



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MEDICINA

Conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la Lactancia Materna en Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México - Nicaragua, Ticuantepe, Managua en el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre 2019.

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

Autores:

Bra. Meyling Junieth Cruz Triminio
Lic. Oscar Eduardo Obregón Córdoba
Br. José Mario Bautista Zelaya

Tutor:

Dr. José Francisco Reyes Ramírez
Profesor Titular
Facultad de Ciencias Médicas. UNAN-Managua

Managua, Octubre 2020

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a todos quienes nos han apoyado durante esta travesía, padres, maestros y a todos quienes de una u otra forma, se tomaron el tiempo de escuchar y compartir sus opiniones, correcciones e ideas que ayudasen a enriquecer la investigación. Pero sobre todas las cosas, está dedicado a nosotros mismos, por la constancia y el esfuerzo que implicó llevar a cabo cada paso de esta aventura. Que cada uno de los altibajos durante el proceso, nunca se alejen y que sirvan de recordatorio del viaje que seguiremos de ahora en adelante.

*Meyling Junieth Cruz Triminio
Oscar Eduardo Obregón Córdoba
José Mario Bautista Zelaya*

Agradecimiento

Agradezco a Dios y a mis padres, quienes frente a toda adversidad me han mostrado su apoyo y cariño. Intentando guiarme adecuadamente, aunque a veces no quiera aceptar su guía. A mis hermanos, Sergio y Rossana, quienes son pilares de apoyo y consejeros constantes. A mis docentes, quienes con sus observaciones he ido avanzando poco a poco en esta vocación. A mis amigos, que han sido un apoyo en mis peores momentos, sabiendo escuchar, sabiendo reñir, sabiendo compartir. Finalmente, pero no menos importante, agradezco al Dr. José Francisco Reyes quien con paciencia y dedicación me ha acompañado en esta jornada.

Oscar Eduardo Obregón Córdoba

Esta tarea ardua no podía ser posible sin el apoyo de mis familiares y amigos, quienes han sido pilares todo este tiempo. Les estoy profundamente agradecida por contar con ellos a cada momento. Haber alcanzado el primer paso de mis metas, es un logro conseguido por la presencia de cada uno de ellos.

Meyling Junieth Cruz Triminio

De manera muy especial a mis padres, quienes fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, ellos son quienes sentaron las bases de la responsabilidad y deseos de superación que me han permitido ser quien hoy soy. A mis compañeros de tesis, quienes además son mis grandes amigos, sin los cuales este trabajo no habría sido posible, gracias por concederme la dicha de haber compartido esta experiencia de formación con ustedes.

José Mario Bautista Zelaya

Resumen

La presente investigación evalúa los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la lactancia materna en primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México - Nicaragua, Ticuantepe, en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019. La investigación tiene un enfoque cuantitativo, corte transversal, según su alcance de tipo aplicada. La población muestral estuvo conformada por 172 adolescentes de 15 a 19 años embarazadas que asistieron a la unidad de salud, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado para medir los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la lactancia materna. Los resultados muestran que 57% de la población tenía un nivel académico de secundaria, de procedencia urbana con 76.2%, y el 46.5% en unión libre. El 45.3% tiene un buen nivel de conocimiento, el 51% evidenciaron actitudes favorables respecto a la lactancia materna y el 62.2% obtuvieron un nivel de practica bueno. Se concluye que los resultados fueron positivos en un 50% para los 3 aspectos evaluados. Sin embargo, no implico que el 50% restante fueran resultados negativos, más bien están dentro de la categoría regular, lo que sugiere que ha mejorado la labor, la capacitación y la consejería, se puede influenciar para modificar el comportamiento hacia un resultado eminentemente positivo. Para ello, serán necesarias intervenciones continuas, practicas, didácticas y entretenidas que mantengan la atención de los pacientes en la absorción de los conocimientos para modificar los paradigmas actuales.

Palabras Clave: Adolescencia – lactancia materna - conocimiento

Índice de Contenido

Dedicatoria.....	<i>i</i>
Agradecimientos.....	<i>ii</i>
Opinión del Tutor.....	<i>iii</i>
Resumen.....	<i>iv</i>
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Descripción del Problema.....	11
1.3 Justificación.....	12
CAPITULO II: OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo general.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
CAPITULO III: MARCO TEÓRICO.....	16
CAPITULO IV: HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN Y CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	47
4.1 Hipótesis.....	48
4.2 Cuadro de operacionalización de variables.....	49
CAPÍTULO V: METODOLOGÍA.....	54
Tipo de estudio.....	55
Área de estudio.....	55
Período de estudio.....	55
Universo.....	55
Muestra.....	55
Tipo de muestreo.....	56
Criterios de inclusión y Exclusión.....	57
Unidad de análisis.....	58
Fuente de recolección de la información.....	59
Técnica de recolección de la información.....	59

Etapas de la investigación.....	59
5.11.1 Investigación documental.....	59
5.11.2 Elaboración de instrumentos.....	60
5.11.3 Trabajo de campo.....	61
5.11.4 Análisis y elaboración de documento final.....	62
Aspectos Éticos.....	65
CAPITULO VI: RESULTADOS.....	66
6.1 Generalidades.....	67
6.2. Valorar el nivel de conocimiento y fuentes de información referente a la lactancia materna que poseen las primigestas en estudio.....	71
6.3 Determinar las actitudes de las primigestas acerca de la lactancia materna, que asistieron al servicio de consulta externa del Hospital Amistad México-Nicaragua.....	76
6.4 Identificar las prácticas de las primigestas en estudio relacionadas a la lactancia materna.....	80
6.5 Relación conocimiento actitudes y practicas.....	82
6.6 Propuesta de plan de intervención educativa.....	99
CAPITULO VII: CONCLUSIONES.....	104
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES.....	106
Bibliografía.....	108
ANEXOS.....	119

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

En Nicaragua se reconoce la importancia de la leche materna para la protección y desarrollo de los bebés y de la madre, para lo cual, la promoción de la lactancia materna, no es solo un tema de salud, sino que tiene un carácter de ineludible cumplimiento, en concordancia con lo dispuesto en la ley publicada el 28 de Junio de 1999. “Ley No. 295, Ley de Promoción, Protección y mantenimiento de la Lactancia Materna y Regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche Materna”.

Sin embargo, y pese a los esfuerzos del Ministerio de Salud (MINSA), la práctica de la lactancia materna aún no se aplica en algunos sectores de la sociedad.

La leche materna es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta a sus necesidades en cada momento, proveyendo de protección y mejorando la respuesta inmunitaria del recién nacido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, seguido de un régimen de lactancia continuada con alimentación complementaria. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2001), esta estrategia responde a lo enunciado en la Declaración de Innocenti, en Italia en 1990, en la que reconocen los beneficios nutricionales e inmunológicos para los lactantes y los beneficios que además esta práctica aporta a las madres, declaración que fue revisada y actualizada en 2005.

Las madres y sus bebés forman una unidad biológica y social inseparable; la salud y la nutrición de un grupo no puede separarse de la salud y nutrición del otro. La lactancia es un proceso fisiológico que todas las madres están en capacidad de realizarlo y trae consigo beneficios emocionales, económicos y de salud tanto para las madres como para el niño.

Las ventajas de la lactancia materna se han documentado ampliamente, sobre todo en relación con la incidencia de enfermedades infecciosas, el estado nutricional, los vínculos afectivos entre la madre y el niño, el espaciamiento intergenésico y la mortalidad infantil. A pesar de ello, la prevalencia de lactancia materna en el mundo permanece baja.

La mala nutrición en la región de las Américas, continua siendo un problema muy serio en salud pública. Más de seis millones de niñas y niños menores de 5 años de edad presentaron un déficit severo de peso como resultado de la interacción entre la desnutrición y las infecciones entre otros factores.

La práctica deficiente de la lactancia materna responde a factores educativos, sociales, económicos y laborales, los cuales juegan un papel preponderante en la ejecución de esta y cuyo comportamiento no es exclusivo de ciertos grupos etarios o socioeconómicos.

En el país han existido avances, con lo que se ha logrado cambios positivos a través de múltiples estrategias implementadas por el sector salud en conjunto con diversas organizaciones, pero lo cierto es que no se ha logrado constituir en un paradigma de práctica absoluta en la población.

1.1 Antecedentes

Internacionales

El 1 de Agosto 1990, en Florencia, Italia se promulga la declaración de Innocenti en la que se reconoce la importancia de la Lactancia Materna, como pilar fundamental para garantizar el crecimiento y desarrollo de los lactantes. Estableciéndose como meta global el permitirle a los niños ser alimentados exclusivamente con leche materna desde su nacimiento hasta los 4-6 meses de edad. Para lo cual, se insta a los países miembros de la OMS a reforzar la cultura de la lactancia materna y a luchar contra la cultura del biberón. (OMS/UNICEF, 1990)

En concordancia con lo enunciado en la declaración de Innocenti, en 1999 se promulga la Ley No. 295, Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la Lactancia Materna y Regulación de la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la cual pretendía otorgar importancia y formalidad a los acuerdos y proyectos impulsados por la OMS, con la finalidad de armonizar con los 10 pasos de la Promoción de la Lactancia Materna que recomienda la OMS/UNICEF. (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 1999)

Ramos señala en un artículo publicado en la Revista del Hospital General “Dr. Manuel Gea Gonzáles”, México, 2002, que el embarazo tiene altos requerimientos nutricionales, en caso del embarazo adolescente, el estado nutricional de la madre es un factor preponderante en relación al desarrollo, además establece “...la lactancia se hace mayor ya que la energía y los requerimientos nutrimentales para la misma son mayores que los del embarazo ...” (Ramos, 2002) sin embargo, a pesar de contrastar la nutrición de las madres adolescentes con la carga física que la lactancia impone a la madre, mantiene firme la disposición que la leche materna siempre será el mejor alimento para el recién nacido. Por lo que la nutrición de la madre debe de ser vigilada y su nutrición balanceada.

En 2004, en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, se publica un estudio titulado “Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia”. En el estudio participaron 104 madres entrevistadas consecutivamente en el periodo del puerperio, en un centro perteneciente

al Sistema de Seguridad Colombiano de segundo nivel de atención de Popayán, Cauca. Concluyéndose que el nivel de conocimientos era aceptable dentro de los parámetros establecidos en el estudio, estableciéndose la necesidad de un programa educativo para reforzar las conductas deseables sobre lactancia materna, dentro de los aspectos relevantes, se determina: “...Las madres que necesitan esta intervención son las de menor edad, solteras o en unión libre, primíparas, con niveles bajos de estrato socioeconómico y escolaridad. También es necesario incluir a las abuelas...” (Delgado Noguera & Orellana, 2004)

Un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas del personal multidisciplinario de salud y la promoción realizada a las madres con respecto a la lactancia materna en dos maternidades” realizado en Panamá en 2006, revelo que el 95.2% del personal de las maternidades en estudio respondió no haber realizado actividades educativas sobre lactancia materna para las madres, lo que conforme a las declaraciones de la madre fue de manifiesto una insuficiente transmisión de información sobre lactancia materna. (Rodríguez, Borace, & López, 2006)

Cindy Calvo, concluye en su investigación “Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento”; que el amamantamiento está influenciado por múltiples variables, las cuales afectan la decisión de las madres de brindar o no el pecho a sus hijos. Por lo que, durante la atención prenatal, parto y puerperio se debe de valorar y tomar en cuenta estos factores, los cuales son de gran relevancia. Además, destaca que en la base de los conocimientos de lactancia materna sobre la cual las madres toman su decisión median otros factores de orden psicosocial, así como la labor de los profesionales de la salud. (Calvo Quirós, 2008-2009)

En 2008 se publicó un artículo titulado “Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes”, con una muestra de 100 madres y sus recién nacidos, con seguimiento longitudinal a 6 meses, solo 70 madres concluyeron el estudio y 30 lo abandonaron. Se determinó que el principal motivo de abandono de la lactancia fue la baja producción, es decir, la sensación por parte de las madres que el bebé pasa hambre solo con la leche materna. (Quezada, Delgado, Arroyo, & Díaz, 2008)

En el año 2014, se publica un estudio titulado “Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva” en el cual se evidencio que hay una relación de mayor compromiso con la lactancia materna exclusiva en dependencia al nivel educativo, es decir, a mayor nivel educativo, mayor la posibilidad de mantener el apego a la lactancia materna exclusiva. Además, evidencio que el 55% de los sujetos en estudio informaban hacer uso de alimentos complementarios a la lactancia materna antes de los 6 meses de vida. Esto considerando además que el motivo por el cual se decidía el abandono de la lactancia materna exclusiva, era por tener la percepción que la leche era escaza, por la preocupación de la madre por la producción insuficiente de leche. (Pinilla Gómez, Domínguez Nariño, & García Rueda, 2014)

En Bolivia, un estudio llevado en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, en 2014 y titulado “Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes” en la que se concluyó al igual que lo señalado anteriormente que: “...según su nivel escolar, así fue el tiempo de lactancia materna...” lo que establece que, a mayor nivel académico, es mayor el criterio y compromiso con la lactancia materna exclusiva. También se evidencio el constante comportamiento de las madres por utilizar alimentación mixta antes del tiempo indicado, es decir, previo a los 6 meses. Comportamiento que obedece a la percepción que la leche materna no es suficiente. (Sena Barrios, Rivera Rivadulla, Díaz Guzmán, Hernández Domínguez, & Armas Ramos, 2014)

En Málaga España, se publica un artículo titulado “Maternidad en la adolescencia y lactancia, en el cual se señala que las madres adolescentes suelen abandonar la lactancia cuando los niños tienen un mes de edad. Los factores que influyen en esta decisión son los relacionados a: hijos no deseados, poca preparación e inmadurez, primiparidad, nivel de escolaridad primario y la percepción de baja producción de leche percibida por la madre. Se señaló además que la práctica de la lactancia materna puede mejorar significativamente con una atención sanitaria adecuada, es decir, los conocimientos sobre lactancia materna influyen enormemente en la decisión de practicarla. (Aragón, Cubillas, & Torres, 2015)

Nacionales

En Nicaragua, un estudio realizado en el periodo de abril-mayo 2014 y titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la lactancia materna exclusiva en mujeres primigestas entre las edades de 15-24 años que acuden a consulta en el Centro de Salud Francisco Buitrago en el periodo abril-mayo 2014” se concluye que el 91.9% de las entrevistadas afirmó haber recibido información sobre lactancia materna por el personal de salud. Además, más del 60% de las entrevistadas habían logrado identificar el concepto de lactancia materna. Los resultados además reflejan que más del 70% de las entrevistadas tenían una actitud favorable ante la lactancia materna exclusiva, sin embargo, solamente 33.8% habían practicado la lactancia materna exclusiva. (Miranda Aldana & Umanzor Benavidez, 2015)

En Managua, el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a lactancia materna en mujeres de 15 a 45 años que asisten al Puesto de Salud San Sebastián, Managua, noviembre a diciembre 2015” el cual, dentro de las conclusiones relevantes, más de la mitad de las entrevistadas considera que lo correcto es brindar lactancia más comida durante los primeros 6 meses. Además, el estudio reveló que la mitad de las mujeres solo conoce la posición sentada para amamantar y creen que solo dicha posición existe. Se lograron identificar que prevalecen mitos y actitudes negativas, por ejemplo, el trabajo como una limitante, afectación física al “aflojarse” los pechos, desconocen la utilidad de la lactancia materna como un método de planificación familiar. Finalmente se evidencia que persiste la percepción que la leche materna no sustenta por completo al bebé. (Rayo García & Arrieta Estrada, 2015)

En diciembre 2015, se elaboró un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna exclusiva que poseen las puérperas adolescentes atendidas en el hospital primario, Jacinto Hernández en el periodo de abril – septiembre 2015”. Dicho estudio concluyó que la población en estudio tenía deficiencia en cuanto a técnicas de extracción, almacenamiento y tiempo de duración de la leche materna extraída aunque presentaban buen nivel de conocimiento en lo referente a el tiempo adecuado de la duración de la lactancia materna y de los beneficios y superioridad de esta frente a otros tipos de leche.

Persiste además la creencia en la afectación a la estética del pecho. Finalmente, en lo referente a las prácticas, se identificaron inadecuadas prácticas en lo referente a la lactancia exclusiva, higiene antes y después de dar el pecho, mala técnica de amamantamiento y desconocimiento sobre otras posturas para amamantar. (Gutiérrez Flores & Vásquez Alemán, 2015)

El estudio “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” conducido por Cáceres, Siara y Canales, Dora, concluyó: “...cuando las madres encuestadas tienen problemas acuden a las madres, abuelas y al médico...”.

En este estudio se evidencia que referente a los conocimientos, la población en estudio contaba con una base adecuada, pues podían identificar conceptos de lactancia materna, así como señalar los aspectos correctos que involucran lactancia materna exclusiva y reconocieron los beneficios brindados por la misma a los bebés y a ellas mismas. También se determina la estrecha vinculación entre la escolaridad y el conocimiento de las ventajas de la lactancia materna. (Cáceres & Cánales, 2016)

1.2 Descripción del Problema

Nicaragua ha ejecutado diversas actividades y programas para la promoción y educación con respecto a la lactancia materna, a través de campañas, ferias, charlas y diversas actividades con respecto al tema. A través del Ministerio de Salud se ha enunciado la relevancia e importancia de esta práctica para mejorar la nutrición, protección y desarrollo de los lactantes.

Datos de ENDESA 2011/12, señalan que desde el año 2006, el porcentaje de niños que no recibieron lactancia materna pasó de un nivel de 1.9 a 6.0 y por otro lado los datos de desnutrición aguda (Peso/Edad) subieron de 0.5 a 0.7 en el país. Sin embargo, persisten creencias y situaciones económicas, educativas, sociales y culturales que entorpecen la decisión por parte de las madres de practicar la lactancia materna ya sea por malas actitudes, conocimientos erróneos y prácticas inadecuadas.

Las actividades e iniciativas para integrar activamente a la población femenina en la práctica de la Lactancia Materna, exige una constante capacitación e información, dirigida hacia las mujeres en principio, pero también integrando a todo el núcleo familiar. Y miembros del sistema de salud el país.

Considerando que la tasa de fecundidad en Nicaragua es de 90 nacimientos por cada mil adolescentes en 2011/2012. (Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social, 2016), y el abandono temprano de la lactancia materna por distintos factores, surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la lactancia materna en primigestas de 15 a 19 años que asistieron al hospital amistad México - Nicaragua, Ticuantepe, Managua en el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre 2019?

1.3 Justificación

La leche materna es considerada como la mejor y más completa fuente de nutrientes en los primeros meses de vida en la especie humana, sin embargo, llama mucho la atención el hecho paradójico del abandono temprano de su práctica, provocado en gran medida por la diversidad de tipos de leche y de sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, juntamente con factores biosocioculturales.

Nicaragua cuenta con un marco legal para impulsar estrategias y acciones, como la Ley de Soberanía y Seguridad Alimentaria (Ley 693), así como la Ley de Lactancia Materna (Ley 195), donde la práctica de lactancia materna juega un rol muy importante, así como la suscripción de compromisos por parte del país en foros Internacionales, como por ejemplo los objetivos de desarrollo del milenio en su informe de 2015, donde nuestra nación se compromete para impulsar dichos componentes.

La promoción de la salud es percibida como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, por lo que la promoción de la lactancia materna forma parte de las tareas de la promoción de la salud objetivo del MINSA, pues está ligada directamente con la práctica de estilos de vida saludable que a su vez incrementa o mejora la calidad de vida de cada individuo. Basados en la apropiación objetiva y comprometida de conocimientos que mantengan esta dinámica en la salud.

La captación de la información acerca de la lactancia materna es un componente estratégico, con la finalidad de que los resultados puedan ser utilizados a nivel municipal, departamental o nacional para el proceso de evaluación de los sistemas de salud, para impulsar programas y estrategias para elevar la promoción de la lactancia materna por parte del MINSA, en concordancia con las líneas de investigación de salud pública de interés para la UNAN.

El presente estudio se enfoca en el grupo de adolescentes, que si bien, se han estudiado en múltiples ocasiones, nunca se había abordado desde la perspectiva de las primigestas las cuales al momento del estudio nunca habían amamantado, lo que se constituye con un papel relevante

en cuanto a la mejoría de los planes de intervención de las unidades de salud en cuanto a las consejerías sobre lactancia materna y su influencia directa para lograr la lactancia materna conforme a las disposiciones de la OMS.

CAPITULO II: OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la Lactancia Materna en Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México - Nicaragua, Ticuantepe, Managua en el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre 2019.

2.2 Objetivos específicos

1. Valorar el nivel de conocimiento y fuentes de información referente a la lactancia materna que poseen las primigestas en estudio
2. Determinar las actitudes de las primigestas acerca de la lactancia materna, que asistieron al servicio de consulta externa del Hospital Amistad México-Nicaragua
3. Identificar las prácticas de las primigestas en estudio relacionadas a la lactancia materna
4. Desarrollar un plan de intervención educativa acerca de lactancia materna en la población adolescente del municipio de Ticuantepe.

CAPITULO III: MARCO TEÓRICO

3.1 Estudios de Conocimientos Actitudes y Prácticas

Los estudios tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. . (Modelos y Estrategias de Comunicación en Salud; y técnicas cualitativas.)

La encuesta CAP investiga el proceso por medio del cual el conocimiento, actitudes, y prácticas se transforman en comportamientos o estilos de vida en una población; y como esta misma tiene conductas individuales y colectivas debido a prácticas de autocuidado y las que impiden a otras realizarlo. Se basa en un cuestionario de preguntas cerradas y/o abiertas, aplicados a una muestra representativa de la población estudiada. . (Modelos y Estrategias de Comunicación en Salud; y técnicas cualitativas.)

3.2 Conocimientos

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El término conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga los presaberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento como noción, ciencia, sabiduría, entendimiento, inteligencia, razón natural. . (Modelos y Estrategias de Comunicación en Salud; y técnicas cualitativas.)

3.3 Actitudes

La actitud es una predisposición aprendida no innata y estable, aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Las actitudes son constructos desde los que se va a explicar el por qué y el cómo de la conducta humana. Las actitudes condicionan fuertemente las distintas respuestas a los

diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. De acuerdo con las definiciones dadas por diversos autores las actitudes son propias e individuales y esta sujetas al medio que rodea al individuo. . (Modelos y Estrategias de Comunicación en Salud; y técnicas cualitativas.)

3.4 Prácticas

La Real Academia de la Lengua Española define el término prácticas como los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo; que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil. También hace referencia a este el uso continuado de costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. Por lo tanto, las prácticas se podrían decir que son reacciones o actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida. . (Modelos y Estrategias de Comunicación en Salud; y técnicas cualitativas.)

Para el cambio de los conocimientos, actitudes y prácticas, se realizan estudios de indagación (Estudios CAP), a fin de precisar los niveles de información, valoración y experiencias de las personas. Posteriormente, se establecen estrategias de información, educación y comunicación para cambiar, mejorar o incorporar comportamientos saludables. (Modelos y Estrategias de Comunicación en Salud; y técnicas cualitativas.)

