son una copia inexacta basada en conocimientos incompletos y sin vigencia de lo que es la leche materna. Las fórmulas no contienen anticuerpos, ni células vivas, ni enzimas, ni hormonas. Contienen mucho más aluminio, magnesio, cadmio y hierro que la leche materna. Además, contienen mucha más proteína que la leche materna. Las proteínas y grasas son fundamentalmente diferentes a las de la leche materna. Las fórmulas no varían desde el comienzo de la lactancia hasta el final, o desde el día 1, hasta el día 7 o el día 30, o de mujer a mujer, o de bebé a bebé. Su leche está hecha en la forma requerida para alimentar a su bebé. Las fórmulas están hechas para que le sirvan a cualquier bebé, y por lo tanto no bebé. Las fórmulas son exitosas solamente al hacer que el bebé crezca y se desarrolle bien, pero la lactancia materna abarca mucho más que lograr que el bebé crezca rápidamente⁶.

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

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

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

Si el bebé tiene diarrea o vómito, la madre debe suspender la alimentación con leche materna: ¡Falso! La mejor medicina para una infección intestinal del bebé es la leche materna. Suspenda otros alimentos por corto tiempo, pero continúe alimentando a su bebé con leche materna. La leche materna es el único líquido que necesita su bebé cuando tiene diarrea y/o vómito, excepto bajo

circunstancias excepcionales. Incentivarla al uso de “soluciones orales para la deshidratación” es principalmente recomendada por los fabricantes de fórmulas para ganar más dinero. Por medio de la lactancia materna tanto el bebé como la madre se confortan.

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

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

La lactancia materna incrementa el peso de la madre: falso la lactancia materna le ayuda a la madre a que recupere su peso anterior.

Conocimiento: este término que se usa en el sentido del hecho, información, conceptos; pero también comprensión y análisis. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, aunque es esencial para que las personas hagan conciencia y adopte o modifique una determinada conducta. Dicho conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas⁶.

Actitud: están son adquiridas y no heredadas, obtenidas del conocimiento empírico por lo que su desarrollo implica socialización y hábito. Las actitudes también son la predisposición o tendencia a actuar⁶.

Practica: es la respuesta establecida para una situación común. El comportamiento humano está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones. Es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa, siendo las practicas regulares llamados hábitos⁶.

DISEÑO METODOLÓGICO:

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo y cualitativo

Lugar de estudio:

El estudio será realizado en el centro de salud Leonel Rugama de La ciudad de Estelí ubicado en salida sur bulevar pancasan.

Universo:

Estará constituido por todas las madres de niños menores de 6 meses (100) que asisten al Centro De Salud Leonel Rugama

Muestra:

Para definir el tamaño de la muestra se tomó en consideración el tamaño del universo de estudio, siendo este finito (100). La fórmula utilizada es la siguiente¹:

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

$z = 1.96$ (valor asociado al nivel de confianza – que corresponde al 95% de confianza).
 $p = 0.50$ (corresponde a la máxima variabilidad esperada del fenómeno de estudio en la población).

$q = 0.50$ (corresponde a $1-p$).

$e = 0.1$ (precisión del 10%).

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (200)}{(0.1)^2 (200-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = \frac{192.08}{2.95} = 65$$

Muestreo:

Es probabilístico asignado por conveniencia.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Madres con niños menores de 6 meses
- Madres que asisten a dicho centro de salud.

¹ Metodología de la investigación científica. Un enfoque integrado, 6ta. Edición. Pág. 266 - 267.

Criterios de exclusión:

- Madres que no desean colaborar con el estudio.
- Madres con niños mayores de 6 meses.
- Madres con hijos que no asisten a dicho centro de salud.

7. Técnicas y procedimiento:

1. Se acudió al centro de Salud Leonel Rugama, al área de dirección donde se expuso la realización de este tema de investigación.
2. Se obtuvo la información del universo de estudio.
3. Elaboración del instrumento para los informantes claves.
4. Se seleccionó a un grupo de informantes claves conformado por hombres, mujeres multíparas, trabajadores de salud, brigadistas que fueron entrevistados con un cuestionario de preguntas abiertas
5. Con los resultados de la entrevista al grupo de informantes claves se elaboraron tablas a partir de las cuales se diseñó el instrumento de recolección de datos, el cual consta de 3 cortes: Conocimientos, Actitudes y Practicas
6. Se procedió a la recolección de la información en las personas en estudio.

El llenado de la encuesta se realizó de manera individual, bajo el consentimiento de las mujeres que habitan en el barrio y se les solicitó preguntar en caso de no responder preguntas propias del instrumento y que tendrá una duración aproximada de 60 minutos.

Para determinar el conocimiento de las mujeres encuestadas sobre Lactancia Materna Exclusiva , se formularon preguntas relacionadas al definición, ventajas y beneficios para la madre y para el bebe ,apego precoz, cuando iniciar el amamantamiento,

posiciones de amamantamiento, métodos de extracción y conservación de la leche materna, contraindicaciones de la lactancia materna.

La valoración de las actitudes se realizó por medio de la escala de Likert que consto de preguntas sobre aspectos conductuales como ventajas de la lactancia materna, contraindicaciones de la lactancia materna, cuando iniciar el amamantamiento, tiempo que dura la lactancia materna, frecuencia de las mamadas, el cuestionario estará dividido en opciones como: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo.

Las practicas se valoraron a través de preguntas tales como: frecuencia de amamantamiento, posiciones de amamantamiento, tipo de engancho del bebe, higiene del amamantamiento

8. Plan de tabulación

Para procesar los datos se realizaron los siguientes pasos:

1. Proceso manual de entrevistas de los informantes claves por categorías
2. Codificación del instrumento
3. Diseño de base de datos en SPSS
4. Control de calidad de la información
5. Introducción de datos
6. Análisis por frecuencia y porcentajes

Para resumir los resultados se hizo uso del Índice Sumatorio, en donde el nivel de conocimiento se midió a través de los criterios de Bueno, Regular y Malo, considerando:

- a) Nivel de Conocimiento Bueno, si respondieron las entrevistadas entre 40-59 respuestas correctas. Regular, si las entrevistadas respondieron entre 20-39 preguntas correctas y Malo, si respondieron menos de 20 respuestas acertadas
- b) Para evaluar el grado de Actitud en las entrevistadas hicimos uso de la escala de Likert, el cual consiste en un conjunto de ítems enumerados con puntajes, presentados en forma de afirmaciones, ante las que se pide la opinión de los participantes con respecto a una de las 5 categorías de la escala (TA, DA, I, DE, TDE), según Hernandez Sampieri.

Después de obtener la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones, clasificamos en 2 grupos la actitud de las participantes: Favorable y Desfavorable; siendo correspondiente la actitud

“Favorable” con las categorías TA, DA, I; y la actitud “Desfavorable” correspondiente con las categorías DE y TDE.

c) Para el nivel de Práctica se consideró Bueno, si las entrevistadas respondieron de 8-10 respuestas correctas. Regular, si respondieron de 5-7 respuestas correctas y Malo, si respondieron menos de 4 respuestas correctas.

7. Elaboración de cuadros y gráficos según variable

8. Grabación del informe final

Plan de análisis:

1. Tabla de informantes claves
2. Datos demográficos de mujeres atendidas en el centro de salud Leonel rugama.
3. Fuentes de obtención de la información sobre Lactancia Materna Exclusiva.
4. Conocimientos sobre lactancia materna y materna exclusiva de las mujeres atendidas en el centro de salud Leonel rugama.
5. Características demográficas vs nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en mujeres atendidas en el centro de salud Leonel rugama.
6. Actitud sobre la lactancia materna exclusiva en mujeres atendidas en el centro de salud Leonel rugama.
7. Actitud sobre practica de lactancia materna exclusiva en mujeres atendidas en el centro de salud Leonel rugama.
8. Actitud sobre mitos y tabúes de la lactancia materna exclusiva
9. Características demográficas vs actitudes sobre lactancia materna exclusiva en mujeres atendidas en el centro de salud Leonel rugama.
10. Nivel de conocimiento vs grado de acuerdo sobre lactancia materna exclusiva en mujeres atendidas en el centro de salud Leonel rugama.

Enunciado de variables:

Variable para el objetivo No.1: Características Demográficas:

Edad
Estado Civil
Escolaridad
Procedencia
Ocupación

Variables para el objetivo No. 2:

Información y nivel de Conocimientos:

Lugar donde recibió la información
Tipo de información
Persona que le brindo la información

Nivel de conocimientos:

Concepto de LM
Concepto de LME
Tiempo de amamantamiento
Beneficios de de la LME
Conocimientos del momento que debe iniciarse la LM.
Conocimiento sobre la edad de inicio de la ablactación.
Conocimientos sobre Contraindicaciones de la LME.

Variables para el objetivo No. 3:

Actitudes sobre LME: Mitos y Creencias.

Variables para el objetivo No.4:

Practicas de LME:

Frecuencia de amamantamiento
Posición de amamantamiento
Tipo de engancho del bebe
Higiene en el amamantamiento
Métodos de extracción de la leche materna.

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Características demográficas	Ciencia encargada del estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales; desde un punto de vista cuantitativo	-Edad -Procedencia - Escolaridad -Estado Civil -Ocupación	Años cumplidos Lugar de residencia Grado académico cursado en el momento de la encuesta Relación establecida por la pareja ante la sociedad Tipo	15- 19 años 20- 24 años 25- 29 años 30- 34 años -Urbana -Rural -Analfabeta -Primaria -Secundaria -Universidad - Técnico - Otro -Soltera -Casada -Unión estable -Ama de casa -Comerciante -Profesional -Otro

Características demográficas	Ciencia encargada del estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales; desde un punto de vista cuantitativo	-Edad	Años cumplidos	15- 19 años 20- 24 años 25- 29 años 30- 34 años
		-Procedencia	Lugar de residencia Grado académico	-Urbana -Rural
		- Escolaridad	cursado en el momento de la encuesta Relación establecida por la pareja ante la	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Universidad - Técnico - Otro
		-Estado Civil	sociedad Tipo	-Soltera -Casada -Unión estable
		-Ocupación		-Ama de casa -Comerciante -Profesional -Otro
		4		

Información y nivel de Conocimiento de LME		-Información sobre LME	Lugar donde recibió la información	<ul style="list-style-type: none"> -Escuela -Universidad -Centro de salud -Centro de trabajo -Casa -Otro
			Tipos de información	<ul style="list-style-type: none"> -Concepto -Tiempo de amamantamiento -Beneficios -Contraindicaciones -Técnicas de amamantamiento
			Personas que le dio la información	<ul style="list-style-type: none"> -Personal de Salud -Trabajadores comunitarios -Familiares -Otros
	Conocimientos que tienen las madres de niños de 0-6 meses al momento del estudio	-Concepto de LM		<ul style="list-style-type: none"> -Proceso natural mediante el cual la madre proporciona al niño el mejor alimento para crecer sano y feliz -Es el amamantamiento del bebé por la madre.
			tipo	<ul style="list-style-type: none"> -Es el amamantamiento del bebé por un período de 6 meses -período mediante el cual la madre alimenta al bebé

		-Concepto de LME		únicamente con su propia leche
			Meses	0 - 2 3- 4 5- 6
		-Tiempo de amamantamiento		-Mejor alimento -Contiene defensas -Mejor digerible -Temperatura adecuada -Es higiénica
		-Beneficios de LME	- Para el bebé	-Crecimiento y desarrollo adecuado -Relación afectiva para ambos
			- Para la Madre	- Es económica -Evita el embarazo - Previene cáncer de mamas y ovarios -Disminuye entuerto y sangrados -Previene anemia
				-Primera hora Posparto - 1-8 horas - Mas de 8 horas.
				< 3 meses

				-3 - 5 meses -6 meses -> 6 meses
		Conocimiento del momento que debe iniciarse la Lactancia Materna Exclusiva	-Horas	
		Conocimiento sobre la edad de inicio de la ablactación	-Meses	-VIII - Hepatitis B -Galactosemia del niño -Quimioterapia oncológica en la madre -Varicela en fase contagiosa. -Mononucleosis infecciosa. -Herpes simple con presencia de lesiones.
		Conocimiento sobre Contraindicaciones de la Lactancia Materna Exclusiva	-absolutas	
-Actitudes sobre LME	Disposición interna y carácter aprendido y duradero que sostiene las respuestas favorables del individuo hacia un objeto del mundo social es decir reacción que tienen hombres y mujeres ante la LM	Aspectos socioculturales (mitos o creencias referentes a LME)	Grado de acuerdo	-Totalmente de acuerdo -De acuerdo -Indeciso -Desacuerdo -Totalmente en desacuerdo.