3.5 Conceptos generales sobre lactancia materna según lo dispuesto en la ley 295, se deberá entender los siguientes como

- Leche Materna: Es un fluido secretado por las glándulas mamarias de la mujer que contiene las sustancias necesarias para la protección psico-afectiva, el sano crecimiento y desarrollo integral de los niños y niñas. : (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 1999)
- Lactante: Es toda niña o niño hasta la edad de dos años cumplidos. (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 1999)

- Alimentos complementarios: es todo producto alimenticio procesado, manufacturado o industrializado local o internacionalmente. Incluida la pasteurización y preparación casera, destinados a complementar la alimentación de niñas y niños mayores de seis meses y que sean administrados después del amamantamiento. (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 1999)
- Sucedáneos de la leche materna: Es todo alimento comercializado, presentado u ofertado explícitamente o que induzca a su utilización como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin. (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 1999)
- Lactancia Materna: Es un proceso único que provee nutrición ideal para los niños y contribuye a su saludable crecimiento y desarrollo. Reduce la incidencia y la severidad de las enfermedades infecciosas, por lo tanto, disminuye la morbilidad y mortalidad infantil. Contribuye a la salud de la mujer reduciendo el riesgo de cáncer ovárico y del pecho y por aumentar el espacio entre embarazos. Provee beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación. Además, provee a la mayoría de las mujeres con un sentido de satisfacción cuando hay lactancia exitosa. (OMS/UNICEF, 1990)
- Alimentación con Fórmula: Cuando el lactante recibe productos alimenticios diseñados para suplir las necesidades nutricionales de los bebés menores de un año. Estos productos son entre otros, leches artificiales en polvo, líquidos concentrados y alimentos ya preparados. Dichas leches varían en nutrientes, número de calorías, sabor, capacidad para ser digerida y costo. (Cáceres & Cánales, 2016)
- Ablactación: Introducción de alimentos diferentes a la leche materna en la dieta del bebé. La OMS recomienda que se inicie hasta los 6 meses de edad y debe mantenerse la lactancia materna. Es el inicio del proceso del destete. (Cáceres & Cánales, 2016)
- Destete: Proceso que se inicia con la introducción del primer alimento que no sea leche materna, es un periodo de transición en que el lactante cambia progresivamente su forma de alimentarse. Debe hacerse de forma progresiva, iniciándose alrededor de los 6 meses, respetando las condiciones y circunstancias individuales. Puede iniciarse introduciendo frutas con cereal o puré de verduras, sin reemplazar la lactancia materna, la cual debe continuar en los horarios habituales. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010)

- Oxitocina: Hormona liberada ante el estímulo del pezón, bien por succión o manipulación, sin embargo, puede además liberarse por estímulos visuales, sonoros o emocionales, generalmente relacionados con el bebé. Estos estímulos alcanzan por diferentes vías los núcleos supraópticos y paraventriculares del hipotálamo, liberando oxitocina. De ahí viajan a las células mioepiteliales donde provocan la contracción de estas para facilitar la salida de la leche por los conductos. Esta función permite vencer la presión negativa provocada por la succión que ocluye la luz de los conductos al colapsar. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, pág. 52)
- Prolactina: Es la hormona más importante de la lactancia, tanto durante el desarrollo de la glándula en los primeros meses del embarazo como durante la lactogénesis. La secreción basal de esta hormona tiene un ritmo circadiano con incremento nocturno que depende del sueño y no de la hora del día. A esta secreción basal se añade otra liberación en forma de pulsos, variables en número y duración a lo largo del día. La concentración de Prolactina aumenta progresivamente durante el embarazo. Los estímulos sonoros, visuales o emotivos previos a la succión, no provocan la liberación. La succión frecuente del pezón agota la respuesta, consiguiéndose liberaciones más bajas si el intervalo entre los episodios de succión es inferior a 2 horas. Al contrario de lo que ocurre con la oxitocina, el estrés eleva la respuesta de la prolactina. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 51-52)

Principios Importantes para el Destete

- Empezar a los 6 meses de vida (Kliegman, Jenson, Behrman, & Stanton, 2008).
- Evitar alimentos con gran capacidad alergénica (Leche de vaca, huevo, pescado, nueces, soja) (Kliegman, Jenson, Behrman, & Stanton, 2008).
- En la edad adecuada, estimular el uso de una taza en lugar de biberón (Kliegman, Jenson, Behrman, & Stanton, 2008).
- Introducir un alimento cada vez (Kliegman, Jenson, Behrman, & Stanton, 2008).
- La densidad energética no debe superar la de la leche materna (Kliegman, Jenson, Behrman, & Stanton, 2008).
- Se necesitan alimentos que contengan hierro (carne, cereales con suplementos de hierro) (Kliegman, Jenson, Behrman, & Stanton, 2008).

- Se debe recomendar la ingesta de zinc en alimentos como la carne, los lácteos, el trigo y el arroz. (Kliegman, Jenson, Behrman, & Stanton, 2008).
- La ingesta de folatos debe ser baja para estimular la absorción de minerales (Kliegman, Jenson, Behrman, & Stanton, 2008).
- La leche materna se debería mantener hasta los 12 meses y después iniciar la leche de vaca o la fórmula. No se debe administrar más de 720 ml de leche de vaca diarios. (Kliegman, Jenson, Behrman, & Stanton, 2008) .
- Se deben evitar los líquidos distintos de la leche materna, de fórmula o el agua. No se deben administrar más de 120-180 ml de zumos de frutas. No se debe de dar sodas. (Kliegman, Jenson, Behrman, & Stanton, 2008).

3.6 Anatomía y fisiología de la lactancia Materna

Anatomía de la Glándula Mamaria

Las mamas están compuestas de glándulas secretoras, fascia superficial y la piel suprayacente. Se encuentra en la región pectoral en cada lado de la pared torácica anterior. Esta irrigada por las arterias y venas torácica interna que perforan la pared torácica anterior a cada lado del esternón para irrigar la zona anterior de la caja torácica. También las ramas de los segundos a cuarto espacios intercostales irrigan la zona antero medial de cada mama.

Los vasos linfáticos de la zona media de la mama acompañan a las arterias perforantes y drenan en los nódulos paraesternales en la superficie profundo de la pared torácica. Estos están asociados a la zona lateral de la mama, nacen de o drenan la región axilar de los miembros superiores. Las ramas lateral y anterior del cuarto a sexto nervios intercostales llevan la sensibilidad de la piel de la mama. (L. Drake, Vogl, & M. Mitchell, 2010).

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. Las bases del pezón están rodeadas por una zona oscura denominada aréola, la cual contiene fibras de tejido

conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. Contienen numerosas glándulas sebáceas denominadas “Glándulas o Tubérculos de Montgomery” que se aprecian claramente como poros levantados y se les atribuye la lubricación y odorización de la mama. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 28)

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 facilitado 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 estos 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. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 28)

Conductos: Transportan la leche desde el sitio de la producción, en el tejido glandular, hasta el sitio de almacenamiento (senos lactíferos). (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 29)

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. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 29)

Grasa y tejido de soporte: La mama está sujeta al cuerpo por medio de ligamentos (Ligamentos de Cooper), los que están entrelazados con el tejido graso, siendo este último el que determina el tamaño de las mamas. Durante el proceso de la lactancia, los ligamentos adquieren especial importancia, ya que les corresponde sostener “mayor carga”, por lo que pueden distenderse. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 29)

Nervios y vasos sanguíneos y vasos linfáticos: En la punta del pezón existen alrededor de los conductos galactóforos. Cuando el niño estimula adecuadamente (mediante la succión) estas terminaciones producen 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. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 29)

Fisiología de la Producción de la Leche

Durante el embarazo en preparación para la lactancia ocurren numerosos cambios fisiológicos que permitirán la lactancia exitosa, los cuales se enumeran en la normativa 060 del MINSA (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 30):

- Las hormonas luteales y placentarias producen aumento en el número de conductos y lobulillos.
- Los estrógenos estimulan la proliferación del sistema ductal.
- La progesterona incrementa el tamaño de los lóbulos, lobulillos y alveolos.
- La prolactina, que es inducida por los estrógenos, es indispensable para el desarrollo completo de los conductos y lobulillos.

Lactogénesis

Este proceso puede dividirse en 3 etapas:

- Etapa I: Se inicia durante el embarazo con el desarrollo de la capacidad para secretar leche. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 30):
- Etapa II: Inicia con la secreción copiosa de leche, lo que ocurre entre el segundo al quinto día posparto. 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. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 30):
- Etapa III: Se da con el proceso de maduración que ocurre después del quinto día posparto. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 30):

Lactopoyesis

La demanda del niño es el principal regulador de la cantidad de leche producida, los otros factores como nutrición, edad, composición corporal y paridad de la mujer 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. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 31):

La succión es un estímulo poderoso para la síntesis y creación de prolactina, la que es necesaria para la secreción láctea. Hasta los cinco días posparto 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 leche de la mama. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 31)

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. Por lo tanto, la salida de la leche es clave para mejorar la producción láctea. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 31)

Eyección Láctea

Constituye la expulsión de la secreción láctea que se produce por la contracción de las células musculares o microepiteliales de los alveolos 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, comienza a actuar el reflejo de producción/ secreción de lecho o reflejo de prolactina y el reflejo de eyección o de oxitócica. Estos reflejos permiten que la leche se produzca y salga en la cantidad adecuada en el momento que se necesita. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 32)

3.7 Composición de la leche materna

Los principales componentes de la leche son: Agua, proteína hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, enzimas y hormonas. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)

- Agua: La leche materna contiene 90% de agua. Su osmolaridad semejante al plasma permite mantener un perfecto equilibrio electrolítico. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)
- Proteínas: Entre los mamíferos, la leche humana posee la concentración más baja de proteínas (0.9 g/100ml). La proteína de la leche humana está compuesta de 40% caseína y 60% proteínas del suero. La caseína de la leche humana está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. Las proteínas del suero son entre otras: alfa-lactoalbúmina, lactoferrina, seroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas. La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifica progresivamente hasta llegar al nivel que se mantendrá en la leche madura, más o menos a los 14 días postparto. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)
- Hidratos de carbono: El principal es la lactosa, disacárido compuesto de glucosa y galactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa 7.3 gr/dL. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otra función, la porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central. La alta concentración de lactosa, facilita la absorción de calcio, hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)
- Grasas: Junto con el volumen, es el componente más variable de la leche humana. Las concentraciones de grasa aumentan desde 2g/ 100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4-4.5 g/ 100ml a los 15 días postparto. Hay fluctuaciones diurnas, con más concentración después del mediodía. También hay importante variación dentro de una misma mamada, siendo la segunda leche 4-5 veces más concentrada en grasa que la primera. La composición de los ácidos grasos varía según la dieta del embarazo y durante la lactancia. La leche materna proporciona el 40% de las calorías en forma de grasa. Además, es rica en colesterol, con niveles que progresivamente decrecen durante los primeros 36 días, para estabilizarse después de los 50 días post parto en 20mg/100 ml. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)

- Vitaminas. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)
 - Vitaminas Liposolubles
 - Vitamina A: Es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura. Su predecesor, el betacaroteno es un potente antioxidante.
 - Vitamina K: Es mayor su concentración en el calostro que en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal. Cuando no se da el Calostro o la leche temprana el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor.
 - Vitamina E: En la leche humana el contenido de esta cubre las necesidades del niño, a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin aumento paralelo de vitamina E.
 - Vitamina D: Necesaria para la absorción de calcio y de fósforo. La leche humana tiene un contenido bajo (0.15 mg/100 ml)
 - Vitaminas Hidrosolubles
 - Ácido Fólico: Esencial para la síntesis de hemoglobina y de aminoácidos. Interviene en la síntesis de ADN y ARN.
 - Niacina, Riboflavina (B2), Tiamina (B1), Piridoxina (B6), Cobalamina (B12): Necesarias para el metabolismo de las proteínas y de la energía. La tiamina es esencial para la conversión de los carbohidratos dentro del sistema muscular y nervioso. La concentración de vitamina B12 en la leche humana es muy baja, pero su biodisponibilidad aumenta por la presencia de un factor específico de transferencia.
 - Vitamina C: Interviene en la formación e integridad de los tejidos, en especial en el tejido conectivo y vascular. Aumenta la absorción de hierro.
- Minerales:
 - Calcio y fósforo: La relación calcio-fosforo en la leche humana es de 2:1.
 - Hierro: La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de interacciones complejas entre los componentes de la leche y el

organismo de los niños. El hierro de la leche humana se absorbe en un 49%, el de la leche de vaca un 10% y el de las fórmulas enriquecidas con hierro solo 4%. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)

- Zinc: Esencial para la estructura y funcionamiento de las enzimas y para el crecimiento e inmunidad celular. La concentración de zinc en la leche humana es pequeña pero suficiente para cubrir las necesidades del lactante sin alterar la absorción del hierro y cobre. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)
- Elementos Traza
 - Cobre, selenio: La leche humana contiene niveles más elevados que los que contiene la leche de vaca. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)
 - Cromo, Manganeso, Aluminio: La concentración del cromo es similar al del plasma y de la orina. El manganeso se encuentra en un 81% en el suero de la leche, 11% en la caseína y 8% en la porción grasa de la leche. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)
 - Plomo y Cadmio: Aunque la madre exceda la infesta estándar de la OMS (0.1 mg/100 ml), la ingesta en el lactante es mucho menor. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)
 - Yodo: Puede encontrarse en pequeñas cantidades. El tabaquismo reduce la excreción de yodo. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)
 - Sodio y Potasio: Los niveles de Potasio son mucho más alto que los de sodio, similares a las proporciones de los fluidos intracelulares. Los niveles de electrolitos varían en el día y a medida que progresa la lactancia. No tienen relación con la dieta de la madre. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)
- Otras Sustancia
 - Hormonas: Oxitocina, Prolactina, Esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas, Hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), Factor de liberación de hormona del crecimiento (DRF), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina son mayores en la leche materna que en la sangre

materna. Hormona de liberación de Tirotropina (TRH), Hormona Tiroideo Estimulante (TSH), Tiroxina, Triyodotironina y Eritropoyetina se encuentran en menores niveles con respecto al suero materno. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)

- Nucleótidos: Consisten en ácido fosfórico combinados con un azúcar y una purina o un derivado de pirimidinas. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)
- Enzimas: Enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, xantino-oxidasa, cuyas funciones son importantes para el desarrollo neonatal, así como otras que aumentan las enzimas digestivas propias del infante (alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales biliares). (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010, págs. 85-93)

3.8 Tipos de Leche

La leche materna es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a las diferentes necesidades del lactante. Durante la duración de la lactancia, esta cambiará para adecuarse a los requerimientos. Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son calostro, leche de transición, leche madura y leche del prematuro. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 59-62)

- Calostro: Durante el último trimestre de la gestación, la glándula mamaria acumula en el lumen de los alveolos una sustancia llamada pre-calostro, formada principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa. Durante los primeros 4 días después del parto se produce el Calostro, un fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. Tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles, PTH y nucleótidos que la leche madura, sin embargo, contiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos que la leche madura. De igual manera, tiene un mayor contenido de minerales como sodio, zinc, hierro, azufre, selenio, manganeso y potasio. Tiene un muy elevado contenido de inmunoglobulinas especialmente IgA, lactoferrina, células (linfocitos y macrófagos), oligosacáridos,

citoquinas y otros factores defensivos que protegen a los recién nacidos de los gérmenes ambientales y favorecen la maduración de su sistema defensivo. El calostro está adaptado a las necesidades específicas del neonato porque sus riñones inmaduros no pueden manejar grandes cantidades de líquidos y además facilitan la evacuación de meconio evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 59-62)

- **Leche de Transición:** Es la leche que se produce entre el día 4 al 15 postparto. Entre el día 4-6 se produce un aumento brusco en la producción de leche (Subida de la leche), que sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de entre 600-700 ml día entre los 15 y 30 días postparto. Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 59-62)
- **Leche madura:** Tiene una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. El volumen promedio producido es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto. En caso de gemelos, se producirá suficiente volumen para cada uno de ellos. Cuando la lactancia involucrena pasa por una fase calostrada antes de desaparecer la secreción de leche. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 59-62)
- **Leche del Prematuro:** En caso de que el bebé sea prematuro, la madre produce durante un mes una leche de composición diferente, que se adapta a las características especiales del prematuro. Tiene mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico. Los niveles de minerales son parecidos a los del término, así como las concentraciones de vitaminas del grupo B. Sin embargo, las vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA son superiores en la leche del prematuro. Es más pobre en lactosa y vitamina C que la leche madura del de término. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 59-62)

3.9 Reflejos involucrados durante la lactancia

Reflejo de la Madre

- **Reflejo de producción y secreción:** Mediado por prolactina y dependiente básicamente de la succión o extracción de leche. El estímulo de las terminaciones nerviosas sensitivas

que se encuentran en el pezón, viaja a través de los nervios (nervio vago) hacia el Hipotálamo, de donde parte a la Hipófisis anterior, produciéndose la liberación de la Prolactina, que actúa en los alveolos sobre las células productoras de leche. Entre más mame el bebé, mayor será la liberación de prolactina y mayor la producción y secreción de leche. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 32-34)

- Reflejo de Eyección: Los impulsos de los nervios sensitivos que se originan con la succión del niño en el pezón, hacen que en la Hipófisis Posterior se libere oxitocina, la cual viaja a través del torrente sanguíneo y alcanza las células epiteliales que están alrededor de los alveolos, provocando su contracción para expulsar la leche hacia los conductos que la llevarán hasta los senos lactíferos de donde será extraída por el bebé 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 en respuesta a estos estímulos, provoque vasoconstricción alrededor de los alveolos, impidiendo el paso de la Oxitocina a las células epiteliales. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 32-34)

Reflejo en el niño

- Reflejo de Búsqueda: Si algo toca la mejilla del bebé, este abre la boca y se voltea hacia el lado de donde proviene el estímulo táctil, tratando de buscar el pezón de donde succionar. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 32-34)
 - Búsqueda (Boque activo): Se abre ampliamente la mandíbula, la lengua sobrepasa la encía inferior, llega al labio inferior y forma un surco.
 - Toma el pezón: El pezón, introducido por la lengua, ocupa completamente la boca. Los labios permanecen relajados.
- Reflejo de Succión: La lengua realiza movimientos ondulares, queda hacia delante sobre la encía inferior, ahuecadas en forma de surcos. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 32-34)
- Reflejo de Deglución: El bebé deglute de forma refleja el líquido que llena su boca, es la que permite que los líquidos pasen al tracto digestivo. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 32-34)

3.10 Beneficios de la Lactancia Materna

Los beneficios de la Lactancia Materna no son exclusivos para el bebé. Por lo que la Normativa 060 del Ministerio de Salud de Nicaragua, establece diferentes beneficios que caen en diferentes categorías.

1. Beneficios en el niño

a. Nutrición y Crecimiento:

- i. **Alimento Óptimo:** La lactancia materna es el mejor alimento en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes. Se adecua a las necesidades del bebe en la medida que crece y se desarrolla. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)
- ii. **Fácil digestibilidad:** Posea una 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 de los niños, preparándolos para recibir oportunamente otros alimentos. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)
- iii. **Crecimiento y Desarrollo óptimo:** Los bebés alimentados exclusivamente hasta los 6 meses de edad con leche materna tienen un crecimiento y desarrollo adecuado. Este crecimiento y desarrollo se mantiene optimo iniciando posterior a los 6 meses, alimentación complementaria, manteniendo la lactancia materna hasta al menos los 2 años. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)
- iv. **Alimento adecuado para prematuros:** Para bebés prematuros, la madre produce leche adecuada y adaptada a sus necesidades. Esta está compuesta por una cantidad menor de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)

b. Desarrollo Psico-motor

- i. Organización Sensorial: El contacto físico entre el bebé y la madre durante el amamantamiento permite el desarrollo adecuado de sus patrones sensoriales. Se ha demostrado que niños amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, tacto, olfato, visión y audición) que los alimentados con biberón y fórmula. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)
- ii. Organización bio-cronológica y del estado de alerta: Durante al menos tres meses, el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar su propio ritmo basal y su estado de alerta, disminuyendo así el riesgo de apnea prolongada, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)
- iii. Patrones afectivos – emocionales: El bebé 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. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)
- iv. Desarrollo Intelectual: La lactancia materna garantiza niños más activos, que presentan un mejor desarrollo psicomotor, mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje. La lactancia natural se asocia con mayor coeficiente intelectual del bebé. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)
- v. Desarrollo dentó-maxilar y facial: Del equilibrio funcional de la succión –deglución –respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dentó –maxilo – facial y la maduración de las funciones bucales: masticación, mímica y fono – articulación del lenguaje. Los bebés amamantados 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 orofaríngeas. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)

c. Protección

- i. El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (IgA) que protege al bebé mientras aumentan su capacidad de producirla. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)
- ii. Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)
- iii. Protección inmunológica: La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el bebé y sentar las bases de una buena salud general para el adulto. Disminuye el riesgo de presentar enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)
- iv. Protección relacionada en la prevención de la Diarrea. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)

d. Otros: (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 10-11)

- i. Previene la maloclusión.
- ii. En prematuros previene enterocolitis necrotizante.
- iii. Optimiza el desarrollo cerebral.
- iv. Disminuye el riesgo de muerte súbita.

2. Beneficios en la Madre

a. Recuperación Fisiológica posparto

- i. 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. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 119-123)
 - ii. Recuperación de 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. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 119-123)
 - iii. Recuperación de los pechos: La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evitan su congestión y reduce los depósitos de grasa acumulada, durante el embarazo, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de su estructura. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 119-123)
- b. De carácter físico
- i. Prevención del 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 periodos de anovulación tal como ocurre en el embarazo. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 119-123)
 - ii. 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. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 119-123)

- iii. Comodidad: Evita las molestias de lavado y hervido de biberones, así como la preparación de alimentos especiales para el bebé. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 119-123)

c. De carácter Emocional

- i. Establecimiento del apego: El amamantamiento, especialmente si se inicia después del parto produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo, estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o “apego”, induciendo en la madre un sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su bebe. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 119-123)
- ii. Satisfacción emocional de la madre: La intensa unión e interdependencia de la madre con su bebe, producen en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 119-123)

3. Beneficios en la Familia

a. Refuerzo de lazos afectivos familiares

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

b. Prevención del maltrato infantil

Una madre que amamanta a su bebé, 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 amenorreica, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. El MELA (Método de Lactancia y Amenorrea) es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos.

4. Beneficios en la comunidad

a. Disminución de la morbimortalidad infantil

Si todas las madres del mundo amamantasen a sus bebés por lo menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños y niñas anualmente, debido principalmente al efecto protector y nutricional de la leche materna. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 13-14)

b. Economía de recursos

La lactancia materna permite ahorrar recursos económicos en lo referente a los costos por adquirir: (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 13-14)

- Leche de vaca o 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 enferm@.
- Producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

5. Beneficios Ecológicos

- La leche materna es un recurso natural, renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 13-14)
- Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población, al espaciar los nacimientos. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 13-14)
- No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación, protegiendo de esta forma el medio ambiente. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 13-14)
- No implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 13-14)
- No necesita preparación ni uso de fuentes de energía. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 13-14)
- No requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 13-14)
- Conserva el agua y otros recursos naturales (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 13-14)

3.11 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. Desde el punto de vista psicosocial, una de las razones aducidas para no amamantar es la necesidad de trabajar para afrontar las necesidades personales y económicas del hogar y así contribuir con el gasto familiar. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 17-19)

Debe de considerarse que otro aspecto que podría afectar la psiquis de la madre, es debido a la gran publicidad en torno a la lactancia natural, por lo cual algunas madres podrían sentirse frustradas y culpables. Estos pueden provenir de fuentes internas y externas. Internamente la madre puede percibirse como que no es “buena madre” por no amamantar. Mientras que la fuente externa se da en el ambiente (familiares, amigos, vecinos, etc.) que juzgan a priori a la madre sin atender sus dudas e inquietudes. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, pág. 17)

“La experiencia clínica ha observado a muchas mujeres – sobre todo primíparas – que antes de que naciera su hijo (a) reportaban un gran deseo de darles 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” (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 17-19)

Ante estos problemas, el Ministerio de Salud de Nicaragua recomienda que durante la atención prenatal el trabajador de la salud haga hincapié en: (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 17-19)

- Establecer un clima que favorezca la confianza para que la madre haga preguntas, exprese sus dudas y temores.
- Ser amable y escuchar sus problemas prestando interés.
- Asegurar que todas las mamás comprendan las ventajas del amamantamiento.
- Brindar la información necesaria a la embarazada para que ella tome sus propias decisiones y respetarlas.
- Promover un ambiente de seguridad sobre su capacidad de amamantar.
- Preguntar a la madre si amamantó a otros hijos y cuál fue su experiencia. Si tuvo dificultades, explicarle como prevenirlas y si todo fue bien, animarla a repetir la experiencia.

Además, debe de aclarar las ideas, mitos y creencias que se tiene sobre la lactancia materna en las diferentes situaciones que atraviesa la madre. Para promover un ambiente positivo que favorezca el proceso de amamantamiento. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 17-19)

3.12 Preparación Física de la Madre

Durante el primer control prenatal, el trabajador de la salud debe realizar un detenido examen mamario, como parte de la evaluación integral a la mujer, para darle seguridad a la madre de que si puede amamantar a su bebé y detectar tempranamente algún problema y ayudar a corregirlo. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 20-26)

Es importante observar la forma, tamaño, simetría, indicios de cirugías anteriores, formación de hoyuelos, descamaciones, cambios de coloración, dureza de las mamas a la palpación, etc. Si se detecta alguna anomalía se debe referir a la paciente para un examen especializado. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 20-26)

Al interactuar con la madre, se debe dejar en claro que el tamaño y la forma de los pechos no tienen efecto alguno sobre la producción de la leche y que 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, sin embargo, estas variaciones no afectan la capacidad de amamantar. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 20-26)

Para evaluar la capacidad de estiramiento del pezón, se debe presionar la aréola a cualquier lado del pezón. Esto hace que la mayoría de los pezones sobresalgan y se vean más grandes. Trate de estirar suavemente el pezón y la aréola de manera que formen una tetilla. Si el pezón sale fácilmente es protráctil, si el pezón se estira solamente un poco se dice que es pobremente protráctil y si el pezón en vez de salir, se entierra más profundamente es un pezón invertido. Tanto si el pezón es protráctil o no lo es, debe tranquilizarse a la madre, asegurándole que puede amamantar, dado que el bebé para succionar se acopla a la aréola y no al pezón. (Ministerio de Salud MINSA, 2010, págs. 20-26)

3.13 Técnica de Amamantamiento

El éxito de la lactancia depende de que la técnica de amamantamiento sea correcta. Un elevado porcentaje de problemas precoces se producen por errores al poner al bebé al pecho. Cuando la postura es incorrecta se forman grietas dolorosas, maceración del pezón y la mandíbula y lengua

del bebé pueden ser incapaces de extraer leche de forma efectiva. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, pág. 184)

Se puede dar el pecho en cualquier circunstancia, sin embargo, será más cómodo para la madre un lugar tranquilo, sin mucho ruido y sin iluminación excesiva. El bebé debe tomar el pecho de frente, sin torcer la cara, de forma que los labios superiores e inferiores estén evertidos alrededor de la areola, permitiendo que introduzcan pezón y gran parte de la areola dentro de la boca. Tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la areola formando un cinturón muscular que haga micromasaje en la zona de los senos lactíferos. Nunca debe de succionarse solo el pezón. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, pág. 184)

Es importante la forma de ofrecer el pecho al niño. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, pág. 185)

- El bebé debe de ser colocado frente al pecho con su boca a la altura del pezón. La madre no debe torcer su espalda o forzar la postura.
- El cuerpo del bebé debe estar próximo al de la madre, abdomen tocando al de la madre, con la cabeza y hombros orientados mirando de frente al pecho.
- El pezón debe orientarse hacia el paladar, esto ayuda a colocar el labio inferior y la mandíbula por debajo del pezón.
- Evitar que el bebé este demasiado alto, que implique que tenga que flexionar el cuello y su nariz quede aplastada contra el pecho.
- La madre sujeta y presenta el pecho al bebé con una mano. Con la otra mano sujeta al bebé y lo dirige al pecho.
- Las madres deben sujetar el pecho desde la base, apoyando sus dedos sobre las costillas. Además, puede sujetar el pecho en forma de copa o C, poniendo su pulgar encima del pecho, lejos del pezón y los cuatro dedos restantes por debajo. Importante no colocar los dedos en forma de tijera ya que dificultan la extracción de leche.
- Los bebés son capaces de mostrar saciedad, por lo que al terminar de mamar, se sueltan espontáneamente. No se debe retirar bruscamente del pecho ya que puede dañarse el pezón.

- Para separar al bebé del pecho, introducir entre las comisuras de la boca el dedo meñique hasta las encías, rompiéndose la succión para poder separar al bebé.

Posturas Maternas

- Posición del niño con la madre acostada: Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente. El rostro del bebé de frente al pecho y el abdomen pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada. La cabeza del niño se apoya sobre el brazo de la madre. Postura útil por la noche y en caso de cesárea. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 187-189)
- Posición tradicional o de cuna: El bebé esta recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado en que amamantara. La cabeza del niño se apoya en la parte interna del ángulo del codo y se orienta en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. Abdomen del bebe en contacto con el de su madre. La mano del brazo que sujeta al bebé, sostiene la región glútea. La mano libre, sujeta el pecho en forma de “C” y lo ofrece. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 187-189)
- Posición de cuna Cruzada: Variante de la posición anterior en la que la madre sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta en posición “U”. La mano libre sujeta la cabeza del niño por la espalda y la nuca. Esta postura requiere de una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 187-189)
- Posición de canasto o de futbol americano: El bebé se coloca por debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo del bebé rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado en el que amamanta, sujetándole por la nuca. Postura muy útil en caso de cesárea o para amamantar a dos bebés a la vez. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 187-189)
- Posición sentada: El bebé se sienta vertical frente al pecho materno con sus piernas hacia un lado o bien montado sobre el muslo de la madre. La madre sujeta el tronco del niño con el antebrazo del lado que amamanta. Esta postura es cómoda para mamas muy

grandes, grietas niños hipotónicos y reflejo de eyección exagerado. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, págs. 187-189)

Extracción y Almacenamiento de la Leche

Extracción

- Extracción Manual

Para provocar un efecto parecido al provocado por el reflejo de succión del lactante, se debe iniciar masajeando el pecho. Se debe friccionar con las yemas de los dedos desde la base del pecho hacia la areola, se recomienda también una ducha previa con agua caliente. Posteriormente se coloca la mano en forma de “C” apoyando el dedo pulgar en la parte superior del pecho a unos 3 cm de la areola y la palma de la mano en la parte inferior. Se hace un movimiento de “ordeño”, es decir se fricciona el pecho hacia atrás y hacia adelante a la vez que se presiona como si se quisieran juntar los dedos. No se debe deslizar los dedos sobre la piel. El movimiento de ordeño debe repetirse pausada y rítmicamente, alternando ambos pechos cada 5-10 minutos de manera que resulte cómodo ya que la extracción manual puede durar entre 20-30 minutos. (Gobierno Autonomo de la Rioja, 2010, págs. 62-67)

- Extracción con Sacaleches

Previo a iniciar es conveniente dar un masaje en los pechos de la misma forma en que se describió anteriormente. (Gobierno Autonomo de la Rioja, 2010, págs. 62-67)

- Sacaleches Manual:

El modelo más sencillo hace el vacío para que la leche materna fluya al exterior a cada impulso del embolo. El modelo más avanzado permite el sistema de extracción en dos fases, imitando el ritmo de succión del bebé. Indicados para la extracción de leche ocasional. (Gobierno Autonomo de la Rioja, 2010, págs. 62-67)

- Sacaleches Mini eléctricos

Permiten la extracción de leche de manera más rápida y con mayor frecuencia. Funcionan con red eléctrica o pilas. La opción de succión doble reduce el tiempo de extracción y estimula la producción de leche. Son más costosos. (Gobierno Autonomo de la Rioja, 2010, págs. 62-67)

- Sacaleches eléctricos manos libres

Mayor comodidad y más leche en menos tiempo y sin necesidad de utilizar las manos. Son de tamaño reducido, muy silenciosos y de extracción doble o sencilla. Indicado para uso diario, frecuente y prolongado. (Gobierno Autonomo de la Rioja, 2010, págs. 62-67)

- Sacaleches eléctrico para uso hospitalario y alquiler en el hogar

Ideal para uso a largo plazo y con extracciones frecuentes, para bebés prematuros, gemelos y cuando hay escasa producción de leche. (Gobierno Autonomo de la Rioja, 2010, págs. 62-67)

Almacenamiento

Debe de conservarse en un recipiente de plástico sin pvc, no de vidrio ya que los leucocitos se adhieren al vidrio y terminarían perdiéndose. Es conveniente guardarla en pequeñas cantidades de 50-100 cc o bien calculando la cantidad que vaya a tomar el bebé en cada toma. Se recomienda colocar una etiqueta en el recipiente señalando la fecha y la hora de la extracción. (Gobierno Autonomo de la Rioja, 2010, págs. 62-67)

Dependiendo de donde se almacene la leche, se indica el tiempo que esta permanece en condiciones óptimas. Se debe recordar que la leche congelada pierde las “defensas” por lo que siempre que se pueda se debe evitar esta conservación. (Gobierno Autonomo de la Rioja, 2010, págs. 62-67)

- Calostro recién extraído:
 - Temperatura ambiente entre 27-32 grados, se mantiene aceptable para su uso entre 12-24 horas
 - En frigorífico hasta 24 horas
- Leche recién extraída
 - A temperatura ambiente: 6-8 horas (si la temperatura no supera los 25 grados Celsius)
 - En frigorífico: 3-5 días
 - En congelador: 2 semanas (si el congelador es con puerta separado puede durar hasta 3 meses)
 - En arcón congelador: hasta 6 meses
- Leche congelada previamente
 - Una vez descongelada lentamente en el frigorífico y no se haya calentado

- A temperatura ambiente: 3 horas
- En el frigorífico: 1 día
- Leche descongelada y calentada para su uso
 - A temperatura ambiente: hasta que termine la toma
 - En frigorífico: 4 horas

Una vez calentada la leche, si no se ha tomado todo, se debe de tirar el sobrante. Nunca se debe de descongelar en microondas, baño maría, o calentar directamente en el fuego. Nunca se debe congelar la leche una vez descongelada.

3.14 Mitos sobre la lactancia materna.

Mito: Las mujeres con pecho pequeños no pueden amamantar. Realidad: El tamaño de los pechos no influye en la lactancia. (UNICEF, 2017)

Mito: No todas las mujeres producen leche de buena calidad/ No todas las mujeres producen leche suficiente para satisfacer al bebé. Realidad: Todas las mujeres producen leche de buena calidad y en cantidad suficiente porque la lactancia es un proceso regido por la ley de la oferta y demanda. (UNICEF, 2017)

Mito: La madre no puede comer ciertos alimentos durante la lactancia. Realidad: En todo el periodo de gestación y durante la lactancia, la mujer necesita una dieta balanceada. No hay alimentos que aumenten o disminuyan la producción de leche. A mayor succión corresponde una mayor producción de leche. (UNICEF, 2017)

Mito: Si la madre está enojada o asustada no debe dar de lactar. Realidad: El estrés o miedo extremo puede aletargar el flujo de leche, pero se trata de una respuesta temporal del organismo ante la ansiedad. (UNICEF, 2017)

Mito: Si las madres están embarazadas de otro bebé, deben dejar de amamantar. Realidad: Aun estando embarazada de otro bebé la madre puede seguir amamantando. Algunas hormonas que

el cuerpo produce en el periodo de gestación, pueden cambiar el sabor de la leche (no su calidad) y por lo tanto el niño podrá progresivamente dejar de lactar. (UNICEF, 2017)

Mito: La mujer que lacta no puede tener relaciones sexuales porque la leche se daña. Realidad: Las relaciones sexuales no dañan la leche. (UNICEF, 2017)

Mito: Si la madre está enferma, no debe dar de lactar y si sigue lactando no puede tomar medicación. Realidad: SI la mujer está enferma (Gripe, resfriado, tos, etc) puede amamantar. Si se trata de otra enfermedad más grave, antes de tomar cualquier medicación, deberá consultar al médico. (UNICEF, 2017)

Mito: Una vez que se interrumpe la lactancia no se puede volver a amamantar. Realidad: Con una técnica adecuada y apoyo, tanto las madres como los bebés pueden retomar la lactancia, luego de un cambio de leche materna a formula. Esta práctica es vital durante una emergencia. (UNICEF, 2017)

Mito: El calostro debería ser desechado porque es sucio y antihigiénico. Realidad: El calostro no se debe desechar porque contiene muchos nutrientes y factores de defensa que fortalecen el sistema inmunológico del bebe. Es como una vacuna. (UNICEF, 2017)

Mito: El calostro es amarillo porque ha permanecido mucho tiempo en el pecho y por eso está podrido. Realidad: Es amarillo porque esté rico en betacarotenos. Además, contiene proteínas, vitaminas y es altamente nutritivo. (UNICEF, 2017)

Mito: El bebé no debería succionar hasta que salga la leche blanca. Realidad: La lactancia debe iniciar en la primera media hora después del parto. La madre no debe esperar a que baje la leche blanca para dar de amamantar. (UNICEF, 2017)

Mito: Los niños se deben amamantar por más tiempo que las niñas porque si no estas últimas serán más fértiles en edad adulta. Realidad: La leche materna hace que los niños crezcan sanos,

fuertes e inteligentes. Hay que amamantar niños y niñas por el mismo tiempo, sin diferencias. (UNICEF, 2017)

Mito: Se debe dejar de amamantar cuando el niño o la niña aprendan a caminar. Realidad: Los bebés deben ser alimentados solo con leche materna hasta los 6 meses. De los 6 meses hasta los dos años, hay que completar el consumo de leche materna con otros alimentos. (UNICEF, 2017)

Mito: Se debe introducir uvas antes de los seis meses para que el niño aprenda a hablar más rápido. Realidad: No se debe de introducir alimentos líquidos o sólidos antes que el bebé cumpla 6 meses. No hay ninguna evidencia científica que las uvas contribuyan a que el niño o la niña hablen antes. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, pág. 361)

Mito: Los bebés necesitan beber aguas aromáticas, té y colados para fortalecer el estómago, o si están enfermos y tienen diarrea. Realidad: La leche está compuesta en un 90% agua, por lo tanto, los bebés no necesitan líquidos adicionales. La mejor manera de fortalecer el bebé es dándole leche materna todas las veces que la pida. Si la diarrea es severa, consulte a su médico. (UNICEF, 2017)

Mito: El biberón es inofensivo e higiénico. Realidad: Una higiene incorrecta de los utensilios de alimentación del bebé puede provocar infecciones. El uso prolongado del biberón perjudica a la dentición y al habla del bebé. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, pág. 361)

Mito: La lactancia prolongada deforma los pechos. Realidad: El aspecto de los pechos está determinado por factores como edad, factores genéticos, cantidad de grasa corporal. Además, se van deformando poco a poco con cada periodo de menstruación por los cambios hormonales del ciclo. La lactancia influye poco en la deformación de las mamas. El ejercicio muscular de la zona ayuda a mantener el grado de firmeza. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, pág. 361)

CAPITULO IV: HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN Y CUADRO DE
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

4.1 Hipótesis

Para la presente investigación y considerando las orientaciones en normativa de salud sobre los momentos para la consejería sobre lactancia materna, se planteó la siguiente hipótesis.

Las pacientes primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua, del municipio de Ticuantepe, Managua en el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2019, tiene un buen nivel de conocimientos actitudes y prácticas en relación con la lactancia materna.

4.2 Cuadro de operacionalización de variables.

Objetivo Específico N° 1: Valorar el conocimiento referente a la lactancia materna que poseen las primigestas en estudio			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Conocimientos sobre la duración de la lactancia materna	Bases teóricas que maneja la adolescente primigesta con respecto a la duración de la lactancia materna	Desde el nacimiento hasta los 2 años Dura 6 meses Duración 1 año Cada vez que el niño lo pida	Si No No sabe
Conocimientos en relación con la preparación de la madre para la lactancia materna	Bases teóricas que maneja la adolescente primigesta con respecto a la preparación para la lactancia materna	Preparar los pezones ayuda la LM La LM ayuda a prevenir el cáncer Todas las mujeres están preparadas Hay que comer más	Si No No sabe
Conocimientos en relación con los beneficios para la madre	Bases teóricas que maneja la adolescente primigesta con respecto a los beneficios de lactancia materna para la madre	Disminuye el riesgo de diabetes Disminuye el riesgo de cáncer de ovario Las mujeres trabajadoras pueden continuar la LM Ayuda a la recuperación después del parto	Si No No sabe

Conocimientos en relación con los beneficios para el bebé	Bases teóricas que maneja la adolescente primigesta con respecto a los beneficios de lactancia materna para el bebé	Ayuda a una relación de afecto Desarrollan mayor inteligencia Protege de las infecciones	Si No No sabe
Conocimientos sobre las técnicas adecuadas para LM	Bases teóricas que maneja la adolescente primigesta con respecto a la técnica adecuada para la lactancia materna	Deben lavarse las manos Colocarse en una posición cómoda Posición abdomen con abdomen Al terminar retirar el pezón	Si No No sabe

Objetivo específico N° 2: Determinar las actitudes de las primigestas acerca de la lactancia materna, que asistieron al servicio de consulta externa del Hospital Amistad México-Nicaragua			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Actitud ante la duración de la lactancia materna	Es el comportamiento habitual de la adolescente primigesta frente a la duración de la lactancia materna.	Comportamiento de la adolescente hacia el Tiempo de brindar LM	Escala de Likert modificada De acuerdo (A) Indeciso (I) En desacuerdo (DA)
Actitud ante la Opinión de las mujeres acerca de la lactancia materna	Es el comportamiento habitual de la adolescente primigesta frente a la opinión de las mujeres acerca de la lactancia materna.	Comportamiento ante la opinión de otras mujeres con respecto a la LM	Escala de Likert modificada De acuerdo (A) Indeciso (I) En desacuerdo (DA)
Actitud ante las Complicaciones de la lactancia materna	Es el comportamiento habitual de la adolescente primigesta frente a las complicaciones de la lactancia materna.	Comportamiento de las adolescentes ante las complicaciones de LM	Escala de Likert modificada De acuerdo (A) Indeciso (I) En desacuerdo (DA)

Objetivo específico No. 3: Identificar las prácticas acerca de la Lactancia Materna que poseen las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al servicio de consulta externa del Hospital Amistad México-Nicaragua, en el periodo de estudio			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Prácticas realizadas por la primigesta adolescente durante la técnica de amamantamiento.	Actividades o hábitos de las primigestas adolescentes de acuerdo con las técnicas de amamantamiento.	Se lava las manos antes de darle lactancia materna a su bebé.	Si No
		Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebé, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados	Si No
		Coloca la cabeza del bebé en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera	Si No
		Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial	Si No
		Acerca al bebé contra el seno en contacto abdomen con abdomen	Si No
		Introduce el pezón y la areola cuando el bebé abre la boca completamente	Si No
		Los labios del bebé permanecen evertidos (boca de pescado)	Si No

		Permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos	Si No
		Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial.	Si No

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

Tipo de estudio

De acuerdo con el enfoque de estudio: Cuantitativo

De acuerdo con el análisis y alcances de los resultados: Aplicada

De acuerdo con la ocurrencia de los hechos: Retrospectivo

De acuerdo con el período y secuencia de investigación: Transversal (OPS/OMS, 2002).
(Gordillo Moscoso & Medina Moreno, 2012)

Área de estudio

El estudio fue realizado en la consulta externa del servicio de Obstetricia, del Hospital Amistad México - Nicaragua, del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua

Período de estudio

El estudio fue realizado en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre de 2019.

Universo

Fue conformado por **310 Primigestas de 15 a 19 años** que asistieron a la consulta externa de obstetricia del Hospital Amistad México - Nicaragua, del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo de 1° Julio al 31 de Diciembre 2019, de acuerdo a datos suministrados por el Departamento de Estadísticas.

Muestra

Estuvo conformada por **172 pacientes primigestas de 15 a 19 años** que asistieron a consulta externa del Hospital Amistad México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre de 2019

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), en el presente estudio se valorará un valor del 5% (0.05)

Primigestas de 15 a 19 años del hospital amistad México – Nicaragua. Ticuantepe = 310

Dónde:

$$n = \frac{(310)(0.5)^2(1.96)^2}{(310-1)(0.05)^2 + [(0.5)^2 \times (1.96)^2]}$$

$$n = \frac{310 \times 0.25 \times 3.8416}{(309 \times 0.0025) + [0.25 \times 3.8416]}$$

$$n = \frac{297.7240}{0.7725 + 0.9604}$$

$$n = \frac{297.7240}{1.7329} = 172$$

Tamaño de la muestra (n) = 172 adolescentes primigestas

Criterios de inclusión y Exclusión

5.7.1 Inclusión

1. Mujeres Adolescentes (15-19 años)
2. Mujeres Primigestas
3. Mujeres Nulíparas
4. Mujeres que asistieron al servicio de consulta externa de obstetricia del Hospital Amistad México - Nicaragua, del municipio de Ticuantepe durante el periodo de estudio
5. Mujeres que aceptaron participar llenando el de la encuesta.
6. Mujeres que llenaron correctamente la encuesta.

5.7.2 Exclusión

1. Mujeres que NO acepten participar la encuesta.
2. Mujeres que NO hayan llenado la encuesta de manera correcta.

Unidad de análisis

Primigestas de 15 a 19 años que asistieron a la consulta externa de obstetricia del Hospital Amistad México - Nicaragua, Ticuantepe, Managua en el periodo de 1 Julio al 31 de Diciembre 2019

5.8.1 Enumeración de variables

Objetivo específico N° 1: Valorar el nivel de conocimiento y fuente de información acerca de lactancia materna en Primigestas de 15 a 19 años que asistieron a la consulta externa del Hospital Amistad México-Nicaragua, en el periodo de estudio

Nivel de conocimiento

- a) Duración de lactancia materna
- b) Preparación de la madre para la lactancia materna
- c) Beneficios de lactancia materna para la madre
- d) Beneficios de lactancia materna para el bebé
- e) Técnicas de Lactancia Materna

Fuente de Información

- a) Información sobre lactancia materna
- b) Tipo de informantes
- c) Lugar donde recibió la información
- d) Tipos de mensajes recibidos

Calidad de información recibida

Objetivo específico N° 2: Determinar las actitudes que muestran las adolescentes primigestas en estudio hacia la lactancia materna, durante el periodo de estudio

- a) Duración de la lactancia materna
- a) Opinión de las mujeres acerca de la lactancia materna

Complicaciones de la lactancia materna

Objetivo específico N° 3: Identificar las prácticas de las primigestas en estudio relacionadas a la lactancia materna

- a) Higiene previa a la lactancia
- b) Posiciones adecuadas
- c) Técnicas de lactancia

Fuente de recolección de la información

Se obtuvo la información de fuente primaria a través de la realización de una encuesta con preguntas cerradas e ítems a manera de lista de chequeo, el cual se realizó en adolescentes primigestas de 15 a 19 años, presentes en el servicio de consulta externa del Hospital Amistad México-Nicaragua, del municipio de Ticuantepe, durante el desarrollo del presente estudio.

Técnica de recolección de la información

La técnica de recolección de la información utilizada fue la encuesta, mediante la realización de un cuestionario estructurado, conformado por preguntas cerradas, basadas en los objetivos específicos del estudio. Además, se empleó la observación para la evaluación de las prácticas de las pacientes, haciendo uso de un “maniquí” de lactante.

Etapas de la investigación

5.11.1 Investigación documental

Para la elaboración de la investigación, se realizó selección previa de bibliografía de relevancia en concordancia con el tema. Los criterios para la selección de esta fueron relevancia, temporalidad y confiabilidad. Se utilizaron documentos en físico como virtuales. Además, se seleccionó bibliografía nacional e internacional de distintos niveles (Acuerdos internacionales, leyes, libros, publicaciones en revistas científicas, recomendaciones y normativas de organismos internacionales).

5.11.2 Elaboración de instrumentos

Para valorar el conocimiento se crearon 20 preposiciones relacionadas a los objetivos del estudio, se utilizaron índices sumatorios bueno, regular y malo con el siguiente puntaje:

Bueno: 16 – 20 proposiciones correctas

Regular: 10 – 15 proposiciones correctas

Malo: 0 - 9 proposiciones correctas

La valoración de las actitudes se realizó por medio de la escala de Likert, la cual fue modificada en el presente estudio, para lo cual se presentó un conjunto de 18 ítems distribuidos en forma de 9 aseveraciones positivas y 9 aseveraciones negativas para los cuales se observaron la reacción de las adolescentes sujetas de estudio. Se presentó cada afirmación y se pidió a las participantes que expresaran su reacción eligiendo uno de los tres puntos de la escala según el grado de acuerdo:

1. De acuerdo (A)
2. Indeciso. (I)
3. En desacuerdo. (DS)

Los puntajes asignados fueron en relación con la respuesta correcta indicada por la adolescente al momento del llenado del instrumento de recolección de datos.