Prácticas de LME	Habilidades y destrezas que tienen que ver con la valoración de una adecuada o inadecuada actividad que permita a la madre y al niño obtener beneficios de ésta.	Frecuencia de Amamantamiento	- Horas	-Cada 1 -Cada 2 -Cada 3 -A libre demanda
		Posición de amamantamiento	-Tipo	-Acostada -Sentada -A caballito -En sandia
		Tipo de enganche del bebé	- Forma de succión del bebé	-Solo pezón -Pezón y areola
		Higiene en el amamantamiento	-Practicas	-SI -No
		Metodos de extraccion de la leche	-tipo	-Extractores -Succionadores

Aspectos éticos:

El propósito de esta investigación es para valorar Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva y así poder dar pauta para un plan de intervención y establecer medidas generales para su promoción.

Se explicara a las encuestadas el objetivo de la investigación y su posterior utilización. El cuestionario se responderá de manera anónima, brindando privacidad a las entrevistadas; será de forma y manejando la confidencialidad de la información dando las gracias a las participantes

RESULTADOS

De las mujeres con niños menores de 6 meses que fueron atendidas en el Centro de Salud Leonel e encontró que el 21.5% correspondía al grupo de 15 a 19 años, 32.3% entre 20 y 24 años, 29.2% de 25 y 29 años y 16.9% de 30 a 34 años. El estado civil casadas y en unión libre con el 69.1% seguido del 30.8% solteras. Las entrevistadas en su mayoría provenían de la zona urbana en un 95.4%. La mayoría lograron estudios universitarios en un 47.7%, seguido del 23.1% estudios secundarios, 13.8% cursaron estudios de primaria, el 9.2% (6) estudios técnicos y por último el 6.2% analfabetas. Las madres en su mayoría eran amas de casa, 53.8%, seguido del 20% que se dedicaban a otras ocupaciones, el 15.4% profesionales y 10.8%, comerciantes. **(Tabla N° 1)**

De acuerdo con los datos obtenidos por parte de la población en estudio la principal fuente información sobre lactancia materna el 43% de las entrevistadas refirieron haberla recibido de parte de un personal de salud, así mismo un 56.92% fue por parte de familiares. El contenido recibido con mayor frecuencia fue sobre concepto, beneficios tanto para el bebe como para la madre, los cuales corresponden al 26.15% respectivamente, y el 20% fue informado sobre técnica de amamantamiento, y 12.31% sobre contraindicaciones. **(Tabla N° 2)**

En el aspecto de conocimientos entre el 60 % y el 86.1 % de las entrevistadas identificaron el concepto de lactancia materna y entre el 33.8 % y 60 % señalo los aspectos correctos que se involucran en el concepto de LME, este dato concuerda con la opinión de los informantes claves los cuales refirieron que el concepto de lactancia materna es “Es dar exclusivamente leche materna a mi bebe al menos hasta los 6 meses de vida.”.

En el ítem de duración de la lactancia materna exclusiva el 83% refirió el tiempo exacto de 6 meses y el 33.8% expreso como tiempo de 3 meses, con respecto a la duración de la lactancia materna la mayoría de los informantes claves refirieron que Hasta los 6 meses de edad. Hay que dar el pecho materno exclusivo (Tabla de informantes claves). Con respecto al momento idóneo de LME solo el 55.3 %respondió correctamente que debe iniciarse en la 1 hora post parto la cual concuerda con la opinión de los informantes claves Inmediatamente de entregar al bebe o primera media hora postparto” (Tabla de informantes claves).. El 60 % manifestó la introducción de alimentos de manera temprana antes de los 6 meses, la opinión de los informantes claves fue que se puede iniciar con el alimento del niño a partir de los “6 meses” (Tabla de informantes claves). Entre el 15.3 % y el

69.2% respondieron correctamente sobre los beneficios de la lactancia materna la opinión de los informantes claves fue que Mejoría postparto, anticoncepción fisiológica, ayuda económica, apego psicológico madre-hijo. Entre 38.4% y el 73.8% afirmaron conocer las contraindicaciones sobre la lactancia materna estos datos concuerda con la opinión de nuestros informantes claves “Cáncer de mama, lesiones herpéticas activas, VIH, hepatitis B. “(Tabla de informantes claves). **(Tablas N° 3,).**

De las mujeres encuestadas en este estudio un 49% corresponde a aquellas con un nivel de conocimiento “Bueno” respecto a lactancia materna exclusiva, de esto un 16.9% corresponde a aquellas mujeres entre las edades de 25-29 años, mientras que el 7.6% restante corresponde a mujeres de 15 a 19 años. Según el nivel de escolaridad el 40 % de las universitarias tenían conocimiento bueno, y el porcentaje más bajo con 1.5% lo obtuvieron las mujeres con escolaridad iletrada .

Según la ocupación, las amas de casa son las que tienen peor conocimiento con un 53.8 %.” **(Tabla N° 4).**

En relación a la actitud sobre la lactancia materna el 66.1% de las entrevistadas están totalmente de acuerdo en que Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé; el 58.4% en que Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca ;y un 44.6% en que Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé **(Tabla N° 5)**

En la actitud sobre la lactancia materna exclusiva las mujeres estuvieron totalmente de acuerdo en un 66.1% que Los bebés alimentados con leche materna exclusiva tienden a ser más seguros e inteligentes a medida que crecen en comparación a los bebés alimentados con fórmula artificial y solo 7.6 un %estuvieron en desacuerdo ; un 23% estubo en total desacuerdo sobre La leche del pecho materno después de los dos meses es muy rala y no sustenta al bebé; un 36.9% estuvo de acuerdo al preguntarles si la leche materna exclusiva y las fórmulas lácteas producen los mismos beneficios para el bebé; un 35.3% de las mujeres encuestadas están totalmente deacurrdo a preguntarle si las madres con pechos pequeños producen igual calidad de leche que las madres con pechos grandes pero un 26.15% refirió estar en total desacuerdo, de igual modo un 33% refirio estar en de acuerdo sobre si La primera leche que sale del pecho materno tiene poco nutrientes pero un 23%. Totalmente des acuerdo **(Tabla No. 5)**

De las mujeres entrevistadas que se encuentran en el grupo etario de 20-29 el 18.5 % presentan una actitud favorable ante la lactancia materna exclusiva mientras que las que se encuentran entre 20-24 tienen una actitud desfavorable del 13.8 % ; con respecto al nivel educativo las universitarias fueron las que presentan una mejor actitud ante la lactancia materna exclusiva teniendo una actitud favorable del 29.2% siguiendo las de secundaria con un 15.4% ,durante nuestra entrevista solo se encontró 3 mujeres analfabetas las cual presento una actitud desfavorable ante el tema, ; en relación a su procedencia se encontró que el 59.9% de procedencia urbana tenían actitudes favorables en relación a la lactancia materna y de las madres con estado civil casada el 23.1% tenía actitudes favorables pero el 15.4% de las madres solteras tenían actitud desfavorables , las amas de casa presentaron una actitud favorable con un 35.4%% **(Tabla N° 6)**

En relación a la práctica de la lactancia materna exclusiva de las 65 entrevistadas solo 76.92% estaban dando de mamar y del total de las paciente que no estaban dando de mamar respondieron que no estaban dando de amar porque el pecho no sustentaba al bebe, tenían poca leche o trabajaban ,al indagar sobre cada cuanto se debe brindar pecho materno a su bebe solo el 23%% respondió a libre demanda, al preguntar sobre la higiene antes de brindar el pecho al bebe un 26. | % afirmo solo pegárselo 33% limpiarse el pezón con un trapo húmedo **(Tabla N°11)**

Al referir la frecuencia con que daban el pecho un 23% afirmaron darlo cada horas y un 23 % cada vez que él bebe lo pedía y solo un 16.9 % cada 2 horas. Con respecto a la duración de cada mamada el 53.3%respondió que era a libre demanda y un 18.4% que duraban de 10 a 15 minutos y el 41% de las madres afirmaron sacar los gases a sus bebes después de darles el pecho, al momento de preguntar como seria los pasos para amamantar a su bebe si trabajaran, el 12.3% le daría otro tipo de leche **(Tabla N°8)**

Al valorar las prácticas en relación a las características generales las madres que se encontraban entre las edades de 20- 24 años tiene buenas prácticas, en relación a lactancia materna , el 61.54% de procedencia urbana tiene practicas correctas sobre lactancia materna, las madres con escolaridad universitaria con un 33.85% y 35.8% la madres amas de casa también mostraron buenas prácticas de lactancia materna exclusiva **(TablaN°7)**

Al corroborar los conocimientos en relación a las actitudes sobre la lactación materna exclusiva el 78.9% de las madres tienen buenos conocimientos con actitudes favorables y el 7.9% y el 51.9% cuentan con buenos conocimientos pero actitudes desfavorables, y de las encuestadas tiene malos conocimientos 29.6% con actitud desfavorables.(tablaN°9)

Al estudiar los conocimientos en relación a las prácticas el 52.31% tiene buenos conocimientos y buenas prácticas sobre lactancia materna exclusiva, el 15.38% de las madres tiene buenos conocimientos pero malas prácticas sobre la lactancia materna. Sin embargo el 10.77% de las pacientes tiene malos conocimientos sobre la lactancia y el mismo porcentaje es el que presenta malos conocimientos y malas prácticas sobre lactancia materna

No obstante al estudiar las actitudes sobre las prácticas sobre la lactancia materna el 38.5% de los pacientes tenían una actitud favorable acompañado de prácticas correctas sobre la lactancia materna, pero el 24.61% de las pacientes tiene actitud favorable con malas prácticas sobre la lactancia materna, encontramos que un 21.5% de las pacientes tenían actitud desfavorable con prácticas correctas sobre lactancia materna, sin embargo 15.38% de las pacientes tenían malas prácticas y actitud desfavorable.

DISCUSIÓN

Vale la pena resaltar la importancia que tiene para la población estudiada la Información brindada por el personal de salud, la cual se presentó en gran proporción, a la recibida por la familia. En este estudio la mayor parte de la población entrevistada refirió haber recibido información respecto a Lactancia materna por parte del personal de salud (38.5%), el trabajo (23.1%) y de otras diversas fuentes. Dicho dato concuerda con estudios realizados los cuales indican que hasta el 60% de la madres reciben información en alguna unida de salud sin embargo en nuestro estudio se encontró que el 56.9% la información vino de familiares y solo el 43.1% del personal de salud estudios realizados.