Actitud favorable: 11 a 18 respuestas correctas

Actitud desfavorable: 0 a 10 respuestas correctas

Para valorar las **prácticas** se elaboraron preguntas con opciones de respuestas: Si, No, relacionadas con la conducta del entrevistado ante la lactancia materna. En vista que las entrevistadas eran primigestas, y no habían amamantado nunca, la parte de práctica se realizó simulando el comportamiento a seguir durante el proceso de amamantamiento, haciendo uso de un maniquí. Se desarrollaron categorías de bueno, regular y malo aplicándole puntaje a cada pregunta.

Bueno: 7-9 respuestas correctas

Regular: 4-6 respuestas correctas

Malo: 0-3 respuestas correctas

5.11.3 Trabajo de campo

- Para realizar el estudio, se solicitó el permiso por parte de las autoridades del Hospital Amistad México-Nicaragua, a los cuales se les informó y explicó el tema de investigación, indicando los objetivos de este, así mismo se realizaron visitas a la Dirección Docente del Hospital Amistad México-Nicaragua, para establecer coordinaciones en los diferentes momentos del proceso de investigación.
- Se realizó reuniones de coordinación con el equipo de investigación, desarrollando un proceso de revisión y selección de información actualizada a nivel internacional y nacional, acerca del tema de investigación, y de acuerdo con las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN Managua. A partir de la revisión de la literatura se elaboró el instrumento de recolección de la información, el cual fue utilizado para la realización del cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas del estudio.
- Antes de iniciar el proceso de recolección de datos, se les explicó a las adolescentes embarazadas participantes en el estudio sobre el objetivo de este, orientándoles que deberían de participar solamente de forma voluntaria, y que en cualquier momento que no desearan continuar podían detener el proceso del llenado del cuestionario. Se les informó que los datos proporcionados serían utilizados únicamente para fines académicos y que en todo momento se mantendría su privacidad, este proceso se ratificó con su autorización sustentada a través del llenado y firma del consentimiento informado.
- Se solicitó a las autoridades del Hospital Amistad México-Nicaragua, apoyo para crear un ambiente adecuado para la realización del llenado del instrumento de recolección de los datos, el cual debería ser ventilado, con buena iluminación y comodidad para que las usuarias contestaran cómodamente las preguntas de este.
- El instrumento estuvo estructurado en 3 capítulos: el primero de ellos contenía información general de las adolescentes embarazadas, el segundo capítulo presentaba 16

proposiciones para evaluar el conocimiento acerca de la lactancia materna, los cuales serán medidos en categorías bueno, regular y malo, así mismo se realizaron 5 preguntas para la evaluación de las fuentes de información acerca de la LM. El tercer capítulo evaluó las actitudes de las adolescentes embarazadas hacia la lactancia materna, con 18 ítems, siendo su clasificación en favorable y desfavorable, basado en la escala de Likert.

- La recolección de la información se realizó mediante la realización del llenado de un cuestionario de preguntas cerradas. El instrumento se aplicó como una prueba piloto a un número de 20 adolescentes embarazadas, que viven en los barrios cercanos al Hospital Amistad México-Nicaragua, del municipio de Ticuantepe. Se realizó posteriormente una revisión, con el tutor del trabajo investigativo.
- Para el análisis de las practicas de las pacientes en estudio, considerándose que se tratan de primigestas, las cuales aun no han parido y por ende, no han practicado la lactancia real, se completó un “check list” valiéndose de una simulación con un maniquí de lactante facilitado por la unidad de salud.
- Durante el llenado del cuestionario de las primigestas de 15 a 19 años que participaron en el estudio, se aclararon dudas acerca de términos desconocidos para la participante, de acuerdo con su nivel de escolaridad. Se promovió que el cuestionario fuera realizado de forma completa y ordenada.

5.11.4 Análisis y elaboración de documento final

La información obtenida a partir del instrumento de recolección de la información se procesó a través de la creación de una base de datos en el programa software SPSS 22.0. Posteriormente se analizó y organizó a través de tablas y gráficos en los que se aplicó frecuencias y porcentajes, considerando los objetivos del estudio, usando para ello el sistema Windows con el programa OFFICE 2015.

5.11.4.1 Plan de Análisis

Tablas simples

1. Conocimientos sobre lactancia materna.
 - a. Duración de la lactancia materna
 - b. Preparación de la mujer previo a la lactancia materna
 - c. Beneficios de la lactancia materna a la madre
 - d. Beneficios de la lactancia materna al bebé
 - e. Técnicas adecuadas para la lactancia materna
2. Actitudes acerca de lactancia materna.
 - a. Actitud ante la responsabilidad de la lactancia materna
 - b. Actitud ante la opinión de las mujeres acerca de la lactancia materna
 - c. Actitud ante las complicaciones de la lactancia materna
3. Prácticas sobre la lactancia materna
 - a. Higiene previa a la lactancia
 - b. Posiciones adecuadas
 - c. Técnicas de lactancia

Tablas de Cruces de Variables

1. Edad vs. Consolidado de conocimiento
2. Estado Civil vs. Consolidado de conocimiento
3. Escolaridad vs. Consolidado de conocimiento
4. Ocupación vs. Consolidado de conocimiento
5. Procedencia vs. Consolidado de conocimiento
6. Número de controles prenatales vs. Consolidado de conocimiento
7. Controles prenatales vs. Actitud
8. Edad vs. Consolidado de actitud
9. Estado Civil vs. Consolidado de actitud
10. Escolaridad vs. Consolidado de actitud
11. Ocupación vs. Consolidado de actitud
12. Religión vs. Consolidado de actitud

13. Procedencia vs. Consolidado de actitud
14. Semanas de Gestación Vs Consolidado de Actitud
15. Edad vs. Consolidado de práctica
16. Escolaridad vs. Consolidado de práctica
17. Ocupación vs. Consolidado de práctica
18. Religión vs. Consolidado de práctica
19. Procedencia vs. Consolidado de práctica
20. Cruce de consolidado de Conocimientos y actitudes
21. Cruce de consolidado de Conocimientos y prácticas
22. Antecedentes de recibir información sobre lactancia materna vs. Práctica de lactancia materna.

5.11.4.2 Plan de intervención

Se elaboro una propuesta de plan de intervención educativo para ejecutarse en el Hospital Amistad México – Nicaragua, en concordancia con resultados y según lo establecido por normativa nicaragüense y recomendaciones internacionales.

Aspectos Éticos

Se respetaron los derechos en todo momento de las primigestas de 15 a 19 años sujetas a estudio, manteniendo su anonimato, se les dio a conocer los objetivos del estudio y se resguardó la seguridad de los datos. A cada una de las adolescentes embarazadas que asistieron a consulta externa del Hospital Amistad México-Nicaragua, del municipio de Ticuantepe, Managua, en el periodo de estudio se les solicitó el llenado de un consentimiento informado. Se les informó antes de llevarse a cabo el cuestionario, los beneficios y riesgos del estudio, indicándoles que deberían hacerlo por libre voluntad, y que podían dejar de participar en cualquier momento del proceso de investigación si así lo deseaban y que los datos obtenidos se utilizarían para el manejo de la información en el ámbito académico.

CAPITULO VI: RESULTADOS

6.1 Generalidades

6.1.1 Los datos recolectados presentan una población en la cual, existió un predominio dentro de las primigestas adolescentes en el rango de edad de 17-19 años, siendo este de 63.4% (109), congruente con resultados de estudios realizados en el ámbito nacional, el cual concluyo un predominio para este grupo etario de 89% (143) (Gutiérrez Flores & Vásquez Alemán, 2015), misma prevalencia se correlaciona con resultados de investigación publicada en revista de ciencias médicas, en el cual se evidencio un predominio para este grupo etario de 56.6% (Sena Barrios, Rivera Rivadulla, Díaz Guzmán, Hernández Domínguez, & Armas Ramos, 2014), ambos estudios muestran una tendencia a mayor prevalencia de primigestas en dichas edades. **(Tabla 1)**

6.1.2 Al analizar el nivel de escolaridad alcanzado por las pacientes al momento de la recolección de datos, se manifestó un predominio en aquellas cuyo nivel académico al momento de la encuesta se encontraban en secundaria, representando el 57% de las pacientes encuestadas, encontrándose dividido el restante entre primaria y universidad, con poca variabilidad entre dichas categorías. Datos los cuales se correlacionan con tendencia obtenida por Quezada, Delgado Arroyo y Díaz, en su estudio sobre “Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes” (Quezada, Delgado, Arroyo, & Díaz, 2008), el cual evidencio un predominio de 62.9% en esta categoría, de igual forma Sena, Rivera y Díaz obtuvieron 60.4% para la misma categoría. (Sena Barrios, Rivera Rivadulla, Díaz Guzmán, Hernández Domínguez, & Armas Ramos, 2014). Esta tendencia puede atribuirse al rango de edad en el que se encontraron las pacientes al momento del estudio. Tomando como punto de partido estos datos, no es de extrañar que la principal ocupación dentro de las pacientes, con 43% se trató de estudiantes, comportamiento el cual no manifestó en los estudios previamente citados, en los cuales, en ambos casos, existió un predominio de amas de casa. Si bien existe en el país un abandono temprano de estudios el cual es a causa de distintos factores, en la

población en estudio, una mayoría, aunque no absoluta, refirió continuar sus estudios. **(Tabla 1)**

6.1.3 Si bien Nicaragua es un país el cual no tiene religión oficial, se observó predominantemente aquellas las cuales se identifican con religión católica seguido en prevalencia por aquellas las cuales se identifican con religión evangélica. Mismo comportamiento fue observado por Gutiérrez, Vásquez en su estudio de 2015, en el que las pacientes objeto de estudio fueron en 49% católicas y 40% evangélicas. (Gutiérrez Flores & Vásquez Alemán, 2015), siendo ambos estudios realizados en el país, no es de extrañar que la tendencia en este aspecto se manifieste en ambos estudios. **(Tabla 1)**

6.1.4 Los datos obtenidos evidenciaron que la población en estudio es predominantemente de procedencia urbana, misma tendencia concluida en estudio realizado en Managua en 2015, el cual demostró un predominio de 91.9% para dicha procedencia (Miranda Aldana & Umanzor Benavidez, 2015) congruente también con Cáceres y Canales cuyo estudio en 2016, realizado en Estelí, evidencia de igual forma un predominio marcado en mujeres de procedencia Urbana, siendo de 95.4% (Cáceres & Cánales, 2016). Esta tendencia permite inferir que, por encontrarse en zona urbana, tanto el acceso a medios de información y enseñanza, así como seguimiento de las pacientes, se da con mayor facilidad. **(Tabla 1)**

6.1.5 El estado civil de las pacientes en estudio, predominó aquel definido como “unión libre”, marcándose un 46.5% congruente con los estudios previamente citados de Gutiérrez 2015, Miranda 2015 y Cáceres 2016, todos, estudios realizados dentro del territorio, en los cuales se manifiesta de igual forma predominio del estado civil “Acompañada”. **(Tabla 1)**

Tabla 1: Características sociodemográficas de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019. n= 172

Características sociodemográficas	Número	%
Edad		
15-16 años	63	36.6
17-19 años	109	63.4
Escolaridad		
Primaria	33	19.2
Secundaria	98	57.0
Técnico	0	0
Universitaria	41	23.8
Ocupación		
Estudiante	74	43.0
Ama de Casa	40	23.3
Trabajadora	38	22.1
Desempleada	20	11.6
Religión		
Católica	73	42.4
Evangélica	55	32.0
Testigo de Jehová	6	3.5
Otras	8	4.7
Ninguna	30	17.4
Procedencia		
Urbano	131	76.2
Rural	41	23.8
Estado civil		
Casada	43	25.0
Unión libre	80	46.5
Soltera	49	28.5

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.1.6 De la población en estudio, se encontró que la mayoría de esta se encontraba según el número de controles prenatales recibidos, entre el control número 2 y 3, estando de forma íntegra, por el 74.4%. Dado que la mayoría de la población ya contaba por lo menos con 2 controles prenatales y siendo que en concordancia con normativa nicaragüense, en cada atención prenatal se debe brindar consejería sobre lactancia materna, teóricamente, la población en estudio conocía la información sobre lactancia materna. (Ministerio de Salud, 2008). **(Tabla 2)**

Tabla 2: Número de controles prenatales realizados a las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019.

n= 172

Número de Controles Prenatales	Frecuencia	Porcentaje
Uno	17	9.9
Dos	59	34.3
Tres	69	40.1
Cuatro	18	10.5
Cinco	9	5.2

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.1.7 Lo cual, al analizarse las semanas de gestación de las pacientes, se obtuvo como resultado que la mayoría se encontraba primeramente en orden de prevalencia, entre la semana 27 y 33 seguido de aquellas entre la semana 20 y 26, lo es congruente con el número de controles prenatales, ya que para esas semanas gestacionales se esperan el control número 3 y numero 2 respectivamente. **(Tabla 3)**

Tabla 3: Semanas de gestación de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019.

n= 172

Semanas de Gestación	Frecuencia	Porcentaje
< 12	4	2.3
13-19	2	1.2
20-26	49	28.5
27-33	83	48.3
34-40	34	19.8

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.2. Valorar el nivel de conocimiento y fuentes de información referente a la lactancia materna que poseen las primigestas en estudio

6.2.1 Al analizar aspectos importantes del conocimiento, el 83.2% de las pacientes tiene conocimiento sobre la duración de la lactancia materna congruente con resultados de 82% obtenidos por Gutiérrez y Vázquez (Gutiérrez Flores & Vázquez Alemán, 2015).

(Tabla 4)

Tabla 4: Conocimientos Sobre duración de la lactancia materna de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Duración de la lactancia materna	Si		No		No sabe	
		%		%		%
La lactancia materna debe realizarse desde que nace el bebé hasta los 2 años inclusive	143	83.2	26	15.1	3	1.7
La lactancia materna exclusiva dura 6 meses	116	67.4	53	30.8	3	1.7

La lactancia materna exclusiva dura 1 año	53	30.8	116	67.4	3	1.7
Debe darse lactancia materna cada vez que el niño lo desee	135	78.5	33	19.2	4	2.3

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.2.2 Respecto a los conocimientos sobre la preparación de la mujer previa a la lactancia. 78.5% (135) evidenciaron conocimiento sobre la preparación de los pezones. 67.4% (116) mostraron conocimiento sobre alimentación de la madre durante la lactancia. 48% (83) erraron en cuanto a considerar necesario alimentarse el doble para poder dar de lactar. (**Tabla 5**)

Tabla 5: Conocimientos Sobre Preparación previo a la lactancia de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Preparación de la mujer previo a la lactancia materna	Si		No		No sabe	
	Si	%	No	%	No sabe	%
La preparación de los pezones facilita la lactancia materna	135	78.5	20	11.6	17	9.9
La lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama.	92	53.5	23	13.4	57	33.1
Todas las mujeres están preparadas para dar de pecho a sus bebés.	71	41.3	97	56.4	4	2.3
La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo.	116	67.4	51	29.7	5	2.9
Hay que comer el doble para poder dar de mamar.	83	48.3	87	50.6	2	1.2

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.2.3 Sobre los beneficios de esta para la madre, 82.6% reconoce como beneficio la prevención de cáncer de mama. 72.7%(125) demostraron que no es impedimento para trabajar el hecho de dar de lactar. 84.9% (146) mostraron conocimientos sobre el beneficio de la lactancia materna durante la recuperación después del parto. **(Tabla 6)**

Tabla 6: Conocimientos Sobre Beneficios de la lactancia materna en las Madres de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Beneficios de la lactancia materna a la madre	Si	%	No	%	No sabe	%
La lactancia materna disminuye el riesgo de Diabetes tipo 2 y depresión postparto	46	26.7	27	15.7	99	57.6
Disminuye el riesgo de Cáncer de Mama y de ovario	142	82.6	12	6.9	18	10.5
Cuando una mujer empieza a trabajar, es posible continuar la lactancia materna	125	72.7	42	24.4	5	2.9
La lactancia materna disminuye el tiempo de recuperación después del parto	146	84.9	20	11.6	6	3.5

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.2.4 De los beneficios para el bebé, 75.6% tienen conocimiento sobre la protección de la leche materna para prevenir diarrea y neumonía. Congruente al menos con respecto a tendencia a la que concluyeron mismos autores, en las que se reportó un 97% con buenos conocimientos respecto a los beneficios de la lactancia materna para el bebé y 70% reconociendo los beneficios para la madre. **(Tabla 7)**

Tabla 7: Conocimientos Sobre Beneficios de la lactancia materna en el Bebé de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Beneficios de la lactancia materna al bebé	Si	%	No	%	No sabe	%
La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo	155	90.1	16	9.3	1	0.6
Los niños alimentados con lactancia materna desarrollan mayor nivel de inteligencia	121	70.4	11	6.4	40	23.3
La leche materna protege contra la diarrea y las neumonías	130	75.6	19	11.1	23	13.4

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.2.5 Sobre el conocimiento de las técnicas para amamantar, 89.5%(154) conocían las prácticas de higiene al momento de lactar.88.4%(152) conocían sobre la importancia de una posición cómoda durante la lactancia. 48.3% (83) desconocían la forma correcta de retirar al bebé del pecho posterior a la lactancia. **(Tabla 8)**

Tabla 8: Conocimientos Sobre técnica adecuada para la lactancia materna de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Técnica adecuada para la lactancia materna	Si	%	No	%	No sabe	%
Debe lavarse las manos antes de empezar a dar de mamar a su bebé	154	89.5	18	10.5	0	0.0
La mujer debe de ponerse en una posición cómoda al momento de lactar	152	88.4	15	8.7	5	2.9
Acerca al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen	140	81.4	20	11.6	12	6.9
Al terminar de lactar, la mujer debe retirar el pezón y la areola de manera espontanea	83	48.3	63	36.6	26	15.1

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.2.6 Los conocimientos de las pacientes en estudio reflejaron un predominio de 45.3% con buen nivel de conocimiento y 41,9% con un nivel regular, sin embargo, este último valor implica que las pacientes han fijado parte del conocimiento, lo cual implica gran importancia para la preparación de las consejerías y planes de intervención. Únicamente 12.8% fueron aquellas con un mal nivel de conocimiento **(Tabla 9)**

Tabla 9: Consolidados de Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Consolidado de Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	78	45.3
Regular	72	41.9
Malo	22	12.8

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.3 Determinar las actitudes de las primigestas acerca de la lactancia materna, que asistieron al servicio de consulta externa del Hospital Amistad México-Nicaragua

6.3.1 Respecto a las actitudes de las madres sobre la responsabilidad de la lactancia. 83.1% (143) mostraron estar de acuerdo con la lactancia materna exclusiva. 80.8% (139) se mostraron en desacuerdo con la idea que la leche de vaca es mejor alimento para el bebé. 75%(129) estuvieron en desacuerdo con la necesidad de un ambiente tranquilo para dar de lactar. Y 79.1% (136) estuvieron en desacuerdo que la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian. (Tabla 10)

Tabla 10: Actitud ante la responsabilidad de la lactancia materna de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Actitud ante la responsabilidad de lactancia materna	DA	%	I	%	DS	%
Durante los 6 primeros meses de vida, el bebé debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente	143	83.1	4	2.3	25	14.5
La leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebe que la leche materna.	12	6.9	21	12.2	139	80.8
A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo	123	71.5	14	8.1	35	20.4
Un ambiente tranquilo y agradable es importante para dar de lactar	39	22.7	4	2.3	129	75.0
La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.	27	15.7	9	5.2	136	79.1

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019. DA= de acuerdo. I= Indeciso.DS=En desacuerdo

6.3.2 Sobre la actitud ante la opinión de las mujeres sobre la lactancia materna, 81.9% (141) se mostraron de acuerdo son que ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada. 75.6%(130) estuvieron de acuerdo con que la lactancia materna ahorra tiempo y dinero a la familia. 56.4% (97) se mostraron de acuerdo con que no todas las madres tienen suficiente leche para dar de lactar. (**Tabla 11**)

Tabla 11: Actitud ante la opinión de las mujeres acerca de la lactancia materna de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Actitud ante la opinión de las mujeres acerca de la lactancia materna	DA	%	I	%	DS	%
Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.	141	81.9	7	4.1	24	13.9
La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia.	130	75.6	20	11.6	22	12.8
El bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace.	143	83.1	3	1.7	26	15.1
El bebé, cuando toma el pecho de su madre, recibe amor seguridad y afecto.	22	12.8	3	1.7	147	85.5
La madre que amamanta padece menos de cáncer.	142	82.6	18	10.5	12	6.9
La lactancia materna puede usarse como método anticonceptivo.	152	88.4	7	4.1	13	7.6
No todas las mujeres tienen suficiente leche para dar de lactar.	97	56.4	4	2.3	71	41.3

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019. DA= de acuerdo. I= Indeciso.DS=En desacuerdo

6.3.3 Sobre las complicaciones de lactancia materna, el 90.7% (156) se mostró en desacuerdo con que el cansancio y falta de apoyo interfiera con la lactancia materna. 83.1% (143) se mostraron de acuerdo con que dar de lactar, malogra y repercute en el cuerpo de la madre. (Tabla 12)

Tabla 12: Actitud ante las complicaciones de la lactancia materna de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Actitud ante las complicaciones de la lactancia materna	DA	%	I	%	DS	%
Dar de mamar al bebé es doloroso.	75	43.6	7	4.1	90	52.3
El estado de ánimo de la madre influye para que tenga más leche.	32	18.6	6	3.5	134	77.9
La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.	20	11.6	4	2.3	148	86.1
El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, de la madre interfiere con la lactancia materna.	12	6.9	4	2.3	156	90.7
Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y conservarla en la refrigeradora.	12	6.9	6	3.5	154	89.5
La lactancia Materna malogra el cuerpo de la madre	143	83.1	3	1.7	26	15.1

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019. DA= de acuerdo. I= Indeciso.DS=En desacuerdo

6.3.4 Al evaluarse la actitud de las encuestadas frente a la lactancia materna, se concluye lo siguiente: Respecto a la actitud ante la responsabilidad de la lactancia materna 56.9% (98) presentan actitud favorable mientras 43.0% (74) presentan actitud desfavorable. Respecto a la actitud sobre la lactancia materna, 66.3% (114) presentan actitud favorable, mientras 33.7% (58) presentan actitud desfavorable. Finalmente,

respecto a las complicaciones de la lactancia materna, 69.2 % (119) presentan actitud desfavorable y 30.8% (53) una actitud favorable. **(Tabla 13)**

Tabla 13: Consolidado de Actitudes según dimensión de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Distribución de valores sobre lactancia materna	Actitud			
	Favorable	Porcentaje	Desfavorable	Porcentaje
Actitud ante la responsabilidad de lactancia materna	98	57.0	74	43.0
Actitud ante la opinión de las mujeres acerca de la lactancia materna	114	66.3	58	33.7
Actitud ante las complicaciones de la lactancia materna	53	30.8	119	69.2

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.3.5 Se evidenció un resultado relativamente igual entre las pacientes que presentaron una actitud favorable (51.2%) y las pacientes con actitud desfavorable (48.8%), esta similitud podría estar relacionado con los mitos y tabúes que la sociedad ha desarrollado sobre la lactancia materna. **(Tabla 14.)**

Tabla 14: Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Nivel de Actitudes	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	84	48.8

Favorable	88	51.2
-----------	----	------

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.4 Identificar las prácticas de las primigestas en estudio relacionadas a la lactancia materna

6.4.1 Sobre la evaluación de las prácticas de las pacientes, 89.5%(154) tuvo buenas prácticas de higiene, cifras prometedoras considerando que todas las pacientes del estudio son primigestas las cuales nunca han lactado. Además 88.4%(152) practicaron una adecuada postura para evitar el cansancio y dolores de la madre. 81% acercaba al bebe al pecho, lo cual tiene relación directa con la posición cómoda para amamantar y se relaciona con evitar los dolores y cansancio en la madre, lo cual se correlacionó con datos obtenidos por Gutiérrez y Vásquez (Gutiérrez Flores & Vásquez Alemán, 2015), lo cual se establece dentro de la guía para la lactancia materna del sistema de salud, en donde inclusive se estable como nota al personal de salud: “El amamantar no debe producir si la posición y el acoplamiento del (de la) niño (a) son correctos y los pezones están sanos”. (MINSA, 2010, pág. 57) Sin embargo, menos de la mitad 48.3% practicó la separación adecuada del bebé del pecho, acción la cual se ha documentado que aumenta el riesgo de producir fisuras y complicar la lactancia materna. **(Tabla 15)**

Tabla 15: Evaluación de Prácticas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Proposiciones	Práctica			
	SI	Porcentaje	N0	Porcentaje
Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebé	154	89.5	18	10.5
Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados	152	88.4	20	11.6

Coloca la cabeza del bebe en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera	126	73.3	46	26.7
Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial	125	72.8	47	27.3
Acerca al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen	140	81.4	32	18.6
Introduce el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente	95	55.2	77	44.8
Los labios del bebe permanecen evertidos (boca de pescado)	148	86.1	24	13.9
Permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos	152	88.4	20	11.6
Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial.	83	48.3	89	51.7

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.4.2 La evaluación de puntajes con respecto a las Practicas de las entrevistadas en el tema de lactancia materna, se manifiestan con 62.2% (107) Buenas prácticas, 33.7% (58) prácticas Regulares y en minoría 4.1% (7) con Malas prácticas. **(Tabla 16)**

Tabla 16: Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Consolidado de Practicas	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	107	62.2
Regular	58	33.7
Malo	7	4.1

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5 Relación conocimiento actitudes y practicas

6.5.1 Respecto a los conocimientos en relación con la edad, se observó que presentaron mejor nivel de conocimientos las pacientes con edades de 17 a 19 años, lo cual parece indicar, que en un sentido de maduras y desarrollo psicosocial que permita reconocer el alcance real de la lactancia materna, este grupo etario evidencia mayor inclinación hacia conocimientos buenos, siendo además en relación con el nivel académico, una prevalencia mayor en aquellas con un nivel académico de primaria, con 45.5% para buenos conocimiento, lo cual no se relacionan con los obtenidos por Miranda y Umanzor, en el que la mayoría de su población tenían un nivel de escolaridad de secundaria. (Miranda Aldana & Umanzor Benavidez, 2015). Lo que permite inferir que las pacientes con menor nivel de escolaridad son más propensas a apropiarse del conocimiento brindado en materia de lactancia materna. (**Tabla 17**)

Tabla 17: Edad vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Edad	Conocimientos					
	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
15 a 16 años	28	44.4	29	46.0	6	9.5
17 a 19 años	50	45.8	43	39.4	16	14.7

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.2 Al comparar el nivel académico alcanzado con el consolidado de conocimientos, se obtuvo que en la categoría universitaria 48.8%(20) obtuvieron un nivel de conocimiento regular. Con solo 34.1%(14) con un nivel bueno. En la categoría de secundaria, 50% (49) obtuvieron un buen nivel de conocimiento. Y en la categoría primaria, 51.5%(17) obtuvieron un nivel regular y 45.5% (15) un nivel bueno. **(Tabla 18.)**

Tabla 18: Nivel de escolaridad vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Escolaridad	Conocimientos					
	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
Universitario	14	34.1	20	48.8	7	17.1
Secundaria	49	50	35	35.7	14	14.3

Primaria	15	45.5	17	51.5	1	3.0
----------	----	------	----	------	---	-----

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.3 Al analizar el número de controles prenatales, se observó que para el primer control prenatal se obtuvo un mayor nivel de conocimiento bueno, sin embargo para aquellas con cinco controles prenatales, el nivel bueno fue únicamente de 22.2%, lo que indica que pese a las indicaciones en la normativa de atención prenatal del país, de brindar consejería de lactancia materna en cada control prenatal, la realidad orienta a que estos se practican en menor medida, se consideró que puede relacionarse con la ejecución de la labor del personal de salud ante la demanda creciente de servicios y la escasas de tiempo. Datos sugirieron que en la medida los controles prenatales progresan, la paciente olvida los conocimientos adquiridos o estos no son retomados durante los controles. (**Tabla 19**)

Tabla 19: Número de controles prenatales vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

APN	Conocimientos					
	Bueno	Porcentaj e	Regular	Porcentaj e	Malo	Porcentaje
Uno	10	58.8	2	11.8	5	29.4
Dos	22	37.2	31	52.5	6	10.2
Tres	36	52.1	28	40.6	5	7.2
Cuatro	8	44.4	9	50	1	5.6
Cinco	2	22.2	2	22.2	5	55.6

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.4 En la relación de estado civil de las pacientes, con respecto al nivel de conocimientos, aquellas que se encontraban casadas obtuvieron 41.9%(18) un buen nivel de conocimientos. En unión libre 41.3%(33) estuvieron en el mismo nivel de conocimiento y aquellas solteras obtuvieron en un 55.1%(27) un buen nivel de conocimiento. **(Tabla20)**

Tabla 20: Estado Civil vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Estado Civil	Conocimientos					
	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
Casada	18	41.9	14	32.6	11	25.6
Unión libre	33	41.3	38	47.5	9	11.3
Soltera	27	55.1	20	40.8	2	4.1

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.5 Respecto a la ocupación de las pacientes, el predominio en frecuencia para cada categoría fue: Estudiantes con 44.6%(33) con nivel regular. Ama de casa con 47.5%(19) un buen nivel de conocimiento. En el mismo nivel, aquellas trabajadoras con 60.5%(23) en la categoría de desempleadas, se observó que misma frecuencia de pacientes obtuvieron niveles de conocimientos buenos y regulares. **(Tabla 21)**

Tabla 21: Ocupación vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Conocimientos						
Ocupación	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
Estudiante	27	36.5	33	44.6	14	18.9
Ama de Casa	19	47.5	17	42.5	4	10
Trabajadora	23	60.5	13	34.2	2	5.3
Desempleada	9	45	9	45	2	10

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.6 En la relación procedencia y nivel de conocimiento, se evidencia una tendencia en la que se posiciona en mejor nivel aquellas pacientes cuya procedencia es la rural, integrando 51.2% y 41.5% en la categoría de nivel de conocimientos buenos y regulares respectivamente. Lo que se contradice con la disponibilidad de medios informativos y accesibilidad a los mismos la cual es mayor en pacientes de origen urbano. (**Tabla 22.**)

Tabla 22: Procedencia vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Conocimientos						
Procedencia	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
Urbano	57	43.5	55	42	19	14.5
Rural	21	51.2	17	41.5	3	7.3

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.7 Al analizar las actitudes según el número de atenciones prenatales, 70.6% (12) de las pacientes con un control tuvieron actitudes desfavorables hacia la lactancia materna. Las que tuvieron dos controles únicamente mostraron actitudes favorables en 49.2%(29), con tres controles 53.6%(37) tuvo actitudes favorables. 66.7% (12) de las que tenían cuatro controles se mostraron con actitud favorable y únicamente 55.6% (5) de aquellas con cinco controles tuvieron una actitud favorable. **(Tabla 23.)**

Tabla 23: Número de Controles Prenatales vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

APN	Actitudes			
	Desfavorable	Porcentaje	Favorable	Porcentaje
Uno	12	70.6	5	29.4
Dos	30	50.8	29	49.2
Tres	32	46.3	37	53.6
Cuatro	6	33.3	12	66.7
Cinco	4	44.4	5	55.6

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.8 Al contraponer la edad de las pacientes en relación con las actitudes presentadas sobre la lactancia materna, los datos obtenidos logran equilibrarse no permitiendo observarse claramente un patrón estadístico. Tanto para actitud favorable como desfavorable, las actitudes más favorables, aunque por margen mínimo, fueron la de pacientes con edades entre 15 y 16 años, con 52.4%, los cuales no tienen correlación estadística con lo obtenidos por Gutiérrez y Vázquez, en donde se observó una actitud favorable en un 76%. (Gutiérrez Flores & Vázquez Alemán, 2015). **(Tabla 24.)**

Tabla 24: Edad vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Edad	Actitudes			
	Desfavorable	Porcentaje	Favorable	Porcentaje
15 – 16	30	47.6	33	52.4
17 – 19	54	49.6	55	50.5

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.9 Al comparar el nivel de escolaridad respecto a las actitudes de las pacientes las que tenían nivel de escolaridad universitario tuvieron en 56.1% (23) actitudes favorables. Aquellas con nivel de secundaria tuvieron actitudes desfavorables en 54.1%(53) quienes tuvieron actitudes más favorables, fueron aquellas con un nivel de primaria, con 60.6%(20). (**Tabla 25.**)

Tabla 25: Escolaridad vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Escolaridad	Actitudes			
	Desfavorable	Porcentaje	Favorable	Porcentaje
Universitario	18	43.9	23	56.1
Secundaria	53	54.1	45	45.9
Primaria	13	39.4	20	60.6

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.10 En relación con la religión 50.7%(37) las pacientes católicas tuvieron actitudes favorables. 52.7%(29) de las pacientes evangélicas tuvieron actitudes desfavorables. Para aquellas que profesan como religión Testigos de Jehová, tuvieron una actitud dividida de 50% tanto para favorable, como para no favorable. 62.5% (5) de pacientes que profesan alguna otra religión tuvieron actitudes favorables y 56.7% (17) que no profesan ninguna religión, tuvieron actitudes favorables. **(Tabla 26).**

Tabla 26: Religión vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Religión	Actitudes			
	Desfavorable	Porcentaje	Favorable	Porcentaje
Católica	36	49.3	37	50.7
Evangélica	29	52.7	26	47.2
Testigo de Jehová	3	50	3	50
Otras	3	37.5	5	62.5
Ninguna	13	43.3	17	56.7

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.11 Respecto a la procedencia de las pacientes, 48.9% (64)de las pacientes de origen urbano presentaron actitudes desfavorables, similar comportamiento en las de origen rural que presentaron 48.8%(20) actitudes desfavorables. **(Tabla 27.)**

Tabla 27: Procedencia vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Procedencia	Actitudes			
	Desfavorable	Porcentaje	Favorable	Porcentaje
Urbano	64	48.9	67	51.1
Rural	20	48.8	21	51.2

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.12 En relación a las semanas de gestación con respecto a la actitud para la lactancia materna, se observó que al iniciar el embarazo, la actitud de las pacientes es predominantemente desfavorable con 75%, sin embargo al acercarse el término del embarazo, el comportamiento se invierte, siendo un 67.6% de actitudes favorables, se consideró que este cambio en los patrones de actitudes, puede deberse al efecto del desarrollo progresivo y apego de la madre hacia el bebé y por consiguiente a la lactancia materna. Comportamiento que debe alentar al personal de salud a continuar consejerías para lograr una progresión estadística hacia el 100%. (**Tabla 28.**)

Tabla 28: Semanas de gestación vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Semana de Gestación	Actitudes			
	Desfavorable	Porcentaje	Favorable	Porcentaje
< 12	3	75	1	25
13-19	1	50	1	50
20-26	28	57.1	21	42.9

27-33	41	49.4	42	50.6
34-40	11	32.3	23	67.6

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.13 Para ambos grupos etarios nivel de prácticas bueno es superior al 60% y las malas prácticas inferior al 10%, lo que resalta que si bien los niveles de conocimiento difieren en la población de estudio, así como el nivel académico la procedencia y ocupación, la lactancia materna es inherente a la mujer, por lo que la práctica no representa una notable complejidad, para lo cual, con la adecuada consejería y demostración pueden conseguirse practicas con tendencias superiores aun careciendo las pacientes de bases científicas sobre la misma. Además, se manifiesta un 70% de las pacientes de procedencia rural con un buen nivel de prácticas, lo cual no se correlaciona con resultados obtenidos por Cáceres, en la que el 61.54% de su población con buenas prácticas de lactancia fue de origen urbano. (Cáceres & Cánales, 2016). (Tabla 29.)

Tabla 29: Edad vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Edad	Practicas					
	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
15 – 16	41	65.1	21	33.3	1	1.6
17 – 19	66	60.6	37	33.9	6	5.5

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.14 Según la escolaridad de los pacientes en estudios, el comportamiento fue, en el nivel universitario 65.9%(27) mostraron buenas prácticas, para el nivel de secundaria 58.2%(57) también mostraron buenas prácticas. De los tres niveles de

escolaridad, el mayor respecto a las buenas prácticas fueron aquellas con educación primaria con 68.7%(23) (**Tabla 30.**)

Tabla 30: Nivel de escolaridad vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Escolaridad	Prácticas					
	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
Universitario	27	65.9	10	24.4	4	9.8
Secundaria	57	58.2	39	39.8	2	2.0
Primaria	23	69.7	9	27.3	1	3.0

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.15 Según ocupación de las pacientes, aquellas cuya ocupación fue estudiante mostraron 58.1%(43) buenas prácticas, en el mismo nivel de práctica se evidencio para las amas de casa un 65%(26), para las mujeres trabajadoras, siendo el más alto por un margen porcentual con 65.8%(25) y aquellas pacientes desempleadas con 65%(13) en el mismo nivel de prácticas. (**Tabla 31**)

Tabla 31: Ocupación vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Ocupación	Practicas					
	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
Estudiante	43	58.1	27	36.5	4	5.4
Ama de Casa	26	65	13	32.5	1	2.5
Trabajadora	25	65.8	11	28.9	2	5.3
Desempleada	13	65	7	35	0	0

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.16 Los resultados obtenidos en base a la religión de las pacientes y su nivel de prácticas 54.8%(40) de las pacientes católicas obtuvieron buenas prácticas. En el caso de pacientes evangélicas las que alcanzaron este nivel fueron 61.8%(34). En el caso de las pacientes testigos de Jehová, el 100% (6) obtuvieron este nivel de práctica. El nivel malo con mayor frecuencia en su categoría fue el de aquellas con alguna otra religión con 12.5%(1). (**Tabla 32**)

Tabla 32: Religión vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Religión	Practicas					
	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
Católica	40	54.8	29	39.7	4	5.5
Evangélica	34	61.8	19	34.5	2	3.6
Testigo de Jehová	6	100	0	0	0	0
Otras	5	62.5	2	25	1	12.5
Ninguna	22	73.3	8	26.7	0	0

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.17 Según su lugar de procedencia, en relación con el nivel de practica obtenido, 59.5%(78) de las pacientes de origen urbano obtuvieron un nivel bueno de prácticas, mientras que en su contraparte rural se obtuvo un porcentaje aún mayor, siendo de 70.7%(29) las que obtuvieron un buen nivel. (**Tabla 33.**)

Tabla 33: Lugar de Procedencia vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Procedencia	Practicas					
	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
Urbano	78	59.5	46	35.1	7	5.3
Rural	29	70.7	12	29.3	0	0

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.18 Referente al nivel de prácticas de las pacientes y los controles prenatales, en cada número de control prenatal se obtuvieron un nivel de prácticas bueno superior al 50% siendo el más destacado el de las pacientes con un solo control. Lo cual sugiere que, dado que la información brindada en la primera consejería es más reciente, este permite mejores resultados prácticos. **(Tabla 34.)**

Tabla 34: Número de Controles Prenatales vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

APN	Practicas					
	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
Uno	12	70.6	3	17.6	2	17.8
Dos	37	62.7	22	37.2	0	0

Tres	42	60.9	25	36.2	2	1.4
Cuatro	10	55.6	8	44.4	0	0
Cinco	6	66.7	0	0	3	33.3

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.19 En el caso del nivel de práctica y su relación con las semanas de gestación el 100% (2) de las pacientes entre las semanas 13-19 obtuvieron un buen nivel de práctica. Y aquellas entre la semana 34-40, obtuvieron 67.6% (23) en la categoría de buenas prácticas. (**Tabla 35.**)

Tabla 35: Semanas de gestación vs prácticas de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Semanas de Gestación	Prácticas					
	de Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
< 12	1	25	3	75	0	0.0
13-19	2	100	0	0.0	0	0.0
20-26	33	67.3	12	24.5	4	8.2
27-33	48	57.8	35	20.4	0	0.0
34-40	23	67.6	8	23.5	3	8.8

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.20 Al estudiar los conocimientos en relación con las prácticas, sin importar el nivel de conocimientos de las pacientes, el nivel de prácticas bueno fue superior en más del

50% en cada uno de los casos. Si bien no se demarca una tendencia estadística, si se observó algo de relación con lo obtenido por Cáceres en el cual dicho estudio obtuvo un 52.31% con buenas prácticas y buen nivel de conocimiento. No obstante, el estudio en mención concluyó que 26.2% de su población presento un nivel de conocimientos en relación con la práctica malas, mientras el presente estudio obtuvo datos para dicha categoría de apenas un 16.6%. (Cáceres & Cánales, 2016) (**Tabla 36.**)

Tabla 36: Conocimientos vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Conocimientos	Prácticas					
	Bueno	Porcentaje	Regular	Porcentaje	Malo	Porcentaje
Bueno	51	65.4	25	32.0	2	2.6
Regular	42	58.3	28	38.9	2	2.7
Malo	14	63.6	5	22.7	3	13.6

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.5.21 No obstante, al estudiar los conocimientos en relación con las actitudes, las pacientes con mayor nivel de conocimiento presentaron actitudes desfavorables en un 57.7% para la lactancia materna, mientras que las pacientes con actitud más favorable con un 63.6% fueron aquellas con un nivel de conocimientos malo, lo cual sugiere que para el abordaje de la promoción de la lactancia materna, no bastan únicamente los conocimientos, sino que además existe múltiples factores que intervienen para que las actitudes de la madre se inclinen en una dirección favorable, señalan Araya & Brenes: "...la promoción de la lactancia deben hacerse durante todos los momentos del embarazo, enfatizar los beneficios y brindar consejos prácticos orientados a

aumentar las tasas de inicio de la lactancia materna”. (Araya & Brenes, 2012). (**Tabla 37.**)

Tabla 37: Conocimientos vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019

n= 172

Conocimientos	Actitudes			
	Desfavorable	Porcentaje	Favorable	Porcentaje
Bueno	45	57.7	33	42.3
Regular	31	43.1	41	56.9
Malo	8	36.4	14	63.6

Fuente: Datos primarios de la encuesta, 2019.

6.6 Propuesta de plan de intervención educativa

Se hace necesario crear un plan de intervención que incluye estrategias educativas de información y comunicación tanto para la población en general como a nivel de los profesionales de la salud. Con la finalidad de concientizar sobre la importancia de la lactancia materna. Mejorar los conocimientos de la población de forma continua, incentivar las actitudes favorables y las buenas prácticas de la lactancia materna. .

Componentes del plan de intervención				
Problema identificado	Resultados	Actividades	Indicadores	Responsables
Escaso empoderamiento de la comunidad de la importancia de la lactancia materna.	Comunidad organizada y dispuesta para trabajar en la promoción de la lactancia materna en acciones e intervenciones discutidas y establecidas por la comunidad para crear grupos de aprendizaje.	Formación de comités organizados en puesto de salud y hospital de primer nivel de atención, para la realización de foros promoción y practica didáctica de lactancia materna. Diálogos comunitarios mediante mesas de trabajo para aclarar dudas y erradicar mitos y tabúes sobre la lactancia materna. Círculos de lactancia materna, para apoyar a las primerizas y primigestas, con la finalidad de disminuir temores y desinformación.	Número de comités organizados. Círculos de lactancia. Documentos elaborados y material didáctico para fácil comprensión.	Integrantes de ESAFC, MINSA y otras instituciones afines.

Plan de intervención			
Objetivos	Estrategias	Actividades	Temporalidad
- Involucrar al personal de salud.	Sensibilizar y capacitar al personal de salud sobre importancia de la lactancia materna	- Reunión con los directivos del establecimiento de salud para brindar información sobre el “Plan de Intervención.	- Mensual
- Promoción y difusión en las usuarias.	Sensibilizar a las mujeres en edad fértil.	- Reunión con el personal asistencial para brindar información sobre las estrategias que se impulsan en el “Plan de Intervención	- Mensual
- Incrementar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas acerca de la lactancia materna.	Involucrar a la formación comunitaria con mujeres con experiencia lactando.	-Formación de círculos de lactancia guiados por personal capacitado	- Quincenal
		- Material visual informativo sobre importancia, técnicas, consejos y hecho acerca de la lactancia materna. .	-Diario
		- Acondicionamiento de lugares adecuados para discutir cómodamente sobre lactancia materna.	- Quincenal
		. Cursos y capacitaciones en materia de lactancia materna	-Semestral

		para los agentes y colaboradores claves	
--	--	--	--

1. Consejería en lactancia materna

La consejería es una estrategia nacional orientada a brindarse durante el embarazo para evacuar dudas y promocionar la lactancia materna por sus beneficios y bondades tanto para la madre como para el bebé, además de la sociedad y la familia. Las pacientes recibirán consejería desde su captación y durante todo el embarazo. Esta no se limitara brindar información, sino también incluirá un espacio seguro para evacuar dudas, y para ensayar practicas métodos y consejos, con la finalidad de que contribuyan tanto con la preparación de la mujer, así como incentivar el inicio y continuidad de la lactancia materna.

La inclusión de la consejería intenta orientar, informar y acompañar a las pacientes, durante todo el periodo del embarazo principalmente, pero debe extenderse inclusive a los momentos en que las mujeres no se encuentran en estado de gravidez, para así establecer nuevos paradigmas en ellas. .

Como es un proceso de comunicación, involucra el diálogo entre la mujer y el personal de salud, mediante el cual se deberá brindar información veraz y basada en evidencia científica pero explicada de manera sencilla, para que las mujeres se apropien del conocimiento, lo practiquen y reproduzcan entre sus conocidas.

Acciones para seguir en consejería.

Concepto de lactancia materna	Explicar en qué consiste la lactancia materna.
Duración de la lactancia materna	Expresar la duración de la lactancia materna en general y especificar la duración de la lactancia materna exclusiva
Beneficios de la lactancia materna	Exponer los beneficios de la lactancia materna a manera de listas cortas y no saturar de información con cada consejería.

Mitos y tabúes en torno a la lactancia materna	Dialogar sobre los mitos y tabúes, explicar las verdades de los mismos y exponer la información errónea
Prácticas y consejos sobre lactancia materna	Garantizar un espacio para realizar simulaciones cortas a fin de que la paciente se acostumbre a cómo será la lactancia materna.

Ninguna intervención sanitaria promotora de la salud puede llegar a tener éxito si no pasa por la colaboración y la participación de la comunidad. Conseguir la citada participación no es tarea fácil, puesto que vivimos en una sociedad ajetreada, individualista y con medio de romper paradigmas.

1. Realizar visitas domiciliarias, supervisar la consejería, verificar contenidos educativos acerca del tema.
2. Que se organicen grupos de lactancia en los que participen activamente mujeres que dan lactancia materna, para mostrar los conocimientos a través de la práctica, todo supervisado para garantizar una experiencia correcta en las pacientes objetivo.
3. Que en la unidad de salud se realicen actividades continuas con pacientes y colaboradores activos para estimular el interés de la población en lactancia materna.
4. Crear un manual sencillo y corto para explicar a las pacientes y colaboradores activos los puntos más importantes sobre los temas de lactancia materna.

Funciones de los responsables del plan de intervención

1. Capacitación del personal involucrado en temas de lactancia materna
2. Búsqueda activa de la población en edad fértil en la comunidad para hablar de lactancia materna.
3. Invitaciones continuas a los círculos de lactancia.
4. Ofrecimiento de actividades didácticas para crear conciencia sobre el tema.
5. Acompañamiento y observación de las diversas actividades de promoción y educación.
6. Identificar posibles problemas para la práctica de la lactancia materna.
7. Entrega oportuna de materiales informativos.
8. Apoyo y participación en investigaciones que aborden el tema de la lactancia materna.