Otros estudios también reportaron como factores importantes para la continuación de la LM a la atención prenatal y las prácticas hospitalarias de LM¹³. La educación ofrecida en los programas del sector salud incide en la motivación de las madres hacia la LM; los estudios en el extranjero muestran que las intenciones prenatales y las experiencias de amamantamiento inciden en la iniciación o suspensión temprana de LM¹⁴. Otro apoyo importante es el de los amigos, casi la mitad de la ayuda ofrecida fue dada por estas personas. Algunas madres lactantes manifestaron el placer que les ofrece compartir la experiencia con otras mujeres, enseñarles y apoyarlas, y constituirse como un apoyo y recuerdan la experiencia como gratificante¹². Cuando las madres encuestadas tienen problemas acuden a las madres, abuelas y al médico y además ellas consideran que los programas educativos son importantes para promocionar la LM¹².

Al evaluar los conocimientos de la población estudiada con respecto a Lactancia materna exclusiva se encontró que un alto porcentaje de las entrevistadas podían identificar el concepto de lactancia materna, señalar los aspectos correctos que se involucran en el concepto de lactancia materna exclusiva y reconocieron los beneficios brindados por la lactancia materna a sus bebes como para sí mismas.

En muchos estudios realizados en el identificar los conocimientos y creencias que posee la población es importante para desarrollar estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil. Uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y técnicas, lo cual propicia la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos¹². El conocimiento de los beneficios de la LM, está asociado con la iniciación temprana y la duración de la LM y la iniciación tardía de fórmulas

lácteas¹⁵. Estudios realizados en Colombia muestran que las madres consideran que la LM es beneficiosa para el niño¹⁶. En esta investigación la mayoría de las madres tiene esa percepción.

Existe una estrecha vinculación entre la escolaridad y el conocimiento de las ventajas de la lactancia materna. Es la única que asegura el niño pequeño de una alimentación adecuada y lo protege de las infecciones, a la vez que le proporciona la oportunidad para la formación de los lazos afectivos entre él y su madre, que a su vez son la base de la seguridad e independencia futura del niño. La lactancia materna condiciona ventajas para el lactante y la madre, debido a que es la leche de la especie humana, es más balanceada, estéril, se encuentra a una temperatura adecuada y está siempre al alcance del bebito; además a través de ella la madre le transmite anticuerpos y es de menor costo, tampoco necesita de preparación.

El amamantamiento tiene un componente instintivo en relación con el recién nacido, pero también necesita de un aprendizaje de la técnica correcta. Durante el embarazo la mujer está muy receptiva para aprender sobre todos aquellos aspectos que le permitan entregar una óptima atención a su hijo.

Siendo la actitud de la población en estudio uno de los ejes esenciales de este estudio al compararlo con otros estudios desde la perspectiva del comportamiento es fácil comprender aquellos factores que motivan a una madre a cumplir con el esquema de lactancia exclusiva para los primeros 6 meses de vida de su hijo(a). Maestre y Cols, estudiaron los conocimientos de lactancia materna, obteniendo entre sus resultados que el 90% de sus encuestas tenían una actitud favorable para la lactancia materna.

.Aunque es evidente que un buen porcentaje de la población posee conocimientos más que adecuados sobre lactancia materna y una actitud positiva con respecto a la importancia y beneficios de su práctica, Dichos datos mostraron un porcentaje contrastante con respecto a la puesta en práctica de estos elementos, puesto que solo el 33% de la población encuestada practico la lactancia materna exclusiva dentro de los parámetros apropiados. Vale la pena resaltar la importancia que tiene para la población estudiada la colaboración recibida por el personal de salud, la cual se presentó en igual proporción a la recibida por la familia. Otros estudios también reportaron como factores importantes para la continuación de la LM a la atención prenatal y las prácticas hospitalarias de LM (24). La educación ofrecida en los programas del sector salud incide en la motivación de las madres hacia la LM; los estudios muestran que las intenciones prenatales y las experiencias de amamantamiento inciden en la iniciación o suspensión temprana de LM

Existe una asociación directa y significativa entre la práctica de la lactancia materna y la ocupación de la madre, las amas de casa lactaron más que las que estudiaban o trabajaban. En la reducción del hábito de la lactancia materna tenemos varios factores que influyen como son: industrialización, urbanización, práctica hospitalaria, desinformación de las madres, publicidad de alimentos infantiles e incorporación de la madre al trabajo.

El reto de las políticas de LM, consiste en lograr no sólo un aumento de la población infantil que reciba alguna vez la LM, sino lograr mantenerla, lo cual es un desafío también para las familias, ya que existen diversos factores causales que impiden que este propósito se lleve a cabo. Las investigaciones muestran que la duración de LME se asocia al conocimiento de la LM, con la edad y las horas de trabajo de la madre. (20). Otros estudios recomiendan la implementación de programas que aumenten la aceptabilidad social de la LM y apoyen por largos periodos a la madre

Al analizar los datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud del 2011/12 realizado por el Ministerio hay una mejoría en este estudio, pues según los datos presentados en el informe preliminar de dicha encuesta el porcentaje de niños en un rango de edades de 0 – 5 meses solo un 30.6% lactan exclusivamente.

CONCLUSIONES

1. Más del 95.4% de las entrevistadas procedían del área urbano, mas del 85% tenían estudios de secundaria y universitarios, el 38.5% eran casadas o acompañadas y el 32.3% estaban entre las edades de 20- 24 años.
2. Más del 70% de las entrevistadas mostraron un buen nivel de conocimiento, la principal fuente de donde obtuvieron información fue el personal de salud y familiares de las entrevistadas; más del 38.5% la escucharon en centros de salud. Siguiéndole en centros de trabajo y los hogares de las entrevistadas.
3. Más del 70% de las entrevistadas tuvieron una actitud favorable ante la lactancia materna exclusiva y solo un 29 % una actitud desfavorable.
4. De las mujeres entrevistadas solo el 76% habían realizado la práctica de la lactancia materna exclusiva, con respecto al horario en que estas alimentaban a sus bebes predomino el pecho a libre demanda ; y más del 70% prefirieron la posición de cuna para dar de amamantar .

RECOMENDACIONES

1. Informar a todas las embarazadas sobre los diferentes beneficios que posee la práctica de la lactancia materna exclusiva y técnica que puede implementar al momento de amamantar.
2. Promover en la familia y comunidad la lactancia materna exclusiva como el alimento ideal para los lactantes.
3. Fomentar la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y proporcionar información sobre ellos a las madres antes del alta hospitalaria.
4. Instar a la práctica del MELA en el programa de planificación familiar, mediante charlas educativas permanentes en cuanto a su mecanismo, ventajas y efectividad.

BIBLIOGRAFIA

República de Nicaragua .Encuesta Nacional de Demografía y Salud -Modulo Lactancia Materna Exclusiva, 2006-2007.

Taylor J. Y Rocha T. Conocimiento y Practica sobre Lactancia Materna en dos Barrios de Puerto Cabezas,1999.(monografía). UNAN-León 1999.

Chavarría J. Díaz T. y Galo M. Lactancia Materna y Estado Nutricional en Niños menores de 2 años en el Municipio de León. Septiembre- Octubre 1999 (tesis) UNAN-León 1999.

Parrales Serrano y Quijano Lesaje Dexter. Conocimientos y Practicas sobre Lactancia Materna Exclusiva en Mujeres con niños menores de 6 meses que acudieron a consulta VPCD (Vigilancia Periódica del Crecimiento y Desarrollo) en el Centro Salud Flor de María Chavarría en el municipio de la Concordia (monografía) Jinotega. Nicaragua 1 Enero-31 Marzo 2001.

Moreira Chavarría, Marjorie y Ortega Carmena Tañía. Conocimiento Practica sobre Lactancia Materna de las madres de niños y niñas menores de 2 años, Octubre de 1999-Marzo 2000. Área urbana Rama-RAAS.

República de Nicaragua -Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna para la Atención Primaria, normativa 060, 2010.

República de Nicaragua -Ministerio de Salud. Lactancia Materna Modulo de Aprendizaje, Enero, 2001.

República de Nicaragua-Situación Alimentaria en Nicaragua. Managua: INCAP/OPS, 1993.

Delgado Rubio Alfonso. Comité de Lactancia Materna Exclusiva de la Asociación española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para Profesionales/arboleda, Majada Honda (Madrid), 2004.

República de Nicaragua -Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico. Enfermedades prevalentes en Infantes, 2010.

República de Nicaragua - Ley 295: Ley de Promoción, Protección y mantenimiento de la Leche Materna y Regulación de la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.1999 (reimpresión 2009).

Rodríguez García Rosalía y Shaefer Luis Yunes Joao. Educación en lactancia materna por los profesionales de la salud. OMS/OPS 1990.

Saavedra ligia. Manual de Lactancia Materna para atención primaria ,2da Edición, Managua -Nicaragua. ENLACE, 1999.

MINSA, UNICEF, INCAP, OPS; Practicas Hospitalarias que favorecen o interfieren en la Lactancia Materna, Managua-Nicaragua. EMCOR, Junio 1994.

Vallena Constanza y Savage Felicity, Pruebas Científicas de los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. División de Salud y Desarrollo del niño OMS, Ginebra 1998.

ANEXOS

Cuestionario para personas claves

(Madre multigestas, Trabajadores comunitarios, Trabajadores de la salud, Padres de familia)

¿Defina lactancia materna?

¿Qué es la lactancia materna exclusiva?

¿Diga cuáles son las ventajas de la lactancia materna exclusiva para el bebe?

¿Diga cuáles son las ventajas de la lactancia materna exclusiva para la madre?

¿Diga cuáles son las ventajas de la lactancia materna exclusiva para la familia?

Diga ¿Cuándo debe iniciarse la lactancia materna?

Diga ¿A qué edad es recomendada la introducción de alimentos distintos a la leche materna?

Explique ¿Qué se debe hacer antes de dar el pecho materno?

Diga ¿cuántas veces al día se debe dar lactancia materna?

Mencione ¿hasta qué edad se recomienda dar lactancia materna exclusiva?

¿Qué factores disminuyen la producción de la leche materna?

Mencione algunas causas por la cual no se recomienda la lactancia materna exclusiva.

¿Cuáles son las posiciones de amamantamiento?

¿Cómo se extrae la leche materna?

- **Clave 1- Importancia de la Lactancia Materna Exclusiva.**
- **Clave 2- Influencia de la educación familiar en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva.**
- **Clave 3- Influencia de la educación de la pareja en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva.**
- **Clave 4- Influencia de los medios de comunicación en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva.**

RESULTADOS DE ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES:

	Madres multigestas	Trabajadores Comunitarios	Trabajadores De la Salud	Padres de Familia
Concepto de lactancia materna	-Es cuando una madre le da de mamar a su bebe. -Es cuando se le da al niño un líquido que trae proteínas, vitaminas, es la alimentación del bebe.	-Es el acto de amamantar al bebe por un tiempo determinado.	-Es el periodo exclusivo de alimentación del bebe con pecho materno.	-Es el acto de amamantar a mi bebe creando un vínculo maravilloso. -Es el estado de amamantar al recién nacido desde que nace.
Concepto de Lactancia materna exclusiva?	-Es cuando se le da al bebecito solo pecho. - Es solo darle pecho al bebe por lo menos los primeros meses.	-Es el amamantar al niño desde 0 días hasta mínimo 6 meses que es lo requerido para que el bebe sea sano.	-Es cuando el bebe se alimenta solo con leche materna, es decir que no se introduzca otros alimentos o suplementos a su dieta.	-Es dar exclusivamente leche materna a mi bebe al menos hasta los 6 meses de vida. -Se refiere darle al bebe únicamente el pecho o sea solamente leche materna.
Ventajas de la lactancia materna exclusiva para el bebe?	-Lo protege de infecciones, lo hace crecer más sano. -Se inmuniza, se hace más gordito, se desarrollara más.	-Menos riesgo de contraer infecciones, mejor desarrollo (defensa del cuerpo).	-Adecuada nutrición, apego temprano madre-hijo, protección contra infecciones, mejor digestión, no produce malestares intestinales como las formulas.	-Mi bebe se fortalece y se nutre muy bien, la leche tiene todas las vitaminas y minerales que el bebe necesita. -Crece sano y fuerte, y les ayuda a su inmunización.
Ventajas de la lactancia materna exclusiva para la familia?	-Mejor relación familiar, economía familiar.	-Es igualmente económico, crea lazos familiares.	-Economía, productividad familiar.	-Ahorro, no hay que comprar otro tipo de leche. -Familia sana.
¿Edad de inicio de la lactancia materna?	-Desde que el bebe nace. -Desde día de nacido.	-Desde el nacimiento del bebe.	-Inmediatamente de entregar al bebe o primera media hora postparto.	-Rápidamente después del nacimiento del bebe, en sus primeras horas de vida -En cuanto nace el bebe y es entregado a la madre.

	Madres multigestas	Trabajadores Comunitarios	Trabajadores De la Salud	Padres de Familia
¿ Edad recomendado para la introducción de alimentos distintos a la leche materna?	-A los 3 meses -A los 6 meses	-Se recomienda a los 6 meses.	-Se debe realizar a partir de los 6 meses de vida.	-Es muy recomendado a partir de los 4 meses. -A los 6 meses.
¿Actividades qué se debe hacer antes de dar lactancia materna?	-Limpiarse las mamas. -Limpiarse el pezón con agua.	-Primero debe lavarse el pecho ya sea con agua y jabón o con un paño limpio para prevenir infecciones al bebe.	-Estimulación de la mama y el pezón, limpiarse con la propia leche el pezón.	-se debe limpiar muy bien el pecho, lavarse el pezón y mantener muy bien limpia el área. -Utilizar técnicas de higiene personal, desinfectarse las mamas.
-¿Frecuencia de administración diaria de lactancia materna?	-Las veces que el niño quiera, a veces cada hora o cada 2 horas. -Las veces que el niño llore o sea necesario.	-Cada 2 horas, pero mientras el bebe va creciendo el ritmo disminuye.	-A libre demanda.	-Al menos cada 3 horas porque a los bebes les da mucha hambre en tan poco tiempo. -Cada vez que el niño tenga hambre, pero puede ser cada 2 horas.
¿Edad recomendada de administración de lactancia materna exclusiva?	-Hasta los 6 meses. -hasta el 1 año.	-Hasta los 6 meses de edad.	-Seis meses ya que después de esto el bebe requiere más aporte energético y vitamínico.	-Quizás hasta el primer año de vida. -Hasta los 6 meses y se puede alargar al año.
Factores disminuyen la producción de la leche materna?	-Cuando la madre tiene problemas, cuando la madre no se alimenta lo suficiente. -El licor, el tabaco y el estrés-	- El estrés en la madre, mala alimentación, bajo consumo de líquidos, falta de estimulación.	-No amamantar con regularidad, el estrés, ingesta insuficiente de líquidos.	-El estrés, la desnutrición, la fatiga, algunas enfermedades crónicas. -La ingesta de medicamentos, la no óptima alimentación de la madre y algo muy importante que si no lo amamanta seguidamente.

	Madres multigestas	Trabajadores Comunitarios	Trabajadores De la Salud	Padres de Familia
Causas por las que no es recomendable la administración de lactancia materna?	-La varicela, cuando la madre está enferma. -VIH, infección de la mama.	-Alguna enfermedad congénita como labio leporino que impura succionar la leche, infección en el pecho.	-Cáncer de mama, lesiones herpéticas activas, VIH, hepatitis B.	-Más que todo estético para la mujer porque dicen que se caen los senos y los pezones se ponen muy duros, prácticamente se pierde la sensibilidad.
Posiciones de amamantamiento?	-Sentado, de pie, acostado.	-Cruzado el bebe entre los brazos, acostada que el bebe no esté totalmente en una superficie plana	-Bebe en balón, bebe cruzado, bebe y madre ambos acostados.	-Me coloco al mi bebe como más cómoda me sienta, acostada con el bebe y sentada.
¿Técnicas de extracción de leche materna?	-Con las 2 manos se empuja hacia adentro usando los dedos índice y pulgar. -Se limpia el área y se da masajes en la chicha y se utiliza un extractor.	-Con los dedos pulgar e índice y presionando hacia afuera, antes dando masajes. También se extrae con una jeringa, se le quita la parte inferior y se pone el pezón lo más ajustado posible y se succiona.	-Colocar un extractor o succionador al pezón y succionar, antes de esto estimular al pezón o estar junto o viendo al bebe.	Con extractor manual

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

El siguiente instrumento tiene como objetivo Evaluar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva de las madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama en el Departamento de Estelí Noviembre 2015. Le estamos solicitando su participación. La información que brindara será anónima, y será utilizada únicamente para fines del estudio, no requiere poner su nombre. Con esta encuesta abordaremos la temática siguiente:

La información brindada será totalmente anónima donde solamente el investigador tendrá acceso a ella.

Datos Generales:

Edad: a) De 15-19 años___ b) 20-24 años___ c) 25-29 años___ d)30-35 años___
 Procedencia: a) Urbano___ b) Rural___
 Escolaridad: a) Analfabeta___ b) Primaria___ c) Secundaria___ d) Universitaria___ e) Técnico___
 Estado Civil: a) Soltera___ b) Casada___ c) Unión Libre___
 Ocupación: a) Ama de Casa___ b) Comerciante___ c) Profesional___ d) Otro___

Información sobre Lactancia Materna Exclusiva:

Lugar donde recibió la información: a) Escuela/Universidad___
 b) Centro de salud___ c) Centro de trabajo___ d) Casa___ e) Otro___
 Tipo de información recibida: a) Concepto___ b) Tiempo de amamantamiento___ c) Beneficios___ d) Contraindicaciones___ e) Técnicas de amamantamiento___
 Persona que le dio la información: a) Personal de salud___ b) Trabajadores comunitarios___ c) Familiares___ d) Otros___

Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva:

A continuación se expone algunos enunciados donde es importante que usted manifieste su pensamiento en relación a ella. Para responder marque con una X en la casilla compatible con su opinión. (LME: Lactancia Materna Exclusiva).

CONOCIMIENTOS	SI	NO	NO SABE
1. ¿Lactancia Materna proceso mediante el cual la madre alimenta a su bebé?			
2. ¿La lactancia materna es proporcionar al bebé un alimento producido por la madre el cual contiene nutrientes, proteínas y vitaminas que el bebé necesita para crecer adecuadamente?			
3. ¿Lactancia Materna es el período mediante el cual se alimenta al bebé con pecho?			
4. ¿Lactancia Materna Exclusiva es el acto de alimentar al bebé únicamente con pecho materno?			

5. ¿En la lactancia materna exclusiva también se introduce otro alimento distinto a la leche materna?			
6. ¿Se recomienda dar LME en un período de 6 meses desde el nacimiento?			
7. ¿Se recomienda dar LME en un período de 3 meses desde el nacimiento?			
8. ¿La leche materna exclusiva no protege al bebé contra las infecciones?			
9. ¿La alimentación con leche materna asegura un crecimiento sano y desarrollo adecuado para el bebé?			
10. ¿Con lactancia materna exclusiva se genera un apego temprano entre madre- hijo?			
11. ¿Al dar lactancia materna exclusiva se evita el desarrollo de cáncer de mama en la madre?			
12. ¿Durante el periodo de lactancia materna exclusiva la madre tiende a ganar mucho peso?			
13. ¿La lactancia materna exclusiva es un método anticonceptivo natural en la madre?			
14. ¿Alimentar con LME genera bajas en la economía familiar?			
15. ¿La LME ayuda al desarrollo de una familia sana?			
16. ¿Debe iniciarse LME al primer mes de vida del bebé?			
17. ¿Se debe iniciar el pecho materno exclusivo en la primera media hora pos parto?			
18. ¿El cáncer de mama, las lesiones herpéticas activas y la hepatitis B son contraindicaciones de la LME?			
19. ¿El VIH no impide dar LME al bebé?			
20. ¿Se debería probar la introducción de alimentos distintos a la leche materna antes de los seis meses de vida?			
21. ¿La mala alimentación de la madre, el consumo de tabaco y licor disminuyen la producción de leche en la madre?			
22. ¿El estrés, la fatiga y algunas enfermedades crónicas no inciden en la producción de leche en la madre?			

Valoración de la Actitud sobre Lactancia Materna Exclusiva

A continuación se expone algunos enunciados donde es importante que usted manifieste su pensamiento en relación a ella. Para responder marque con una X en la casilla compatible con su opinión, usando la siguiente escala: Totalmente de acuerdo (TA), de acuerdo (A), Indeciso (I), en desacuerdo (D), Totalmente en desacuerdo (TD). (LME: Lactancia Materna Exclusiva).

ACTITUDES	TA	A	I	D
1. Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé				
2. Solo dar leche materna exclusiva no sacia al bebé				
3. Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca				
4. La introducción de alimentos distintos a la leche materna debe hacerse los seis meses de vida				
5. Dar pecho materno exclusivo provoca que los pechos se caigan				
6. Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna				

7. Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé				
8. Los bebés alimentados con leche materna exclusiva tienden a ser más seguros e inteligentes a medida que crecen en comparación a los bebés alimentados con fórmula artificial				
9. La leche del pecho materno después de los dos meses es muy rala y no sustenta al bebé				
10. Las madres con pechos pequeños producen igual calidad de leche que las madres con pechos grandes				
11. El éxito de la lactancia materna exclusiva está relacionada con la confianza de la madre en si misma				
12. Considero que la leche materna exclusiva y las fórmulas lácteas producen los mismos beneficios para el bebé				
13. La primera leche que sale del pecho materno tiene poco nutrientes para el bebé				
14. No se recomienda dar LME porque provoca flacidez y pérdida de sensibilidad en los senos				

Valoración de la Práctica sobre Lactancia Materna Exclusiva

A continuación se expone algunas prácticas donde es importante que usted exprese su forma de realizarlas. Para responder marque con una X en la casilla que usted considere compatible en su práctica personal. (LME: Lactancia Materna Exclusiva)

Prácticas sobre lactancia materna exclusiva

1. Usted está dando de mamar	SI	NO
------------------------------	----	----

<p>2. Por qué no está dando de mamar</p> <p>A) Tiene poca leche</p> <p>B) Dolor en las mamas</p> <p>C) Trabajo</p> <p>D) No le gusta</p> <p>E) No quiso el bebe mamar</p> <p>F) Por que la leche materna no sustenta al bebe</p>		
<p>3. Cada cuanto brinda pecho materno a su bebé</p> <p>A) Cada hora</p> <p>B) Cada 2 hora</p> <p>C) Cada 3 horas</p> <p>D) A libre demanda</p> <p>E) Solo En la mañana</p> <p>F) Solo En la noche</p> <p>G) En la mañana y en la noche</p>		
<p>4. Cuando usted está dando de mamar que posiciones utiliza</p> <p>A) Posiciones de cuna</p> <p>B) Posición de balón</p> <p>C) Posición de caballito</p> <p>D) Posición cruzada</p> <p>E) Posición invertida</p> <p>F) Posición acostada</p>		
<p>5. Antes de dar pecho materno usted realiza lo siguiente</p> <p>A) Solo se lo pega</p> <p>B) Se limpia con un trapo húmedo</p> <p>C) Cambia la ropa</p> <p>D) Se lava las manos</p> <p>E) Se baña</p>		
<p>6. Si usted trabaja diga los pasos que realiza para amamantar a su bebé</p> <p>A) Se saca la leche y lo deja en un recipiente en la refrigeradora</p> <p>B) Se saca la leche y lo deja a temperatura ambiente</p> <p>C) Deja indicado que le den en un vaso</p> <p>D) Deja indicado que se lo den en la pacha</p> <p>E) No deja leche materna le da otro tipo de leche</p>		
<p>6. Cada vez que usted da de mamar usted da</p> <p>A) Solo de un pecho</p> <p>B) Los dos pechos</p> <p>C) Por la mañana un pecho por la tarde el otro pecho.</p>		