Conformación de Círculos de lactancia

Los círculos de lactancia tendrán como objetivo transmitir conocimientos y practica de lactancia, empleando métodos didácticos practico. Impartidos por colaboradores voluntarios que se encuentren dando lactancia materna. Capacitados por el personal de salud en cuanto a puntos centrales con respecto a técnica y beneficios. Bajo supervisión del personal, se brindara el ambiente propicio para que las embarazadas experimenten de cerca una técnica adecuada de lactancia materna, con la oportunidad de hacer preguntas y exteriorizar inquietudes. El objetivo principal del circulo de lactancia materna. Durante estos círculos de lactancia, los puntos medulares de las reuniones serán:

- Benéfico de la lactancia materna al sistema inmune del bebé.
- Leche materna como alimento completo.
- Higiene pre y post sesiones de lactancia.
- Postura cómoda para amamantar.
- Como ofrecer de forma correcta el pecho.
- Como retirar adecuadamente el pecho.
- Técnica para eliminar cólicos.
- Cuidados del pecho.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

1. Las encuestadas se encontraron mayoritariamente en el grupo de edad de 17 a 19 años, con escolaridad de secundaria, principalmente de ocupación estudiantes, que profesa la religión católica. De procedencia urbana y en unión libre. Las cuales tuvieron en su mayoría tres controles prenatales y se encontraban principalmente en las semanas gestacionales 27 a la 33.
2. Las encuestadas mostraron principalmente un nivel de conocimiento bueno. Con relevancia en lo que respecta a la duración de la lactancia materna. Y la necesidad de una buena preparación para dar de lactar, con respecto a posiciones cómodas y preparación los pezones para facilitar la lactancia materna. Se destacaron además los conocimientos sobre la lactancia materna como factor protector ante el riesgo de desarrollar cáncer de mama y ovario, así como el beneficio para el bebé de desarrollar relación de afecto madre-hijo.
3. La población en estudio mostró en su mayoría actitudes favorables hacia la lactancia materna, sin embargo, esta mayoría no se constituyó de manera absoluta con respecto a las actitudes desfavorables. Se destacaron las actitudes referentes al ahorro de tiempo y dinero con la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva como un valor preponderante para el desarrollo de un bebé sano fuerte e inteligente.
4. De las pacientes encuestadas en su mayoría presentaron un nivel de práctica bueno. Destacándose con las medidas higiénicas como el lavado de manos previo a la lactancia y las postura y posicionamiento adecuado del bebé para evitar dolores en la madre y por consiguiente la interrupción de la lactancia.

CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES

Al MINSA:

- Implementar y reforzar estrategias que fomenten la lactancia materna a nivel nacional.
- Instituir círculos con primigestas y madres que dan lactancia materna a fin de enseñanza didáctica bajo seguimiento.
- Involucrar medios de comunicación con el fin de lograr la comprensión de la importancia y adecuada lactancia materna.
- Mantener estrecha vigilancia del cumplimiento de los programas dirigidos a estimular la lactancia materna que se ponen en práctica en los centros de atención primaria y secundaria del país.

A la unidad de salud:

- Capacitar y actualizar de manera continua al personal médico y de enfermería sobre lactancia materna.
- Estimular al personal médico y enfermería para brindar consejería adecuada sobre lactancia materna.
- Capacitar a actores voluntarios en la colaboración de la promoción de la lactancia materna.
- Promocionar de forma didáctica y educativa la lactancia materna a través de estímulos visuales.
- Implementación de plan de acción educativa en materia de lactancia materna para pacientes atendidas en la unidad.

Al personal médico y de enfermería:

- Mantenerse actualizado sobre el tema de la lactancia materna.
- Brindar adecuada consejería sobre la lactancia materna, dando espacio a las preguntas, dudas y estimulando la práctica y preparación de esta.
- Concientizar a las pacientes en edad fértil, embarazadas y puérperas sobre la importancia de la lactancia materna.

Bibliografía

- AECC. (14 de Junio de 2011). AECC. Obtenido de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/anatomia.aspx>
- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 333-338.
- Álvarez Poveda, J. L., Martínez Martín, M., Martín Ferreiro, Z., & Méndez Torres, Y. (2011). Intervención educativa sobre lactancia materna en madres adolescentes en Venezuela . Guantánamo , Cuba.
- Amaya Medina, J. A. (2012). practica de lactancia materna, en la unidad de salud san miguel Anexa.
- Aragón, M. T., Cubillas, I., & Torres, Á. (2015). Maternidad en la adolescencia y lactancia. *Revista Enfermería Docente*, 49-54. doi:ISSN: 2386-8678
- Araya, Z., & Brenes, G. (2012). Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 1-14.
- Asamblea Nacional de la Republica de Nicaragua. (1999). *Ley No. 295 Ley de Promoción, protección y mantenimiento de la lactancia Materna y Regulación de la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Managua: MINSA.
- Autores, V. (2009-2018). *Agenda de salud de Centroamerica y Republica Dominicana*.
- Bautista-Hualpa, Y., & Díaz-Rivadeneira, I. (2017). Conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes que asisten al Centro de Salud de Bagua. *Rev enferm Herediana*, 14-21.
- Baydar Artantaş, D. A., Kayhan Tetis, D. B., Kılıc, E. M., Karatas Eray, D. I., Cetin, N. N., Güney, P. S., . . . Ugurlu, P. M. (2016). Nivel de conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto de la lactancia y la leche materna en una ciudad de Turquía: Estudio transversal. *Archivo Argentino de Pediatría* , 514-520.
- Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, B. R. (2005). Conocimientos, Practicas y Actitudes de Lactancia Materna en madres con niños menores de 6 meses. *Monografía Karawala y Rio grande*.
- Bazán , F., & Gutiérrez, C. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *SCIELO*, 47-54.

- Cáceres, S. R., & Cánales, D. M. (Septiembre de 2016). 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. Managua, Nicaragua: UNAN-Managua.
- Caliz, G., & Castillo, L. M. (2017). *Factores asociados a embarazo en adolescente atendidas en el puesto de salud Francisco Real de la Comunidad Valle La Laguna- Masaya Enero a Diciembre 2017*. Masaya.
- Cáliz González, G., & Castillo Flores, L. M. (2018). *Factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Francisco*. Managua.
- Calvo Quirós, C. (2008-2009). Factores socioeconomicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Costa Rica: Revista Enfermeria Actual en Costa Rica. doi:ISSN 1409-4568
- Carvajal Barona, R., Valencia Oliveros, H. L., & Rodríguez Amaya, R. M. (2017). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 290-300.
- Castillo, M. (2007). *Fecundida adolescentes en nicaragua: Tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de politica*. Managua.
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. (2018). Embarazo en Adolescencia. *BIBLIOMED Suplemento* .
- Christian R. Mejia, M. M.-M.-D.-L. (2016). Actitudes y prácticas sobre lactancia materna en puérperas de un hospital público de Lima, Perú. *REV CHIL OBSTET GINECOL* , 281 - 287.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2005). *Lactancia Materna: Guia para Profesionales*. Madrid: Ergon.
- Concepción Batres, U. (2012). Factores socioculturales presentes en el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en la unidad cunitaria de salud familiar y especializada.
- Cruz, L. F. (Enero de 2013). *Academia*. Obtenido de <https://independent.academia.edu>
- Delgado Noguera, M., & Orellana, J. J. (2004). Conocimientos Maternos Sobre Conductas Óptimas de Lactancia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* , 09-17.

- Dra. Aylin Baydar Artantaşa, D. B. (2016). Nivel de conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto de la lactancia y la leche materna en una ciudad de Turquía: Estudio transversal. *Archivos Argentinos Pediatricos*, 514-520.
- Echeverría Recalde, V., & Puco Navarrete, M. (2016). *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP) SOBRE LACTANCIA MATERNA, EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA EN ESTUDIANTES EN PERÍODO DE LACTANCIA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE. 2015*. Ibarra, Ecuador: Universidad Técnica del Norte.
- Ecuador, U. H. (2012). *Lactancia Materna*, 4-8.
- Edna Magaly Gamboa D, N. L. (2005). Conocimientos, actitudes y practicas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en el asentamiento las Marias. *Lactancia Materna municipio de Giron*.
- El Nuevo Diario. (04 de Enero de 2019). *Nicaragua registro 47 muertes maternas en 2018*, pág. 12.
- Elvir Mayorquin, N. Y., David Murillo, P. M., Portillo Pineda, R. M., Aguilar Gutiérrez, K. F., & Colaboradores, y. (2017). CONOCIMIENTOS SOBRE CONDUCTAS ÓPTIMAS DE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN 7 HOSPITALES PÚBLICOS DE HONDURAS, 2016. *REV HISP CIENC SALUD*, 222-231.
- Elvir Mayorquin, N. Y., David Murillo, P. M., Portillo Pineda, R. M., Aguilar Gutiérrez, K. F., Granados Rodríguez, R. A., López, R. A., . . . Chavez Melendez, D. A. (2016). Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia materna en puérperas Estudio multicéntrico en 7 hospitales públicos de Honduras, 2016. *Revista Hispánica Cienc Salud*.
- ENDESA. (2016). *Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo*.
- Espinoza López, D. E., & Valle Calderón, G. A. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que poseen las madres de recién nacidos ingresados en neonatología del*. Managua.
- FNUAP. (2017). *Embarazo en la Adolescencia*. Washington D.C.
- Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social. (2016). *Embarazo Adolescente en Nicaragua*. Managua: FUNIDES.

- FUNIDES. (2016). *Causas y consecuencias economicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua*. Managua.
- FUNIDES. (2016). *Embarazo Adolescente en Nicaragua*. Managua: FUNIDES.
- Gamboa , E., & Lopez, N. (2008). KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES RELATED TO BREAST-FEEDING IN WOMEN IN REPRODUCTIVE AGE IN A VULNERABLE POPULATION. *REV. CHILENA SCIELO*, 35, 43-52.
- Gamboa D, E. M., López B., N., & Prada G., G. E. (2005). Conocimientos Actitudes y Prácticas relacionadas con la Lactancia Materna en mujeres de edad fértil del asentamiento las marías. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 90.
- Gobierno Autonomo de la Rioja. (2010). *Guia de lactancia materna para profesionales de la Salud*. La Rioja, España: Consejería de Salud del Gobierno de la Rioja.
- Gobierno de Navarra . (2006). *Manual de educación para la salud*. Navarra: ONA Industria Gráfica. Navarra, España.
- Gordillo Moscoso, A., & Medina Moreno, Ú. (2012). *Manual de investigación clínica*. México D.F.: El Manual Moderno.
- Gorrita Pérez, R. R., Brito Linares, D., & Ruiz Hernández, E. (2016). Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. *Revista Cubana de Pediatría*, 130-143.
- Guerra Domínguez, E., Valdés Madrigal, I., Martínez Guerra, M. E., Arias Ortíz, Y., & Martínez Jiménez, A. (2014). Conocimientos, actitudes, motivaciones y prácticas sobre lactancia materna vinculados a intervención educativa Policlínico "Jimmy Hirtzel". *Multimed. Rev. Médica Granma*, 18.
- Gutiérrez Flores, J. L., & Vásquez Alemán, C. D. (Diciembre de 2015). Conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna exclusiva que poseen las puérperas adolescentes atendidas en el hospital primario, Jacinto Hernández en el periodo de Abril – Septiembre 2015. Managua, Nicaragua.
- INIDE. (2016). *Anuario estadístico*. Managua.
- Katzenellenbogen, J., Joubert, G., & Abdool Karim, S. (1997). *Epidemiology: A manual for South Africa*. Cape Town: Oxford University Press Southern Africa. *Formats and Editions of Epidemiology*.

- Kliegman, R. M., Jenson, H. B., Behrman, R. E., & Stanton, B. (2008). *Nelson Tratado de Pediatría*. Barcelona: Elsevier.
- Kumar, V. A. (2010). En K. V, *Robbins And Cotran Pathologic*. Philadelphia: Elsevier.
- L. Drake, R., Vogl, A. W., & M. Mitchell, A. W. (2010). *Gray Anatomía para estudiantes*. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
- Langman. (2004). Embriología Médica. En Langman, *embriología médica* (págs. 84-91). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Lawrence, R. (1996). La Lactancia Materna una guía para profesión Médica.
- Leslie P. Gartner, P. J. (2002). texto de atlas de histología. En P. J. Leslie P. Gartner, *Texto de Atlas de Histología*. McGraw Hill Interamericana .
- Lezcano, H., & Fajardo, L. (2011). KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICES OF FEMALE SEX WORKERS TOWARDS HUMAN. *Revista Médico Científica*, 22-30.
- Linkage. (2012). Cuantificación de los beneficios de la Lactancia Materna. *Programa de Alimentación y nutrición, dirección de promoción y protección de la salud*.
- Loredo Abdalá, A., Vargas Campuzano, E., Casas Muñoz, A., González Corona, J., & Gutiérrez Leyvab, C. d. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Rev Med Inst Mex Seguro Social*, 223-9.
- Luciani, S., & Andrus, J. (2008). A Pan American Health Organization strategy for cervical cancer prevention and control in Latin America and the Caribbean. *Pulmed, S National Library of Medicine National Institutes of Health*, 59-66.
- Meléndez, D. E., Bello Aguilar, D. C., & Guzmán Miranda, G. A. (2014). - *Conocimientos, Actitudes y Orácticas sobre lactancia materna en púérperas del servicio de maternidad en el hospital José Neibrowsky, de Boaco durante el período de Abril a Octubre 2012*. Boaco, Nicaragua.
- Meléndez, D. E., Blass Calero, K. M., & Jirón, M. I. (2012). - *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA DE LA CIUDAD DE GRANADA DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2012*. Granada, Nicaragua.

- Mendoza y cols. (2012). Actividad sexual en adolescentes temprana. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 271-279.
- Modelos y Estrategias de Comunicación en Salud; y técnicas cualitativas.* . (s.f.).
- Mora Cancino, A. M., & Hernández Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología Y Reproducción Humana*, 76-82.
- Ministerio de la mujer. (s.f.). *MINSA*. Obtenido de MINSA: <http://www.minim.gob.ni/?s=embarazo+en+adolescentes>
- Ministerio de Salud. (2008). Normativa 011 Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo. Managua, Managua.
- Ministerio de Salud MINSA. (2010). *Norma 060 - Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria*. Managua, Nicaragua: MINSA.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2010). *Manual de Lactancia Materna*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de salud. México. (1999). Norma para la atención en la salud del niño. *normativa oficial mexicana -031*.
- Ministerio de Salud. Nicaragua. (2006). Normativa 060. Manual de Lactancia Materna. Managua, Nicaragua.
- Ministerio de Salud. Nicaragua. (2008). Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria. En U. MINSA. Managua, Nicaragua: Arte y Creación.
- Ministerio de Salud. Nicaragua. (2010). Manual de Lactancia Materna para la Atención Primaria. Managua, Nicaragua.
- MINSA. (2010). Manual Lactancia Materna. *Normativa-060*.
- MINSA. (Septiembre de 2010). Normativa 60 - Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria. Managua: MINSA.
- MINSA. (2013). *Manual para el llenado de la historia clínica perinatal*. Managua.
- MINSA. (2016). *Protocolo para la atención de adolescentes embarazadas*. Managua.
- MINSA. (25 de Enero de 2019). *El 19 Digital*. Obtenido de <http://minsa.gob.ni/index.php/109-noticias-2019/4376-nicaragua-reduce-mortalidad-materna-y-muertes-por-cancer-cervico-uterino>
- Miranda Aldana, Y. C., & Umanzor Benavidez, S. L. (Febrero de 2015). Conocimiento, Actitudes y Práctica acerca de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres primigestas

- entre las edades de 15-24 años que acuden a consulta en centro de Salud Francisco Buitrago en el periodo Abril-Mayo 2014. Managua, Nicaragua.
- Mujeres en liderazgo. (2017). causas y consecuencias economicas y sociales en adolescentes embarazadas en nicaragua.
- Navarro Cáceres, W. (2011). La Lactancia Materna y sus propiedades Microbio-Immunológicas. *Cuerpo Médico. HNAAA*, 66.
- Navarro, w. C. (2011). Lactancia materna y sus propiedades microbio inmunologicas. *Cuerpo Medico HNAAA*.
- Nicaragua, M. d. (2010). *Maual de atencion de lactancia materna* , 5-7.
- Noriega, F., Torrez, A., & Umaña, J. (2012). Factores Socioculturales presentes en el abandono de la lactancia materna exclusiva en la unidad comunitaria de salud familiar. *Revista Mexicana de Salud Pública*.
- O.M.S. Programa de Alimentación y Nutrición. (2010). Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna. Wshington. Estados Unidos.
- OMS. (2014). *Manual de Encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) sobre la sexualidad SIDA / ETS*. MEXICO, DF.
- OMS. (2015). *El embarazo en adolescentes*. managua: Bolentin informativo.
- OMS. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra, Suiza.
- OMS. (2018). *Embarazo en Adolescentes*. Ginebra.
- OMS. (2018). *Embarazo en Adolescentes*. Ginebra.
- OMS. (2019). *Semana Mundial de Lactancia Materna*. Ginebra.
- OMS/UNICEF. (1 de Agosto de 1990). Declaracion de Innocenti Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna. Florencia, Italia.
- OPS. (2018). *El embarazo en la Adolescencia*. Whashington D.C. USA.
- OPS/OMS. (2002). *Guía para escribir un protocolo de investigación*. Washington D.C.
- OPS/OMS. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.). (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño:Capítulo modelo para libros de textos dirigidos a estudiantes de Medicina y otras ciencias de la salud. Washington, Estados Unidos.

- Organización Mundial de la Salud OMS. (1 de Mayo de 2001). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño.
- Organización Mundial de la Salud, O. P. (2010). La Alimentación del lactante y del niño pequeño. *libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*.
- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud; Instituto de Nutrición de Centro América, Panamá y República Dominicana . (2016). *Taller Regional sobre estrategias e intervenciones para revitalizar las políticas de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Centroamérica y República Dominicana*. Guatemala.
- Organización panamericana de la salud. (01 de 10 de 2015). PAHO. Obtenido de PAHO: http://bvs.per.paho.org/videosdigitales/matedu/RegionAmericas_fgonzales.pdf
- Pediatría Integral. (2013). *Normalidad y alteraciones de la menstruación en adolescentes*.
- Pinilla Gómez, E., Domínguez Nariño, C., & García Rueda, A. (2014). Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. *Enfermería Global*(33), 59-70. doi:ISSN: 1695-6141
- Quezada, C. A., Delgado, A., Arroyo, L. M., & Díaz, M. A. (2008). Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Boletín Médico Hospital Infantil México*, 19-25.
- Ramos, C. L. (2002). Embarazo y Lactancia durante la adolescencia. *Revista del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"*, 55-58.
- Rayo García, A. J., & Arrieta Estrada, J. C. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a Lactancia Materna en mujeres de 15 a 45 años que asisten al Puesto de Salud San Sebastián, Managua, Noviembre a Diciembre 2015. Managua, Nicaragua.
- Richard L, D. W. (2005). En R. L, *Gray Anatomía para estudiantes*. España: ELSEVIER.
- Rodríguez, F., Borace, R., & López, A. (2006). *Conocimiento, actitudes y prácticas del personal multidisciplinario de salud y la promoción realizada a las madres con respecto a la lactancia materna en dos maternidades*. Panama: Ministerio de Salud.
- Sanabria, N. (2012). Conocimientos, Prácticas y Percepciones de mujeres sobre la citología cervical. 33, 82-89.

- Sanchez, Y., Mendoza, L., Grisales, M., Ceballos, L., Busamente, J., Castañeda, E., . . . Acuña, M. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en adolescentes, tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 269-281.
- Secretaría de educación pública. (2012). Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven. *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*.
- Sena Barrios, A., Rivera Rivadulla, R., Díaz Guzmán, E., Hernández Domínguez, B., & Armas Ramos, N. (2014). Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. *Revista Ciencia Medicas*, 574-589.
- Serrano, J. (2016). *Recopilaciones*. Matagalpa Nicaragua: No Editado.
- Sociedad española de Pediatría (SEAP). (2012). Lactancia materna Guía para profesionales. 30-31.
- Sociedad Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. (2011). Lactancia Materna: Guía para profesionales. . Madrid. España: El Servier.
- Soto, J. F., Roa Moreno, B., Sánchez, L., Socha, L., Leal, C., Parra, K., . . . Nieto, S. (2014). CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA PRENATAL HOSPITAL DR. PATROCININO PEÑUELA RUIZ SAN CRISTOBAL, VENEZUELA. *Archivos Venezolanos de puericultura y pediatría*, 128-132.
- Tascon, L., Benitez, D., & Ospina, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en adolescentes. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 243-253.
- Telica González, D. X., Acuña Morales, M., & Caballero Flores, M. A. (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al programa de vigilancia periódica de crecimiento y desarrollo del centro de salud villa libertad en mayo y junio del 2011*. Managua.
- Ulloa González, D. A., Ponce Blanco, M. J., & Romer Alvarez, M. d. (2010). *Características y prácticas de la lactancia materna de la mujer nicaraguense en el período 2001-2005*. Nicaragua.
- UNICEF. (2015). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Informe final*. Panamá: UNICEF. Plan Internacional.

- UNICEF. (19 de Septiembre de 2017). *UNICEF*. Obtenido de https://www.unicef.org/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf
- UNICEF NICARAGUA. (2006). Iniciativa de las unidades de salud amigas de la Niñez y de la Madre. *Proyecto de garantía de calidad y el fondo de las Naciones Unidas*.
- Urbina Reyes, S. d., & Vargas Ramos, M. M. (2016). *Complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Región Autónoma del Atlántico Sur, durante el periodo de enero-septiembre 2015*. Managua.
- Veramendi-Espinoza, L., Zafra-Tanaka, J., Ugaz-Soto, L., Villa-Santiago, N., Torres-Bravo, L., Pinto-Arica, A., & Moras-Rosado, M. (2012). CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS DE COMUNIDAD RURAL PERUANA Y SU ASOCIACIÓN CON LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA. *FELSOCEM*, 82'88.
- WHO/UNICEF. (2015). *Atención del parto en Adolescentes*. Ginebra.
- World Health Organization. (10 de 12 de 2015). *WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents indeveloping countries*. . Obtenido de WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents indeveloping countries. : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/
- Xiomara Hernández, B. V. (2010). Manual de Lactancia Materna para la Atención Primaria. *Direccion General de Regulacion Sanitaria,Managua, MINSA*.
- Zendejas, L. P. (abril de 2013). *inspvvirtual*. Obtenido de http://www.inspvirtual.mx/banco_tesis/Alvarez%20Zendejas%20Patricia%20Marghel%20_%20PTP%20MSP%20epidemiologia.pdf
- Zimmermann, C. R., Medina Pinto, S., Ortíz Gavilán, A. V., Miño, C., & Itatí Abreo, D. G. (2011). CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS DE LA CIUDAD DE RESISTENCIA EN EL AÑO 2010. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina No. 207*.
- Zimmermann, C., Medina Pinto, S., Ortiz Gavilán, A., & Itatí Abreo, G. (2011). CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS DE LA

CIUDAD DE RESISTENCIA EN EL AÑO 2010. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina.* , 9 pp.

Zimmermann,, C., Medina Pinto, S., & Ortiz Gavilán, A. (2011). CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS DE LA CIUDAD DE RESISTENCIA EN EL AÑO 2010. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.*

ANEXOS

**Recinto Universitario Rubén Darío
Facultad de Ciencias Médicas**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Consentimiento informado

Tema: Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la Lactancia Materna en Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, del Departamento de Managua. Segundo Semestre 2019.

.

.Yo _____, certifico que me han informado con veracidad y claridad con respecto a la investigación académica en la que me han invitado a participar; de forma libre y espontánea. He tomado la decisión de colaborar de forma activa, así mismo he sido informada del derecho para decidir retirarme de la investigación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, además que se respetará la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada.