<p>7. Tiempo que dura cada mamada</p> <ul style="list-style-type: none">A) 10-15 minutosB) 15 – 30 minutosC) Libre demanda		
<p>8. Después de dar de mamar usted realiza lo siguiente</p> <ul style="list-style-type: none">A) Lo deja dormidoB) Le saca los gasesC) Lo deja en la cama		

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

Tabla NO. 1
Características Demográficas de las madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud *Leonel Rugama*. Estelí.
Noviembre 2015.

n= 65

Características Demográficas de las madres	Nº	%
EDAD		
15-19 años	14	21.5
20-24 años	21	32.3
25-29 años	19	29.2
30-34 años	11	16.9
ESTADO CIVIL		
Casada/ Unión libre	45	69.2
Soltera	20	30.8
PROCEDENCIA		
Urbano	62	95.4
Rural	3	4.6
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	4	6.2
Primaria	9	13.8
Secundaria	15	23.1
Universitaria	31	47.7
Técnico	6	9.2
OCUPACION		
Ama de casa	35	53.8
Profesional	10	15.4
Comerciante	7	10.8
Otro	13	20.0

FUENTE: Entrevista a madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud *Leonel Rugama*. Estelí. Noviembre 2015.

GRAFICA No. 1, 2 Y 3
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 6 MESES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
LEONEL RUGAMA. ESTELI NOVIEMBRE 2015

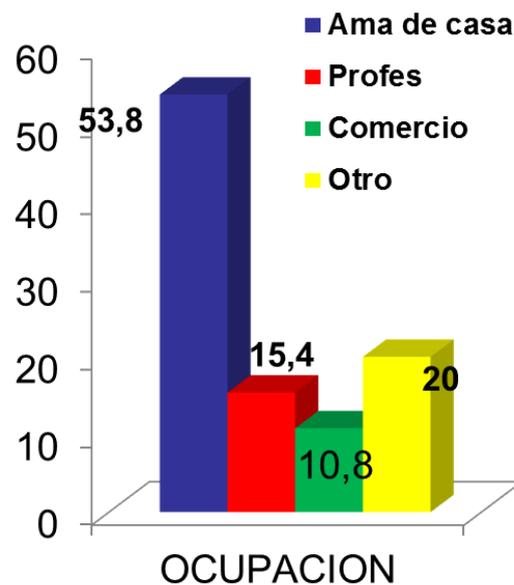
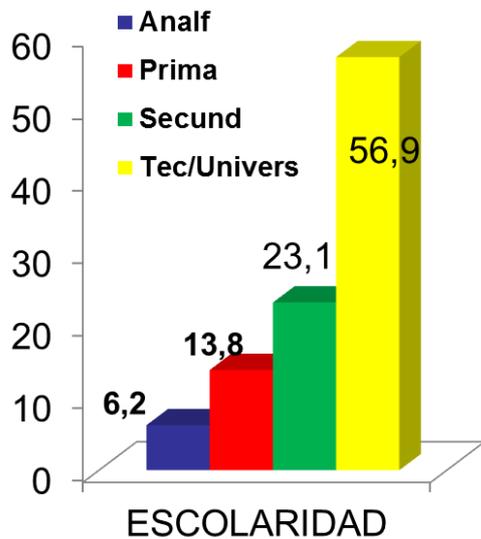
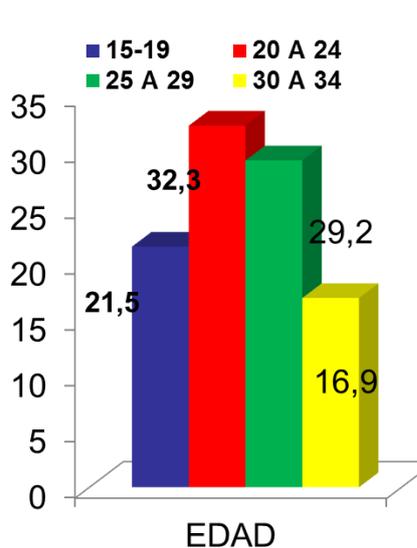


Tabla No. 2
Información sobre lactancia materna exclusiva que tienen
las madres de niños menores de seis meses atendidos en el
Centro de Salud *Leonel Rugama*. Estelí. Noviembre 2015.
n= 65

Información sobre lactancia materna exclusiva	Nº	%
Lugar donde recibió la Información		
Centro de salud	25	38.5
Centro de trabajo	15	23.1
Casa	14	21.5
Escuela/Universidad	10	15.4
Otro	1	1.5
Tipo de información recibida		
Concepto	17	26.1
Beneficios	17	26.1
Técnicas de amamantamiento	13	20.0
Tiempo de amamantamiento	10	15.4
Contraindicaciones	8	12.3
Persona que brindo la información		
Familiares	37	56.9
Personal de Salud	28	43.1

FUENTE: Entrevista a madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud *Leonel Rugama*. Estelí. Noviembre 2015.

GRAFICA No. 4 y 5
INFORMACION SOBRE LACTANCIA MATERNA QUE TIENEN LAS
MADRES DE NIÑOS MENOSRES DE 6 MESES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD LEONEL RUGAMA. ESTELI NOVIEMBRE 2015

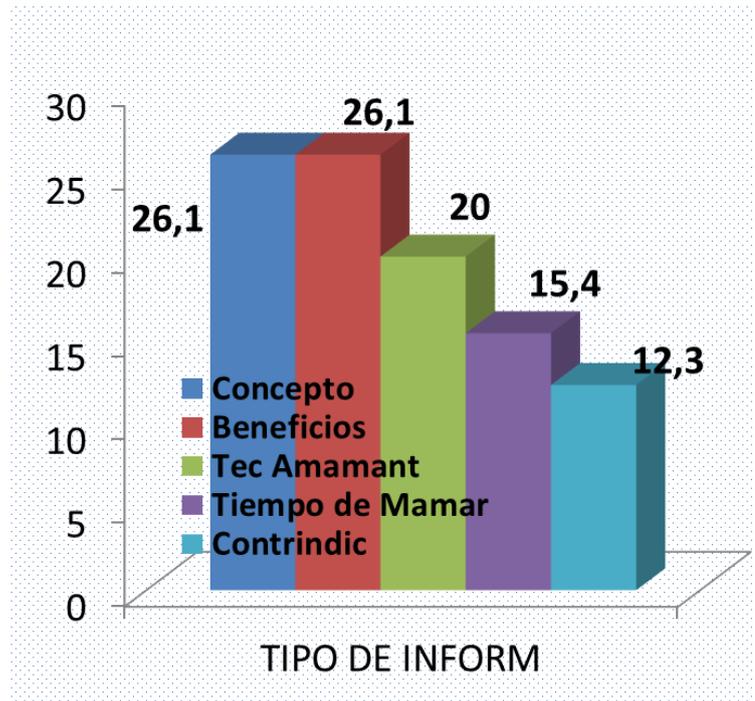
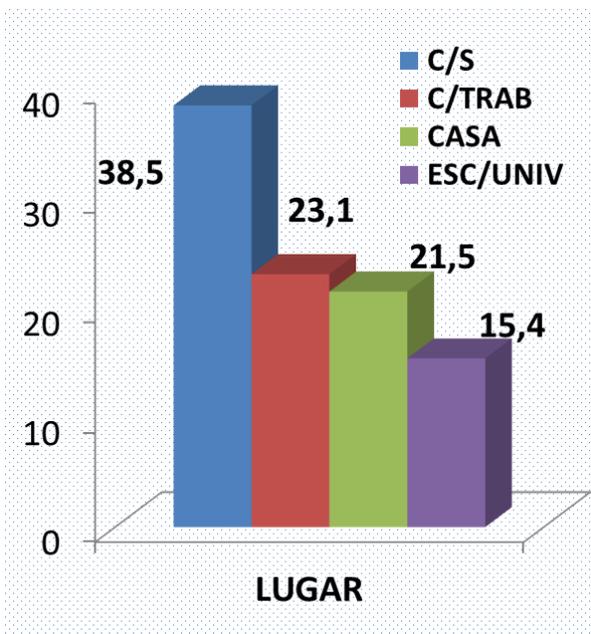


Tabla No.3

Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva que tienen las madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama. Estelí. Noviembre 2015.

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA(LME)	No.	%
Proceso mediante el cual la madre alimenta a su bebé	56	86.1
Alimento producido por la madre el cual contiene nutrientes, proteínas y vitaminas que el bebé necesita para crecer adecuadamente	47	72.3
Período mediante el cual se alimenta al bebé con pecho?	52	80.0
Acto de alimentar al bebé únicamente con pecho materno?	39	60.0
Durante el proceso de lactancia materna exclusiva también se introduce otro alimento distinto a la leche materna	46	70.7
Se recomienda dar LME en un período de 6 meses desde el nacimiento	54	83.0
Se recomienda dar LME en un período de 3 meses desde el nacimiento	22	33.8
La leche materna exclusiva no protege al bebé contra las infecciones	34	52.0
La alimentación con leche materna asegura un crecimiento sano y desarrollo adecuado para el bebé	51	78.0
Con lactancia materna exclusiva se genera un apego temprano entre madre- hijo	49	75.3
Al dar lactancia materna exclusiva se evita el desarrollo de cáncer de mama en la madre?	10	15.3
Durante el periodo de LME, la madre tiende a ganar mucho peso	42	64.6
LME es un método anticonceptivo natural en la madre	29	44.6
Alimentar con LME genera bajas en la economía familiar	45	69.2
La LME ayuda al desarrollo de una familia sana	12	18.4
Debe iniciarse LME al primer mes de vida del bebé	9	13.8
Se debe iniciar el pecho materno exclusivo en la primera media hora pos parto?	36	55.3
El cáncer de mama, las lesiones herpéticas activas y la hepatitis B son contraindicaciones de la LME	25	38.4
El VIH no impide dar LME al bebé	48	73.8
Se debería probar la introducción de alimentos distintos a la leche materna antes de los seis meses de vida?	39	60.0
La mala alimentación de la madre, el consumo de tabaco y licor disminuyen la producción de leche en la madre	42	64.6
El estrés, la fatiga y algunas enfermedades crónicas no inciden en la producción de leche en la madre	9	13.8

FUENTE: Entrevista a madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama. Estelí. Noviembre 2015.

Tabla No. 4A
Características demográficas vs nivel de conocimiento sobre
la lactancia materna exclusiva (LME) que tienen las madres
de niños menores de seis meses atendidos en el
Centro de Salud Leonel Rugama. Estelí. Noviembre 2015.

Características Demográficas de las madres	Nivel de conocimiento sobre la LME					
	BUENO		REGULAR		MALO	
	No.	%	No.	%	No.	%
EDAD						
15-19 años	5	7.6	4	6.1	5	7.6%
20-24 años	10	15.3	7	10.7	4	6.1%
25-29 años	11	16.9	4	6.1	4	6.1%
30-34 años	6	9.2	4	6.1	1	1.5%
ESTADO CIVIL						
Casada/ Unión libre	22	33.8	15	23	10	15.3%
Soltera	9	13.8	2	3%	9	13.8%
PROCEDENCIA						
Urbano	29	44.6	17	26.1	19	29.2%
Rural	1	1.5	1	1.5	1	1.5%

FUENTE: Entrevista a madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama. Estelí. Noviembre 2015.

GRAFICA No. 6
EDAD VS NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA
QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LEONEL RUGAMA. ESTELI
NOVIEMBRE 2015

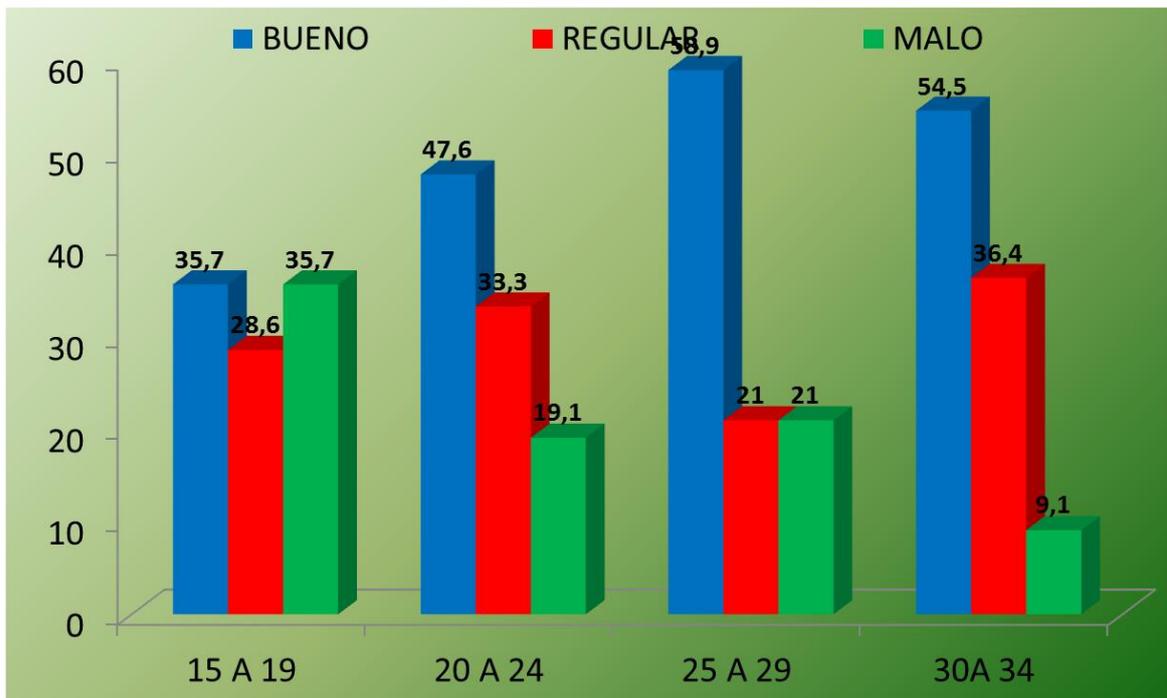
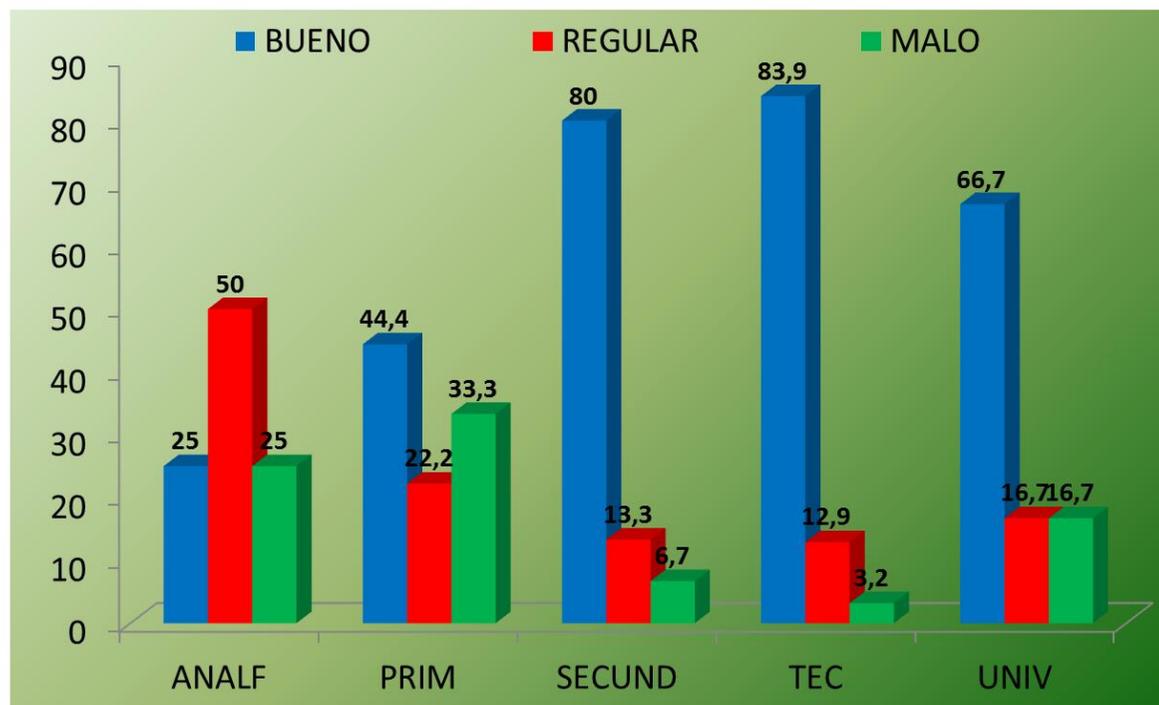


Tabla NO. 4B
Características demográficas vs nivel de conocimiento sobre
la lactancia materna exclusiva (LME) que tienen las madres
de niños menores de seis meses atendidos en el
Centro de Salud Leonel Rugama. Estelí. Noviembre 2015.

Características Demográficas de las madres	Nivel de conocimiento sobre la LME					
	BUENO		REGULAR		MALO	
	No.	%	No.	%	No.	%
ESCOLARIDAD						
Analfabeta	1	1.5	2	3	1	1.5
Primaria	4	6.1	2	3	3	4.6
Secundaria	12	18.4	2	3	1	1.5
Universitaria	26	40	4	6.1	1	1.5
Técnico	4	6.1	1	1.5	1	1.5
OCUPACION						
Ama de casa	27	41.5	5	7.9	3	4.6
Profesional	6	9.2	2	3	2	3
Comerciante	4	6.1	1	1.5	2	3
Otro	9	13.18	4	6.1	0	0

FUENTE: Entrevista a madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama. Estelí. No viembre2015

GRAFICA No. 7
ESCOLARIDAD VS NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENOSRES DE 6 MESES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LEONEL RUGAMA. ESTELI NOVIEMBRE 2015



GRAFICA No. 8
OCUPACION VS NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA QUE TIENEN
LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD LEONEL RUGAMA. ESTELI NOVIEMBRE 2015

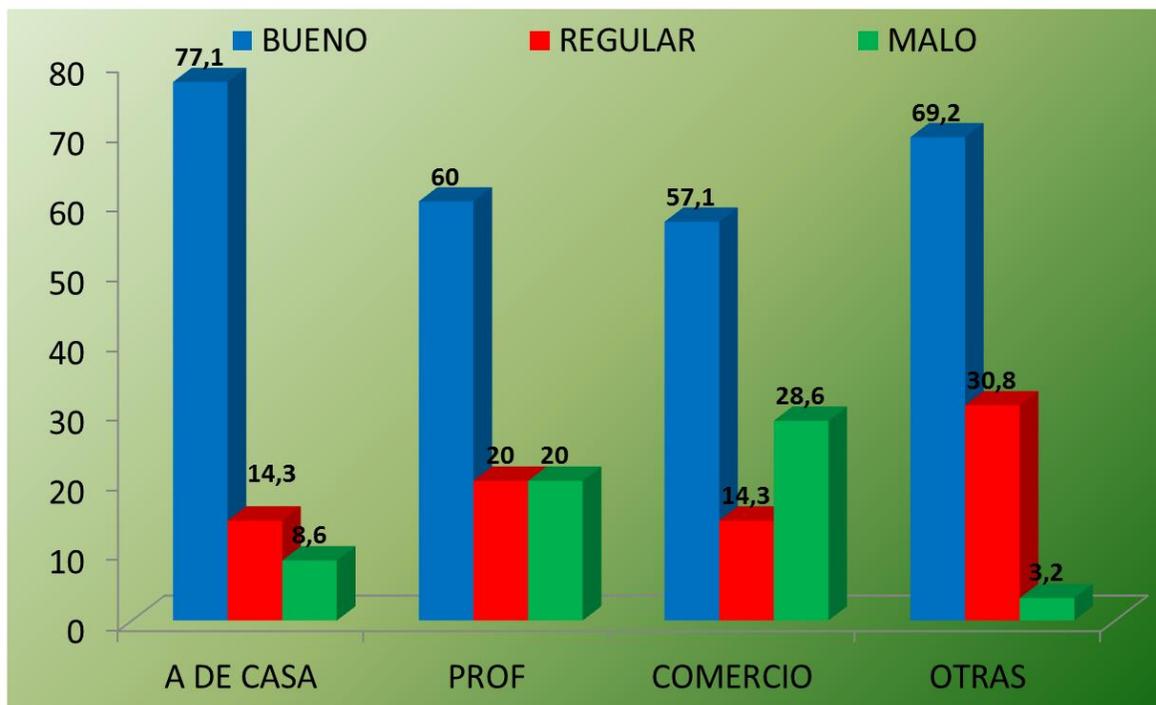


Tabla No.5A

Actitudes acerca de la Lactancia Materna Exclusiva que tienen las madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama. Estelí. Noviembre 2015.

Actitudes acerca de la Lactancia Materna Exclusiva	GRADO DE ACUERDO ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA*									
	TA(1)		DA(2)		I(3)		DA(4)		TDA(5)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé	43	66.1	20	30.7	2	3	0	0.0	0	0.0
Solo dar leche materna exclusiva no sacia al bebé	47	72.3	10	15.3	0	0	4	6.1	4	6.1
Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca	38	58.4	4	6.1	10	15.3	10	15.3	4	6.1
La introducción de alimentos distintos a la leche materna debe hacerse los seis meses de vida	56	86.1	3	4.6	2	3	2	3.0	2	3
Dar pecho materno exclusivo provoca que los pechos se caigan	45	69.2	3	4.6	2	3	11	16.9	4	6.1
Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna	29	44.6	2	3	1	1.5	32	49.2	1	1.5
Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé	29	44.6	10	15.3	2	3	22	33.8	2	3

FUENTE: Entrevista a madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama. Estelí. Noviembre 2015.
(1)TOTALMENTE DE ACUERDO (2) DE ACUERDO (3) INDECISO (4) DESACUERDO (5) TOTALMENTE EN DESACUERDO

Tabla No.5B

Actitudes acerca de la Lactancia Materna Exclusiva que tienen las madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama. Estelí. Noviembre 2015.