Autorizo utilizar la información brindada por mí persona para los fines que se estima conveniente de acuerdo al desarrollo de la investigación.

Firma de la participante. _____

Firma del investigador. _____

Fecha de realización. _____

Instrumento de Recolección de la Información Datos Generales

1. Edad:

- a) 15 a 16 años _____
- b) 17 a 19 años _____

2. Nivel de Escolaridad:

- a) Primaria _____
- b) Secundaria _____
- c) Técnico _____
- d) Universitaria _____

3. Estado civil:

- a) Casada _____
- b) Soltera _____
- c) Unión Libre _____

4. Ocupación

- a) Estudiante _____
- b) Ama de Casa _____
- c) Trabajadora _____

5. Religión:

- a) Católica _____
- b) Evangélica _____
- c) Otra _____
- d) Ninguna _____

6. Procedencia:

- a) Urbana _____
- b) Rural _____

7. Número de Controles Prenatales (CPN):

- a) 1 a 2 _____
- b) 3 a 4 _____
- c) 5 a 6 _____
- d) > 6 _____

II. Conocimientos sobre Lactancia Materna

No	PROPOCICIONES	SI	NO	NO SABE
	Duración de la lactancia Materna			
1	La Lactancia materna debe realizarse desde que nace el bebé hasta los 2 años inclusive			
2	La lactancia materna exclusiva dura 6 meses			
3	La lactancia materna exclusiva dura 1 año			
4	Debe darse lactancia materna cada vez que el niño lo desee			
	Preparación de la mujer previo a la lactancia materna			
5	La preparación de los pezones facilita la lactancia materna			
6	La lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama			
7	Todas las mujeres están preparadas para dar el pecho a sus bebes			
8	La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo			
9	Hay que comer el doble para poder dar de mamar			
	Beneficios de la lactancia materna A LA MADRE			
10	La lactancia materna disminuye el riesgo de Diabetes tipo 2 y depresión postparto			
11	Disminuye el riesgo de cáncer de mama y de ovario			
12	Cuando una mujer empieza a trabajar, es posible continuar la lactancia materna			
13	La lactancia materna disminuye el tiempo de recuperación después del parto			
	Beneficios de la lactancia materna AL BEBE			
14	La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo			
15	Los niños alimentados con lactancia materna desarrollan mayor nivel de inteligencia			
16	La leche materna protege contra la diarrea y las neumonías			
	Técnicas adecuadas para la lactancia Materna			
17	Debe lavarse las manos antes de empezar a dar de mamar a su bebe			
18	La mujer debe de ponerse en una posición cómoda al momento de lactar			
19	Acercar al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen			
20	Al terminar de lactar, la mujer debe retirar el pezón y la areola de manera espontanea			

PUNTAJE _____

CATEGORIA _____

Valoración de las características generales de las fuentes de información

1. ¿Ha recibido usted alguna vez información sobre la lactancia materna?
 - a) Si _____
 - b) No _____

1. ¿A través de qué tipos de personas usted recibió información sobre la lactancia materna?
 - a) Médico _____
 - b) Enfermera _____
 - c) Padres _____
 - d) Amigos _____
 - e) Maestros _____

2. ¿En qué sitio o tipo de institución es donde usted obtuvo la información sobre la lactancia materna?
 - a) En la calle _____
 - b) En la escuela _____
 - c) En el Centro de Salud _____
 - d) En Farmacias _____
 - e) En el hogar _____

3. ¿A través de qué medio de información usted recibió la información sobre la lactancia materna?
 - a) Por la Radio _____
 - b) Por la televisión _____
 - c) Internet _____
 - d) Folletos _____

4. ¿Cuál fue el mensaje principal de la información recibida?
 - a) Es el mejor alimento para el bebé _____
 - b) Es la mayor demostración de amor para los recién nacidos _____
 - c) Todas las mujeres deben de realizar la lactancia materna _____
 - d) No es doloroso ni provoca afectaciones en las mujeres _____

5. ¿Cómo considera usted la calidad de la información que le brindaron en relación con la lactancia materna?
 - a) Me explicaron con lenguaje sencillo _____
 - b) No entendí nada de lo que me explicaron _____

III. Actitud de la Madre hacia la Lactancia Materna

DA = De acuerdo I = Indiferente (le da igual) ED = En desacuerdo

Nº	PROPOSICIONES	DA	I	DS
	Actitud ante la responsabilidad de lactancia materna			
1	Durante los 6 primeros meses de vida, el bebé debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente			
2	La leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebe que la leche materna.			
3	A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo			
4	Un ambiente tranquilo y agradable es importante para dar de lactar			
5	La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.			
	Actitud ante la opinión de las mujeres acerca de la lactancia materna			
6	Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.			
7	La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia.			
8	El bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace.			
9	El bebé, cuando toma el pecho de su madre, recibe amor seguridad y afecto.			
10	La madre que amamanta padece menos de cáncer.			
11	La lactancia materna puede usarse como método anticonceptivo.			
12	No todas las mujeres tienen suficiente leche para dar de lactar.			
	Actitud ante las complicaciones de la lactancia materna			
13	Dar de mamar al bebé es doloroso.			
14	El estado de ánimo de la madre influye para que tenga más leche.			
15	La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.			
16	El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, de la madre interfiere con la lactancia materna.			
17	Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y conservarla en la refrigeradora.			
18	La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre			

PUNTAJE _____

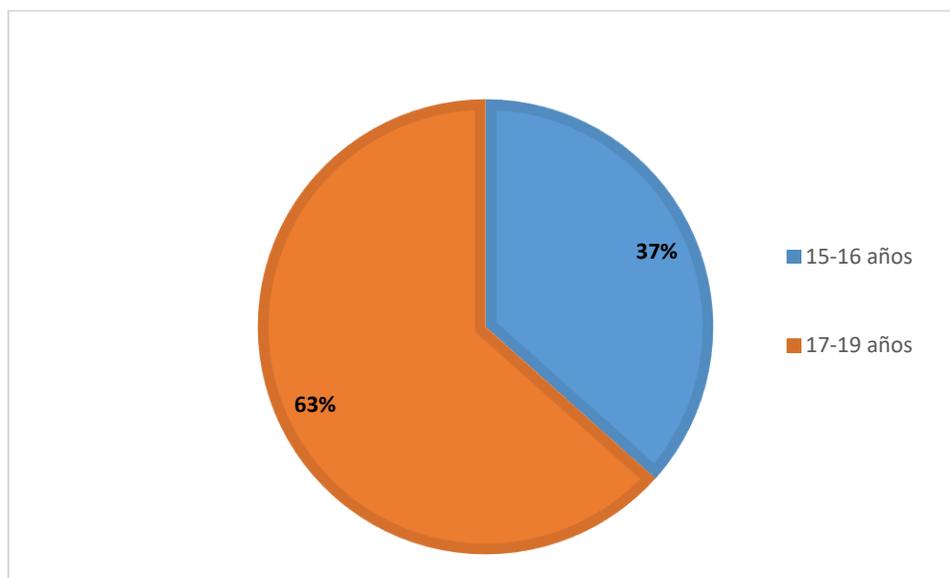
CATEGORIA _____

IV. Prácticas hacia la Lactancia Materna

N°	PROPOSICIONES	SI	NO
1	Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebé		
2	Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados		
3	Coloca la cabeza del bebe en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera		
4	Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial		
5	Acercas al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen		
6	Introduce el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente		
7	Los labios del bebe permanecen evertidos (boca de pescado)		
8	Permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos		
9	Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial.		

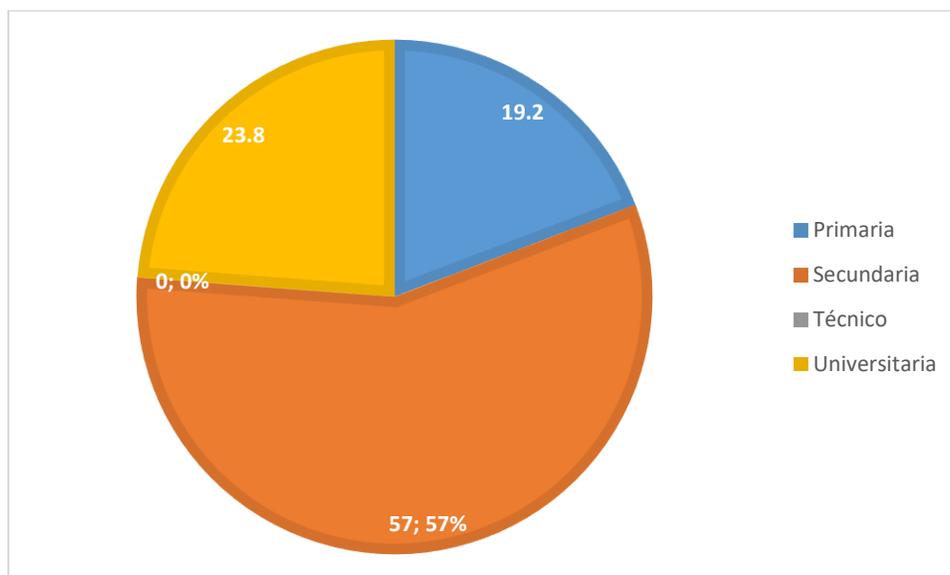
Gráficos

Gráfica 1: Edad más frecuente de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019.



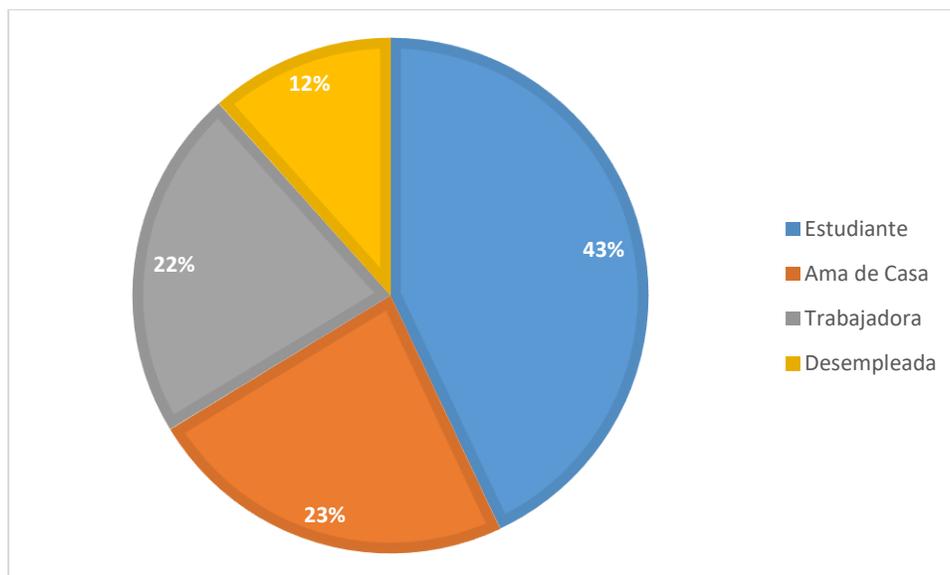
Fuente: Tabla 1

Gráfica 2: Escolaridad de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019.



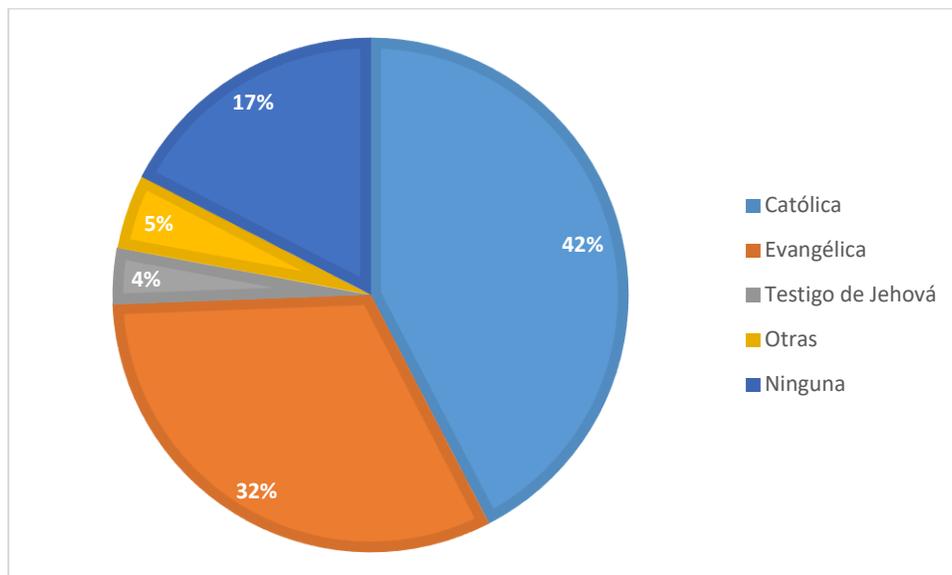
Fuente: Tabla 1

Gráfica 3: Ocupación de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019.



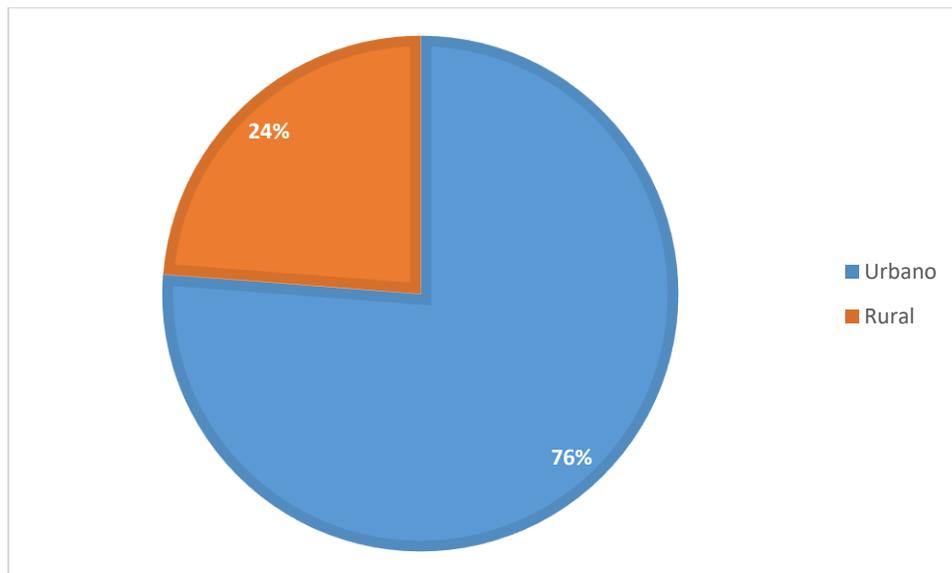
Fuente: Tabla 1

Gráfica 4: Religión de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019.



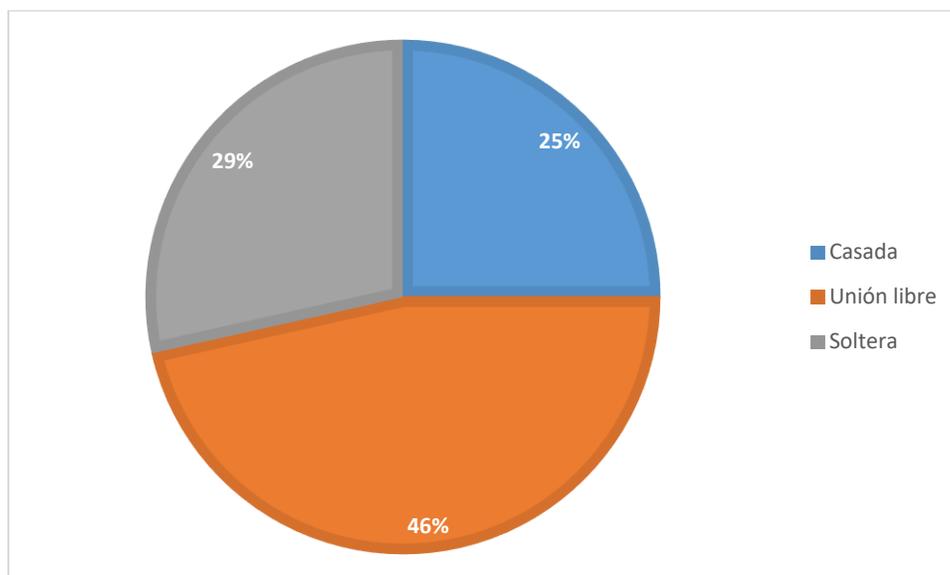
Fuente: Tabla 1

Gráfica 5: Procedencia de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019.



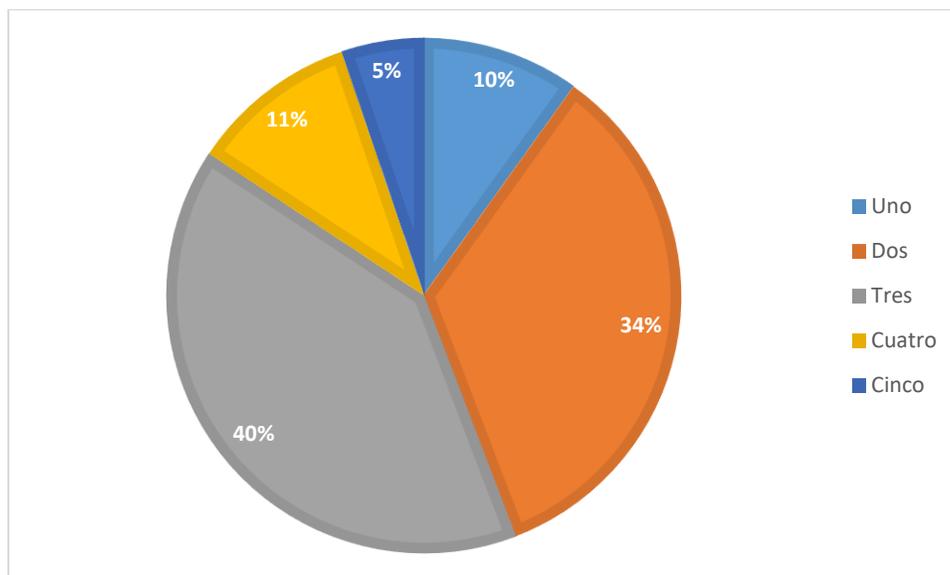
Fuente: Tabla 1

Gráfica 6: Estado civil de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019.



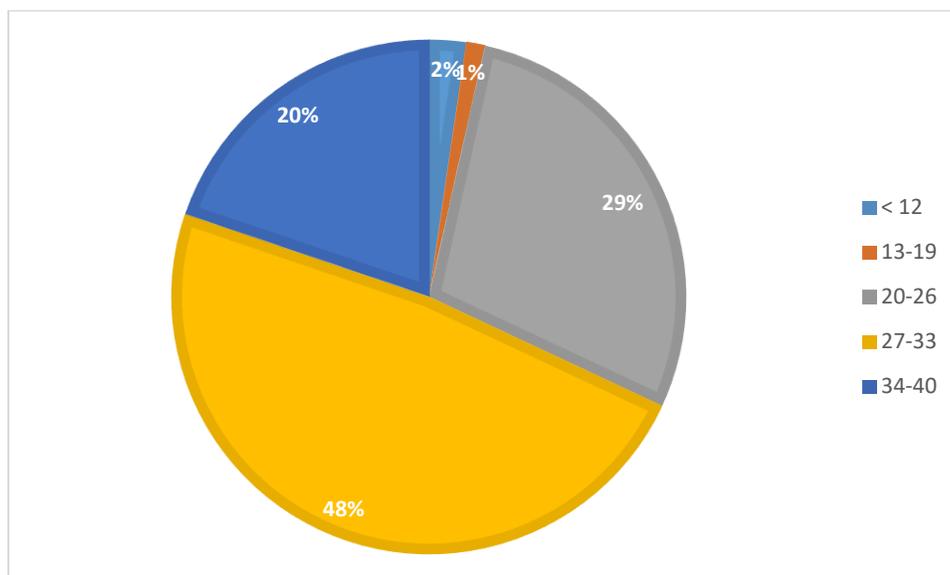
Fuente: Tabla 1

Gráfica 7: Número de controles prenatales de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019.



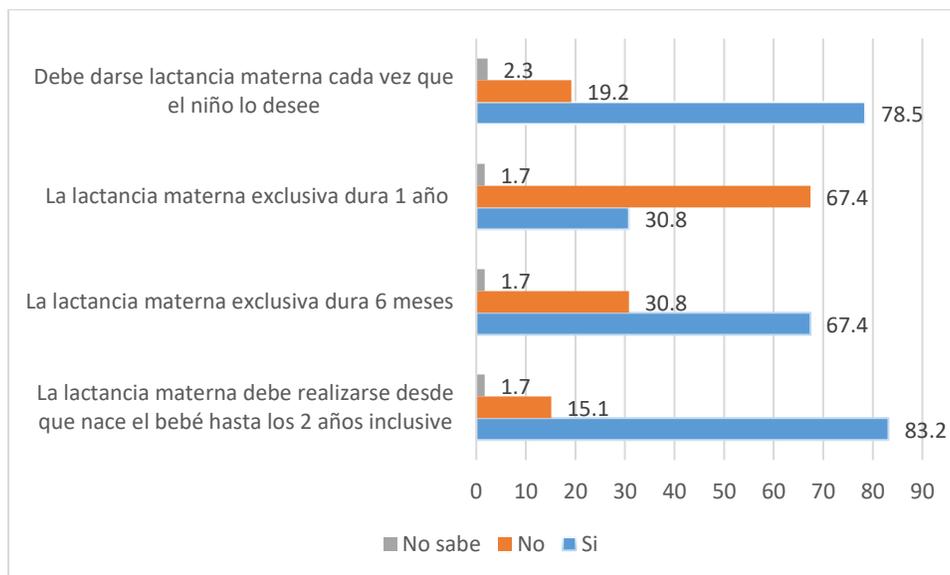
Fuente: Tabla 2

Gráfica 8: Semanas de gestación de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019.



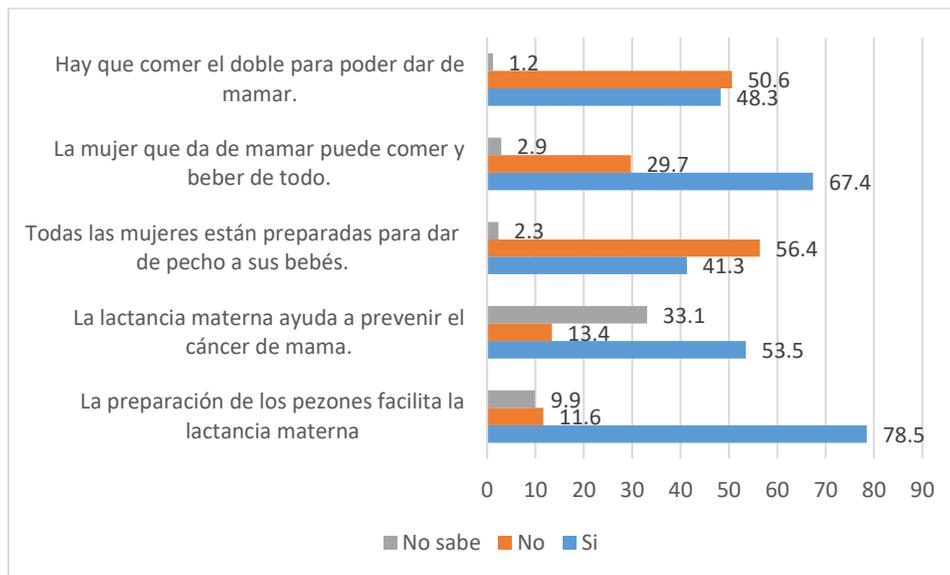
Fuente: Tabla 3

Gráfica 9: Conocimientos sobre duración de la lactancia materna de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Managua. 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019.