Actitudes acerca de la Lactancia Materna Exclusiva	GRADO DE ACUERDO ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA*									
	TA(1)		DA(2)		I(3)		DA(4)		TDA(5)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Los bebés alimentados con leche materna exclusiva tienden a ser más seguros e inteligentes a medida que crecen en comparación a los bebés alimentados con fórmula artificial	43	66.1	10	15.3	4	6.1	3	4.6	5	7.6
La leche del pecho materno después de los dos meses es muy rala y no sustenta al bebé	19	29.2	11	16.9	5	7.6	15	23	15	23
Las madres con pechos pequeños producen igual calidad de leche que las madres con pechos grandes	23	35.3	7	10.7	2	3	17	26.15	16	24.6
El éxito de la lactancia materna exclusiva está relacionada con la confianza de la madre en si misma	46	70.7	5	7.6	1	1.5	10	15.3	3	4.6

Considero que la leche materna exclusiva y las fórmulas lácteas producen los mismos beneficios para el bebé	24	36.9	6	9.2	4	6.1	16	24.6	15	23
La primera leche que sale del pecho materno tiene poco nutrientes para el bebé	22	33.8	10	15.3	5	7.6	15	23	13	20
No se recomienda dar LME porque provoca flacidez y pérdida de sensibilidad en los senos	5	7.6	7	10.7	9	13.8	23	35.3	21	32.3

FUENTE: Entrevista a madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama. Estelí. Noviembre 2015.

(1)TOTALMENTE DE ACUERDO (2)DE ACUERDO (3) INDECISO (4)DESACUERDO (5) TOTALMENTE EN DESACUERDO

Tabla 6: Características generales sobre LME vs. Actitudes sobre LME de las madres de niños menores de seis meses, atendidas en el centro de salud Leonel Rugama en la ciudad de Estelí, durante el periodo de Noviembre 2015

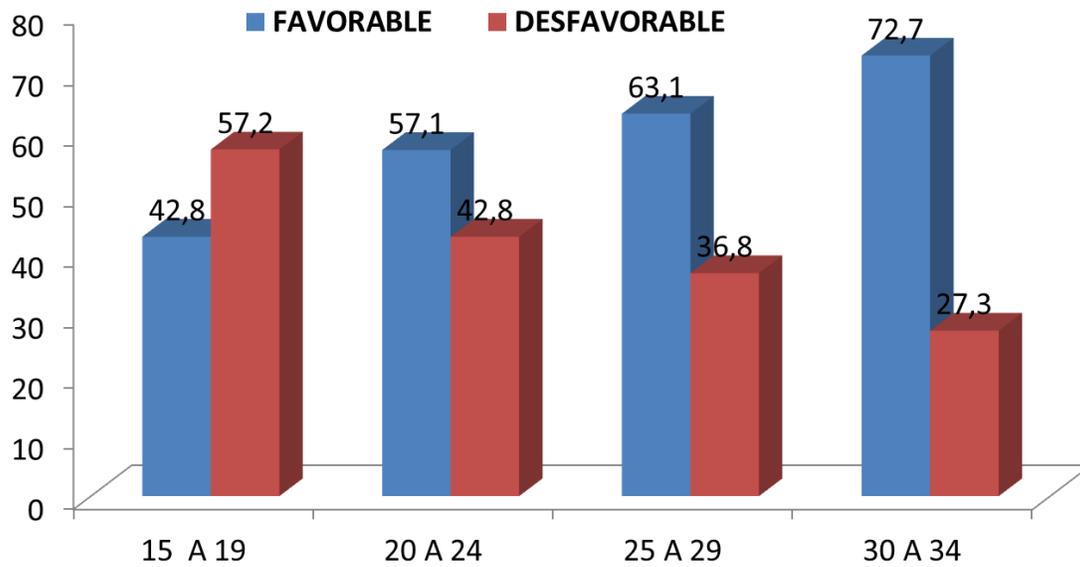
n^o= 65

Características Generales	Actitudes sobre LME					
	Favorable		Desfavorable		Total	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Edad:						
•De 15-19años	6	9.2	8	12.3	14	21.5
•20-24 años	12	18.5	9	13.8	21	32.3
•25-29 años	12	18.5	7	10.8	19	29.2
•30-34 años	8	12.3	3	4.6	11	16.9
Procedencia:						
•Urbano	37	59.9	25	38.5	62	95.4
•Rural	1	1.5	2	0	3	4.6
Escolaridad:						
•Analfabeta	1	1.5	3	4.6	4	6.2
•Primaria	4	6.2	5	7.7	9	13.8
•Secundaria	10	15.4	5	7.7	15	23.1
•Universitaria	19	29.2	12	18.5	31	47.7
•Técnico	4	5.5	2	0	6	9.2

Estado Civil:						
●Soltera	10	15.4	10	15.4	20	30.8
●Casada	15	23.1	10	15.4	25	38.5
●Unión Libre	13	20	7	10.8	20	30.8
Ocupación:						
●Ama de Casa	23	35.4	12	18.5	35	53.8
●Comerciante	4	6.2	3	4.6	7	10.8
●Profesional	6	9.2	4	6.2	10	15.4
●Otro	5	7.7	8	12.3	13	20
Total	65	100	65	100	65	100

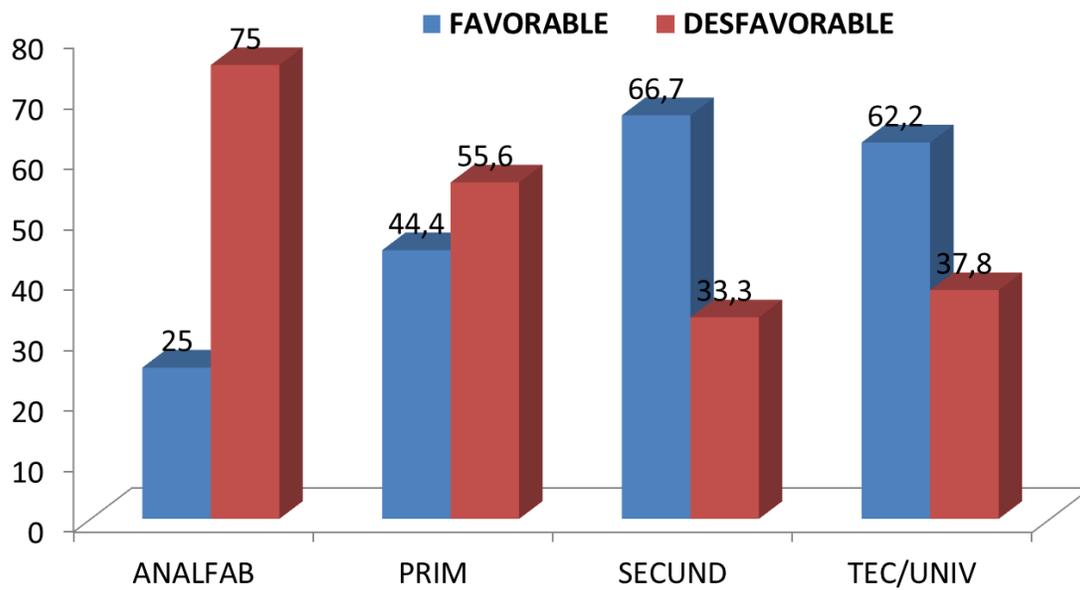
GRAFICA No. 9

EDAD VS ACTITUDES ACERCA DE LACTANCIA MATERNA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENOSRES DE 6 MESES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LEONEL RUGAMA. ESTELI NOVIEMBRE 2015



GRAFICA No. 10

ESCOLARIDAD VS ACTITUDES ACERCA DE LACTANCIA MATERNA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENOSRES DE 6 MESES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LEONEL RUGAMA. ESTELI NOVIEMBRE 2015



GRAFICA No. 11

OCUPACION VS ACTITUDES ACERCA DE LACTANCIA MATERNA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENOSRES DE 6 MESES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LEONEL RUGAMA. ESTELI NOVIEMBRE 2015

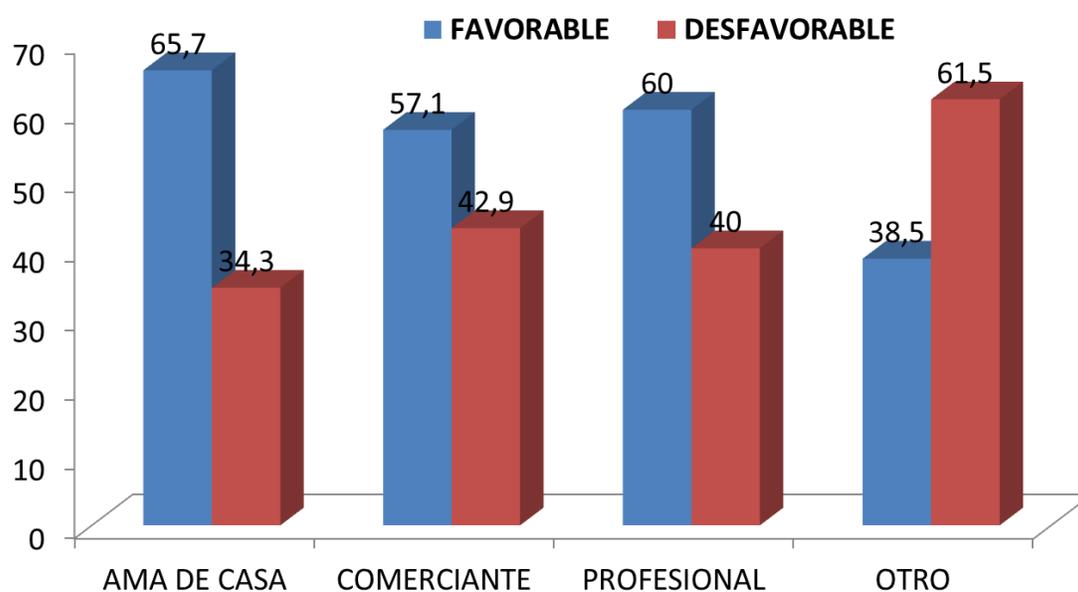


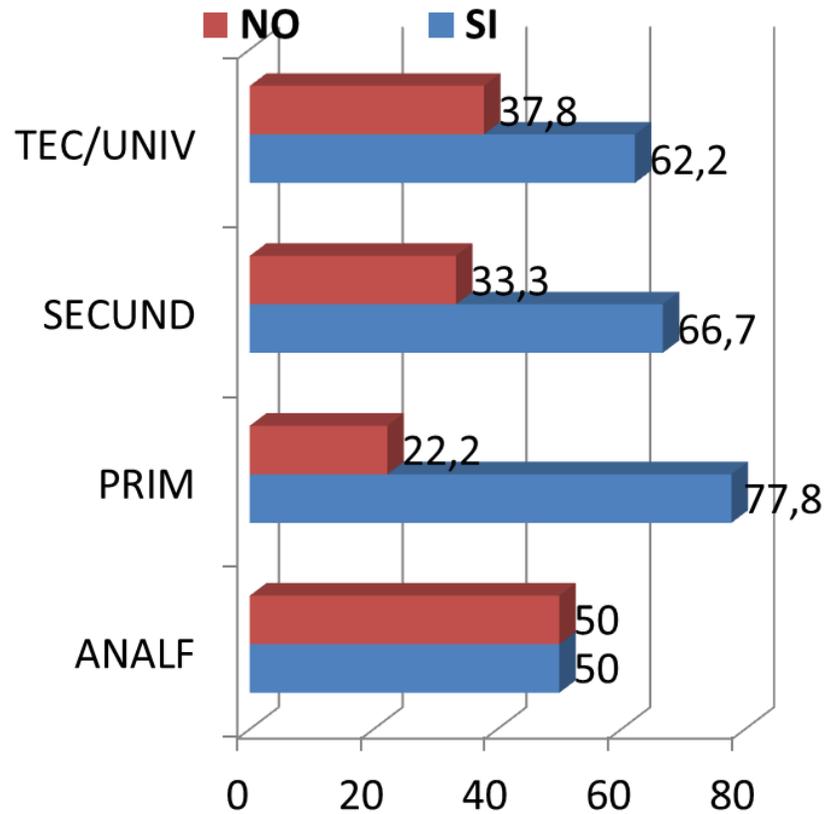
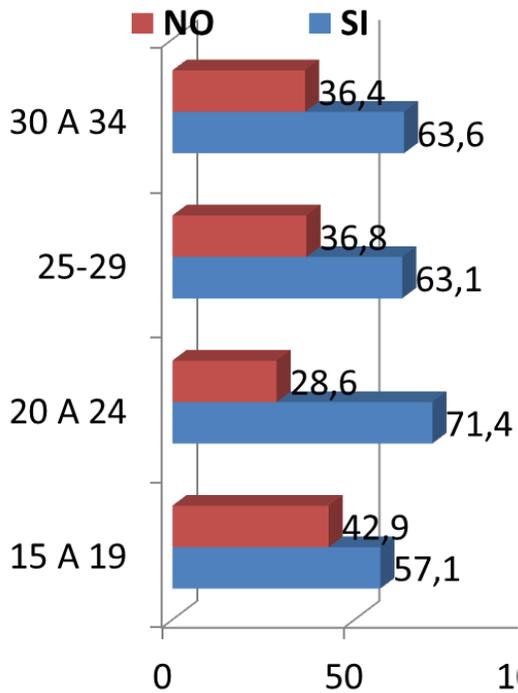
Tabla N° 7 Características generales sobre LME vs. Practicas sobre LME de las madres de niños menores de seis meses, atendidas en el centro de salud Leonel Rugama en la ciudad de Estelí, durante el periodo de Noviembre 2015

n°= 65

Características generales	Practicas sobre LME			
	SI		total	
<u>Edad</u>	N°	%	N°	%
15 -19 años	8	12.31	14	21.54
20 -24 años	15	23.08	21	32.31
25- 29 años	12	18.46	19	29.23
30- 34 años	7	10.77	11	16.92
<u>Procedencia</u>				
Urbano	40	61.54	62	95.38
Rural	2	3.08	3	4.62
<u>Escolaridad</u>				
Analfabeta	2	3.08	4	6.15
`primaria	7	10.77	9	13.85
Secundaria	10	15.38	15	23.08
Universidad	22	33.85	31	47.69
Técnico	3	4.62	6	9.23
<u>Estado civil</u>				
Soltera	12	18.46	20	30.77
Casada	18	27.69	25	38.46
Unión libre	13	20	20	30.77
<u>Ocupación</u>				
Ama de casa	23	35.38	35	53.85
Comerciante	4	6.15	7	10.77
Profesional	6	9.23	10	15.38
Otros	8	12.31	13	20
Total		100		100

GRAFICA No. 13, 14

PRACTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN EDAD Y ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO ESTELI NOVIEMBRE 2015.



GRAFICA No. 15 Y 16

PRACTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN ESTADO CIVIL Y OCUPACION DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LEONEL RUGAMA. ESTELI NOVIEMBRE 2015.

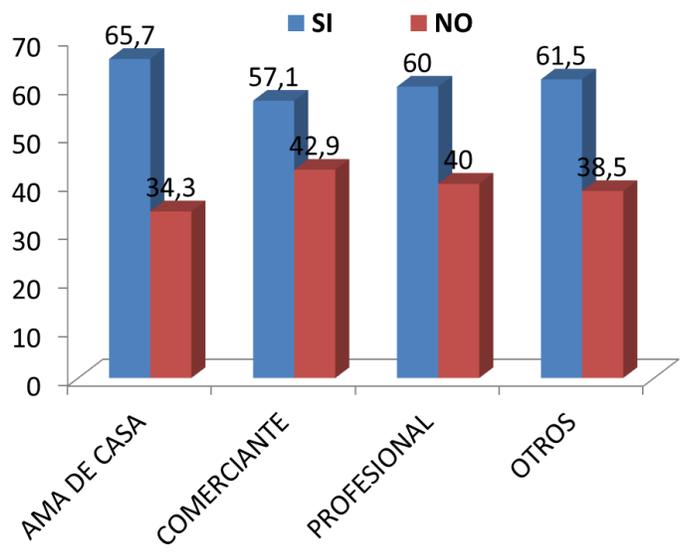
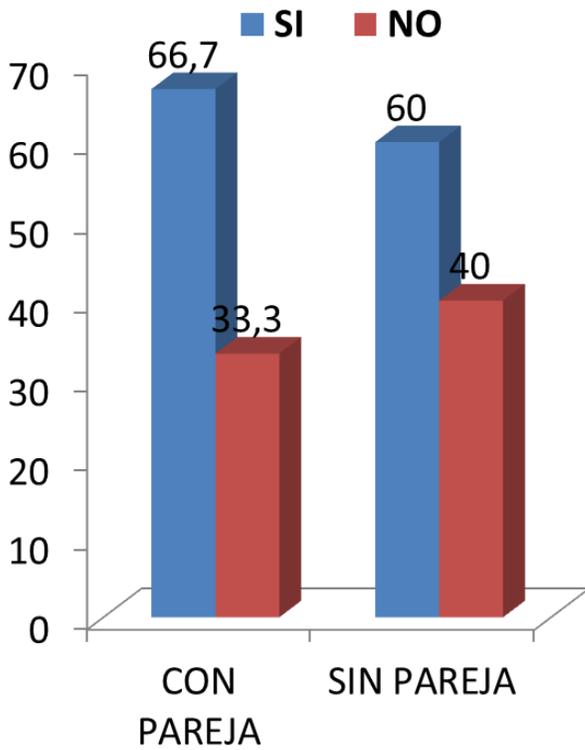
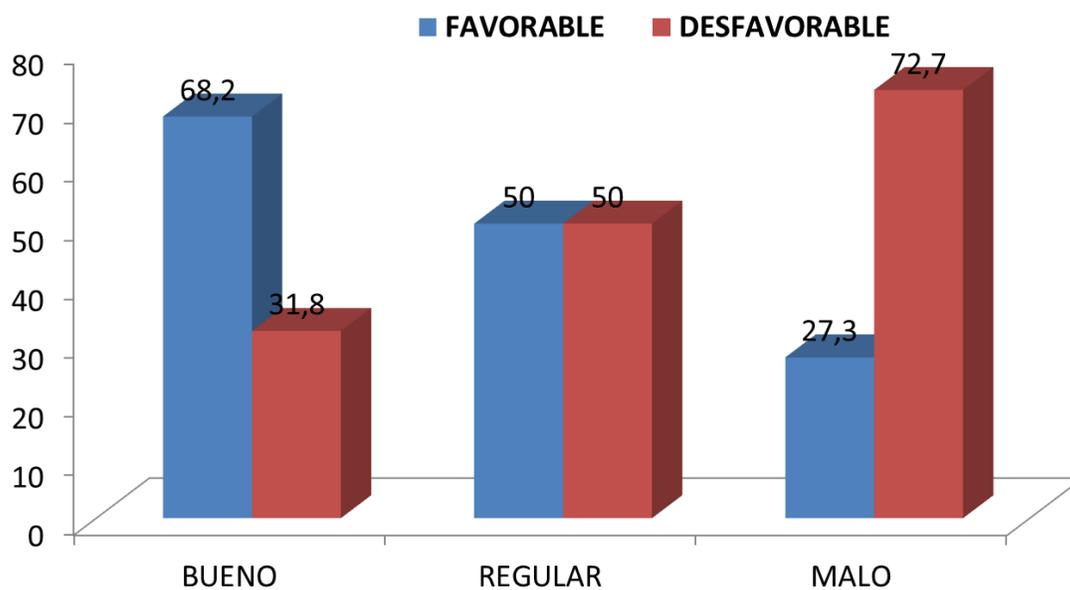


Tabla N° 8. Conocimientos sobre LME vs Actitudes sobre LME de las madres de niños menores de seis meses, atendidas en el centro de salud Leonel Rugama en la ciudad de Estelí, durante el periodo de Noviembre 2015

Conocimiento	Actitudes sobre LME					
	Favorable		Desfavorable		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	30	78.9	14	51.9	44	67.7
Regular	5	13.2	5	18.5	10	15.4
Malo	3	7.9	8	29.6	11	16.9
Total	38	100	27	100	65	100

GRAFICA No. 12

**NIVEL DE CONOCIMIENTO VS ACTITUDES ACERCA DE LACTANCIA
MATERNA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENOSRES DE 6 MESES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LEONEL RUGAMA. ESTELI
NOVIEMBRE 2015.**



TablaN°9: Conocimientos sobre LME vs Practicas sobre LME de las madres de niños menores de seis meses, atendidas en el centro de salud Leonel Rugama , en la ciudad de Estelí, durante el periodo de Noviembre 2015

Conocimiento	Prácticas sobre LME				
	SI		NO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Bueno	34	52.31	10	15.38	44
Regular	5	7.69	2	3.07	7
Malo	7	10.77	7	10.77	14
Total	46	70.7	19	29.2	65

Tabla N°10: Actitudes sobre LME vs Practicas sobre LME de las madres de niños menores de seis meses, atendidas en el centro de salud Leonel Rugama , en la ciudad de Estelí, durante el periodo de Noviembre 2015

n°= 65

PRACTICAS SOBRE LME					
Actitud	SI		NO		Total
	N°	%	N°	%	
	Favorable	25	38.5	16	24.61
Desfavorable	14	21.5	10	15.38	24
Total	39	60	26	40	65

Tabla N° 9
Características de la de Prácticas sobre LME de las madres,
atendidas en el Centro de Salud Leonel Rugama en la ciudad de
Estelí, durante el periodo de Noviembre 2015.

n=42

	No.	%
Horario de lactancia de administración de pecho materno		
A) Cada hora		
B) Cada 2 hora	15	35.7
D) A libre demanda	11	26.2
	15	35.7
Posiciones utilizadas durante el amamantamiento		
A) Posiciones de cuna	30	71.4
D) Posición acostada	10	23.8
Actividades realizadas antes de dar el dar pecho materno		
A) Solo se lo pega		
B) Se limpia con un trapo húmedo	17	40.5
C) Se lava las manos	22	52.4
	11	26.2

Tabla N° 9

Características de la de Prácticas sobre LME de las madres, atendidas en el Centro de Salud Leonel Rugama en la ciudad de Estelí, durante el periodo de Noviembre 2015. n=42

Actividades que realizan las madres que trabajan para amamantar a su bebé		
A) Se saca la leche y lo deja en un recipiente en la refrigeradora		
B) Se saca la leche y lo deja a temperatura ambiente	6	14.3
C) Deja indicado que le den en un vaso		
	5	11.9
	7	16.7
Cada vez que usted da de mamar usted da		
A) Solo de un pecho	10	23.8
B) Los dos pechos	40	95.2
Tiempo que dura cada mamada		
A) 10-15 minutos	12	28.6
C) Libre demanda	34	80.9
8. Después de dar de mamar usted realiza lo siguiente		
A) Lo deja dormido	13	30.9
B) Le saca los gases	27	64.3
C) Lo deja en la cama	10	23.8