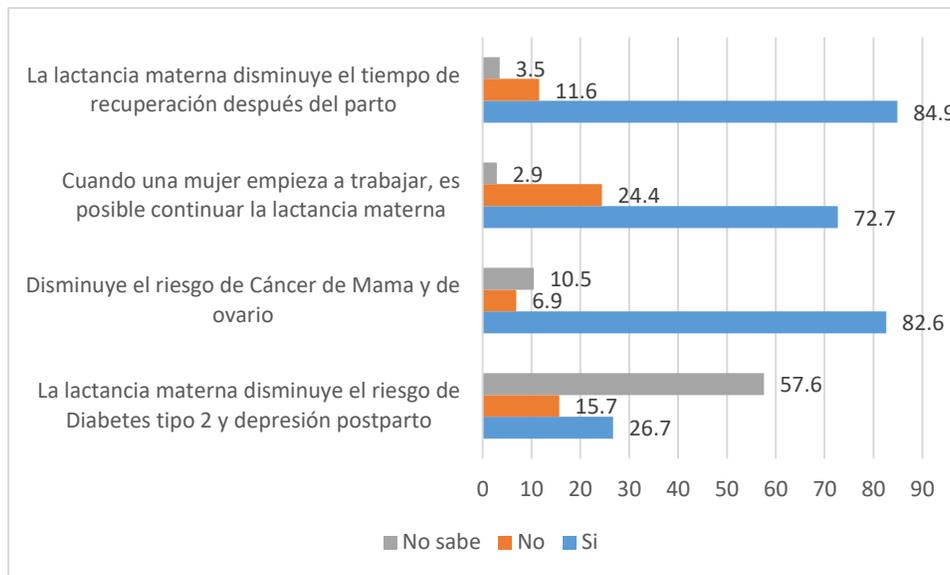
Fuente: Tabla 4

Grafica 10: Conocimientos Sobre Preparación previo a la lactancia de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



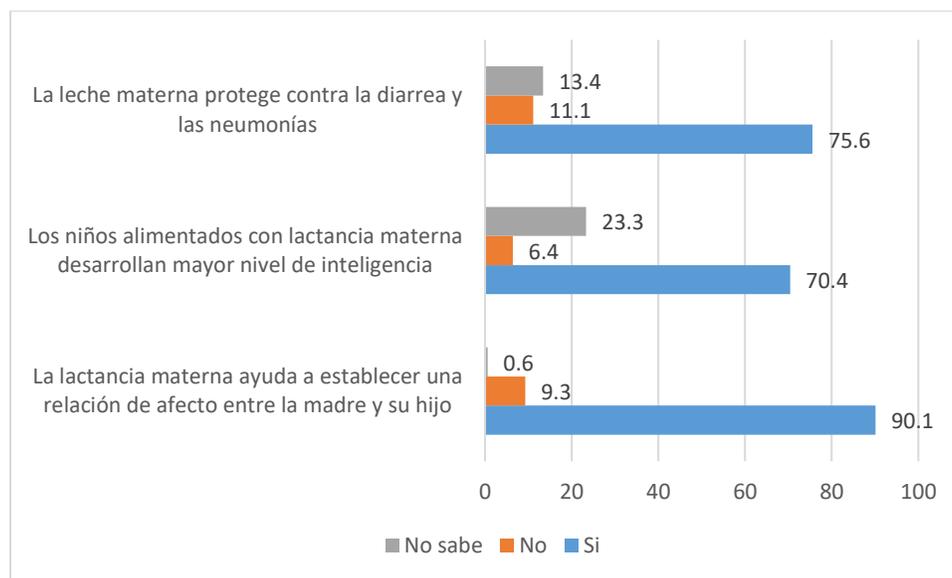
Fuente: Tabla 5

Gráfica 11: Conocimientos Sobre Beneficios de la lactancia materna en las Madres de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



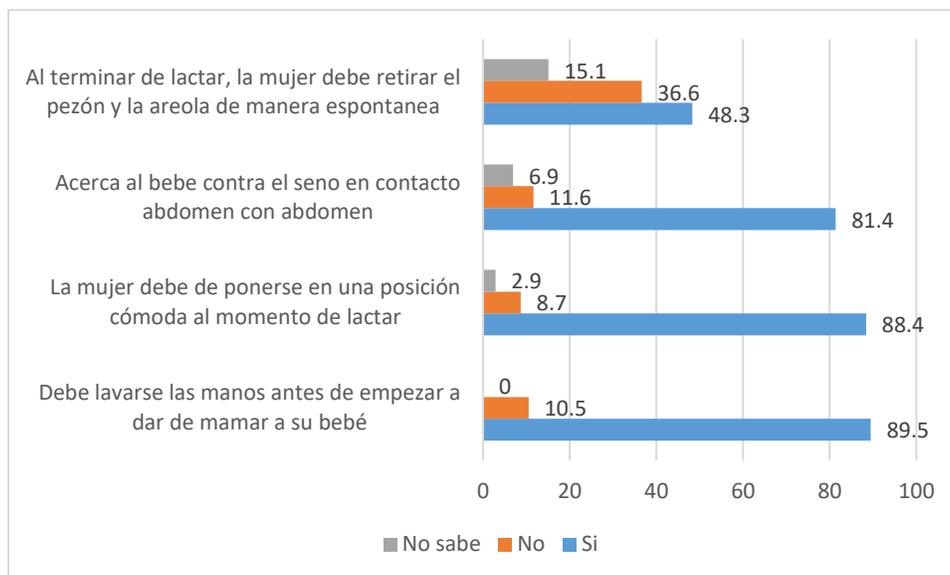
Fuente: Tabla 6

Gráfica 12: Conocimientos Sobre Beneficios de la lactancia materna en el Bebé de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



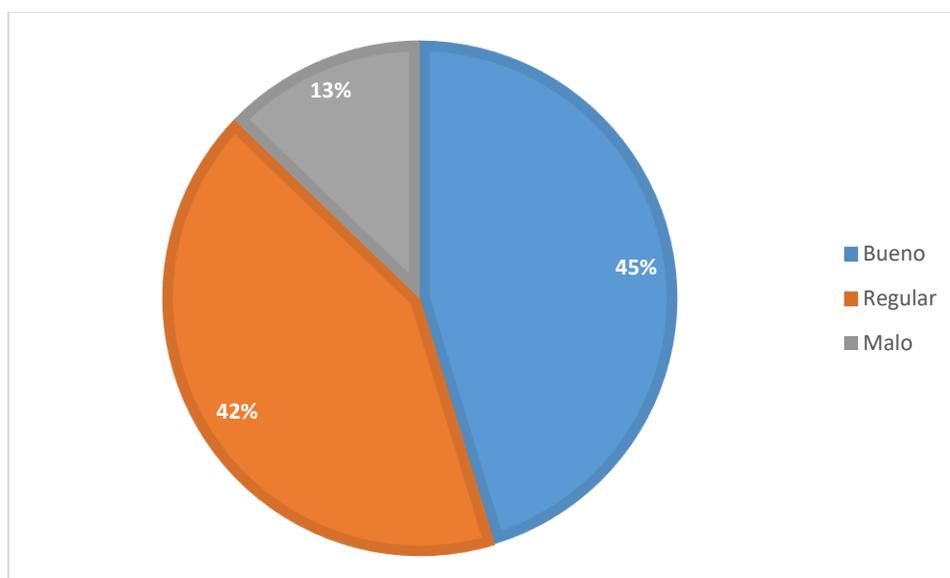
Fuente: Tabla 7

Gráfica 13: Conocimientos Sobre técnica adecuada para la lactancia materna de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



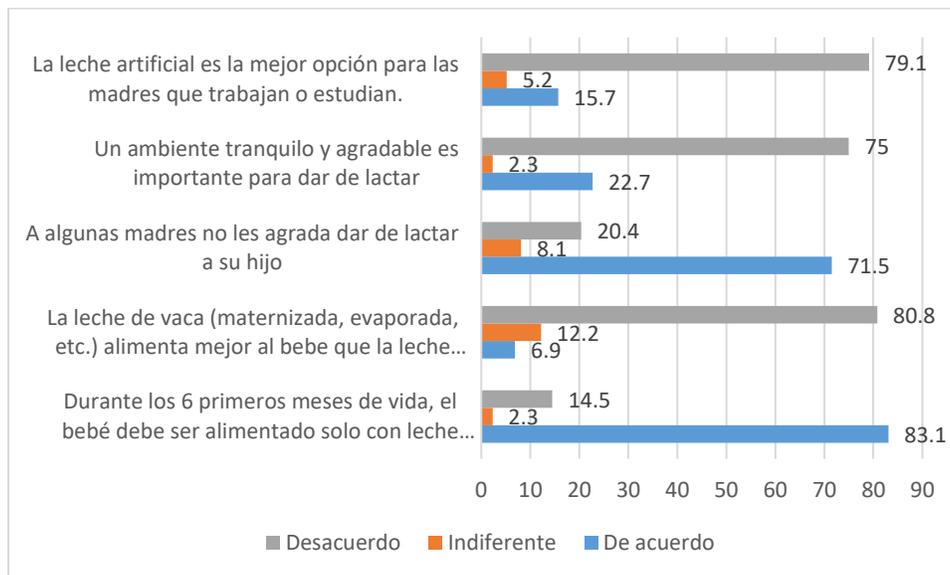
Fuente: Tabla 8

Gráfica 14: Consolidados de Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



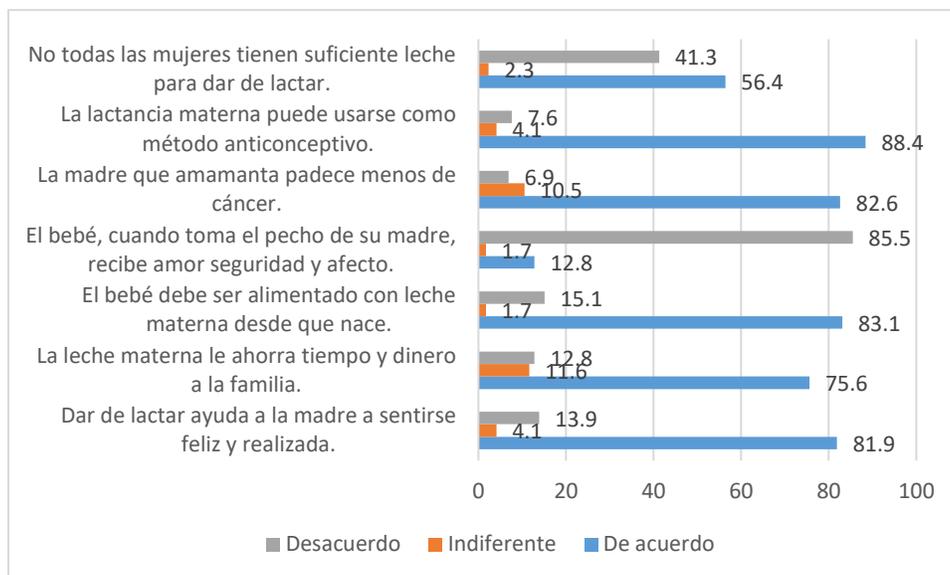
Fuente: Tabla 9

Gráfica 15: Actitud ante la responsabilidad de la lactancia materna de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



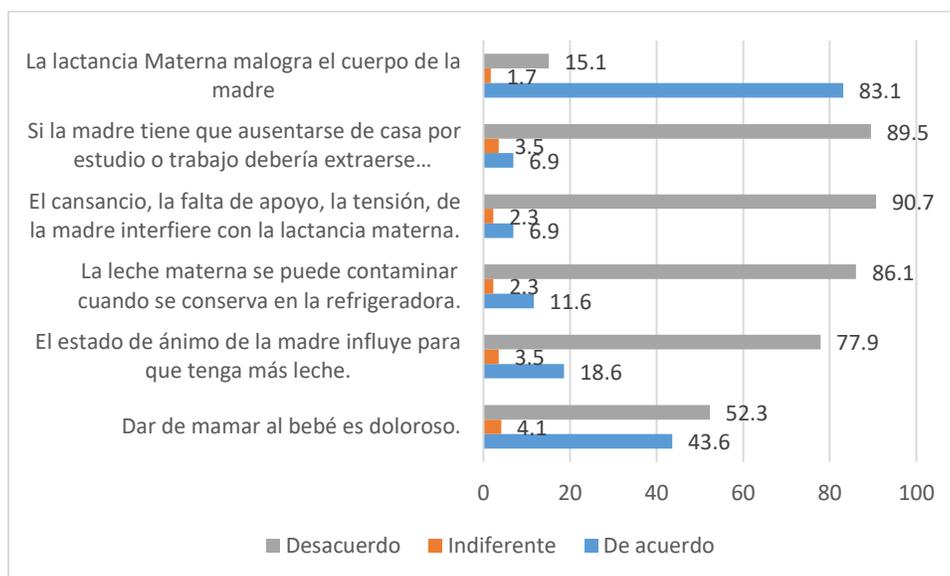
Fuente: Tabla 10

Gráfica 16: Actitud ante la opinión de las mujeres acerca de la lactancia materna de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



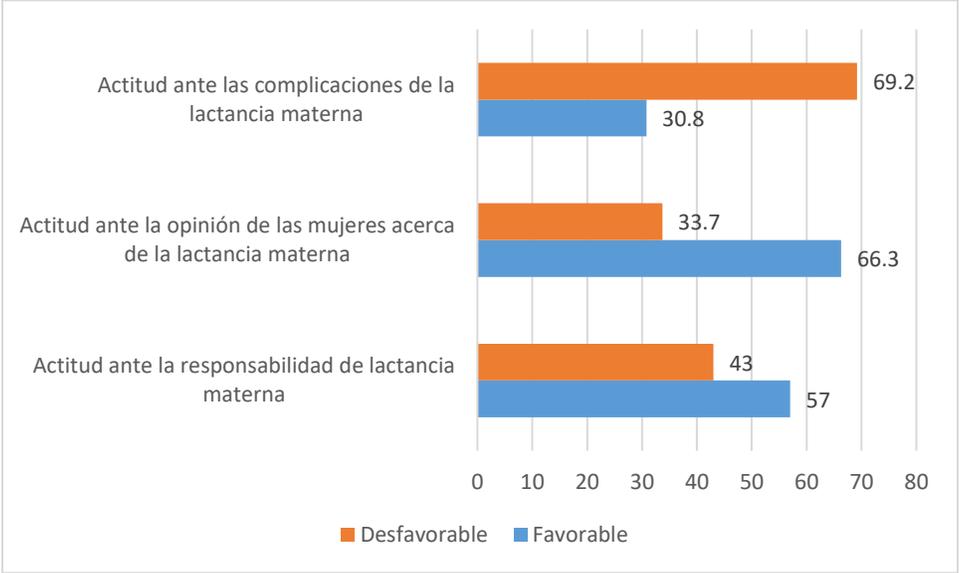
Fuente: Tabla 11

Gráfica 17: Actitud ante las complicaciones de la lactancia materna de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



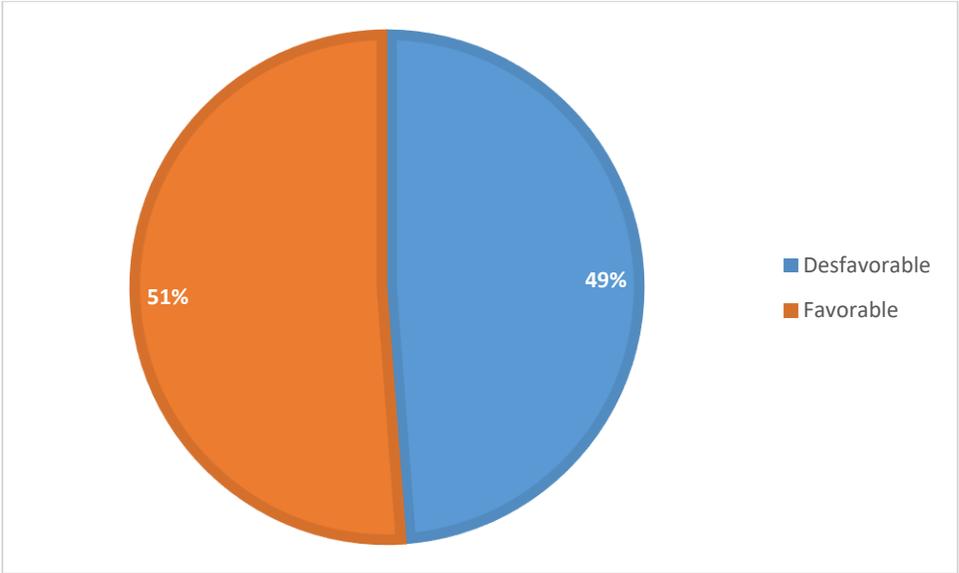
Fuente: Tabla 12

Gráfica 18: Consolidado de Actitudes según dimensión de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



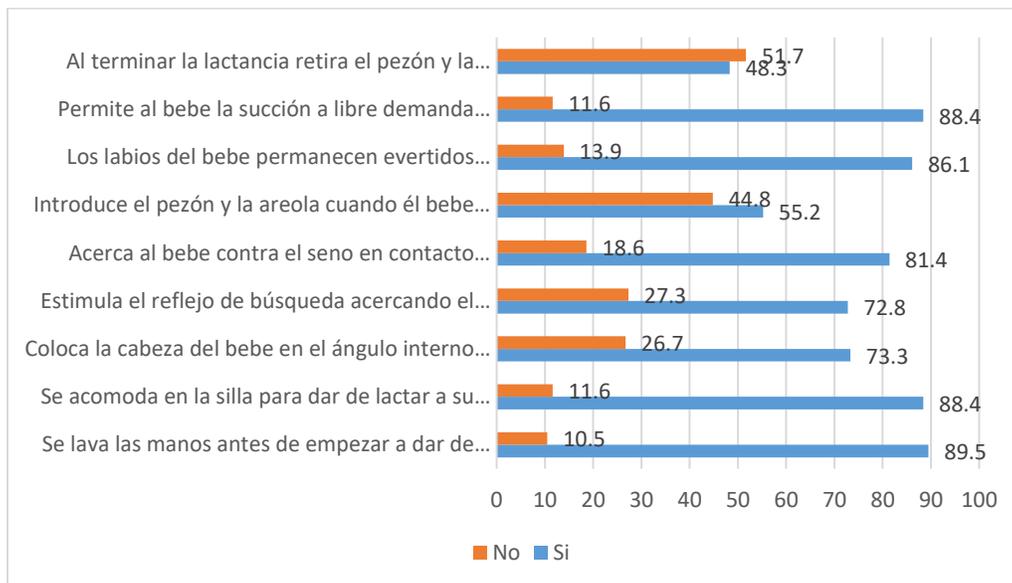
Fuente: Tabla 13

Gráfica 19: Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



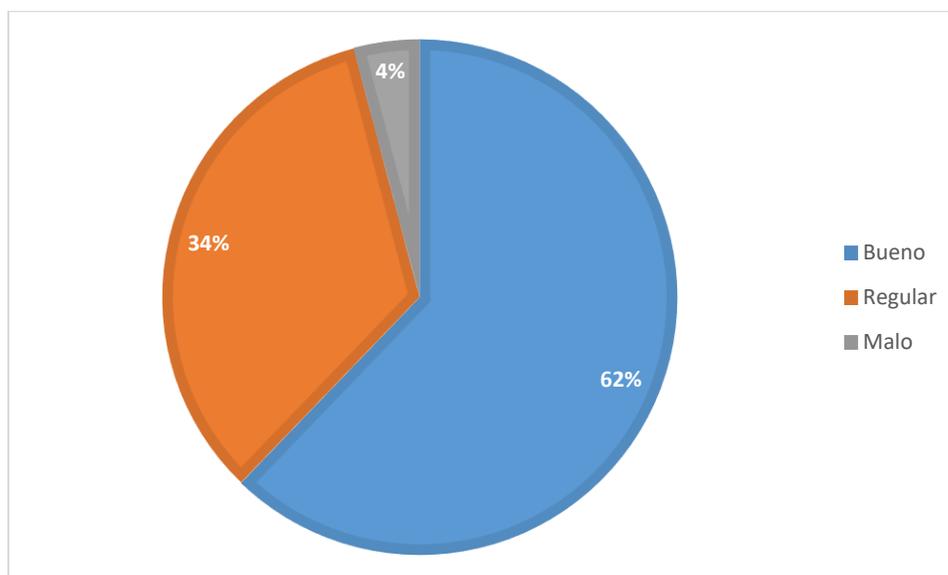
Fuente: Tabla 14

Gráfica 20: Evaluación de Prácticas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



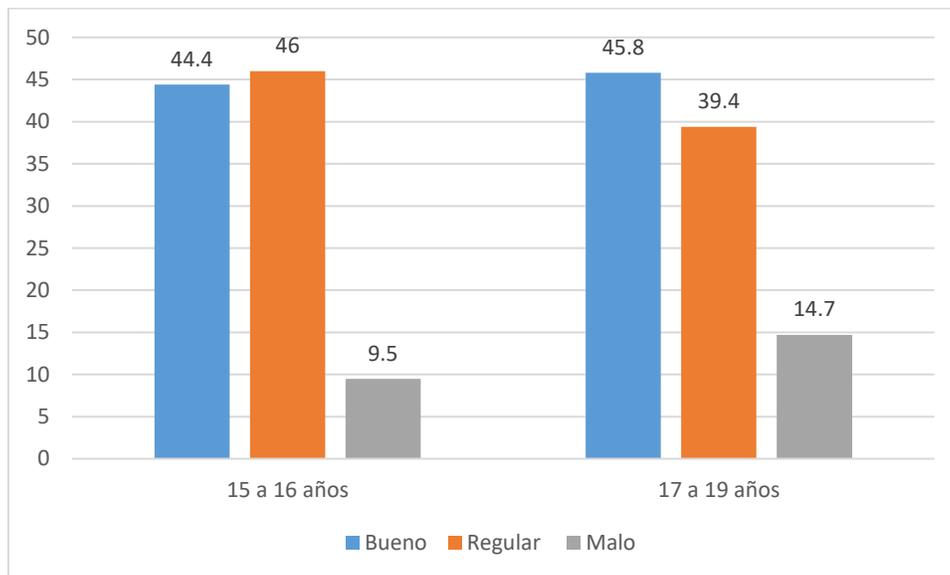
Fuente: Tabla 15

Gráfica 21: Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



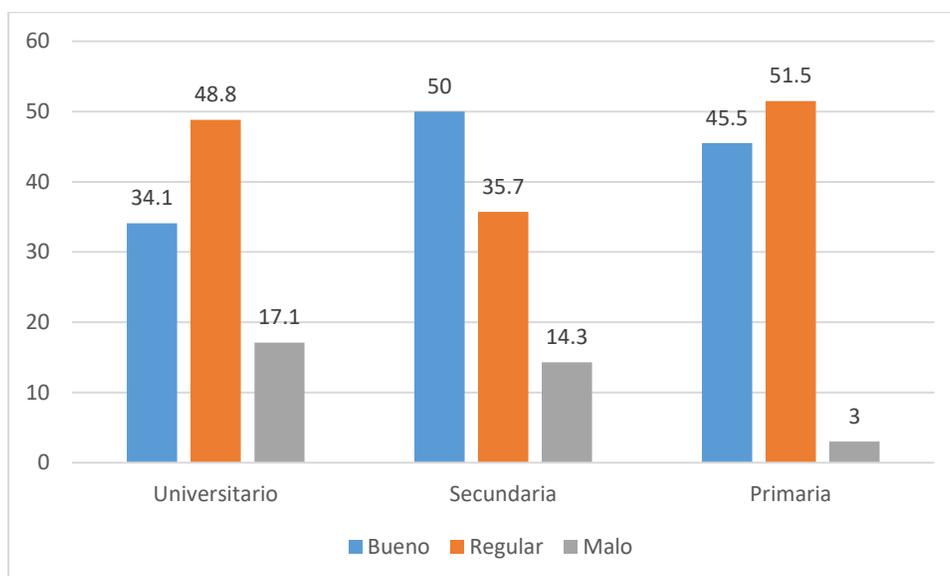
Fuente: Tabla 16

Gráfica 22: Edad vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



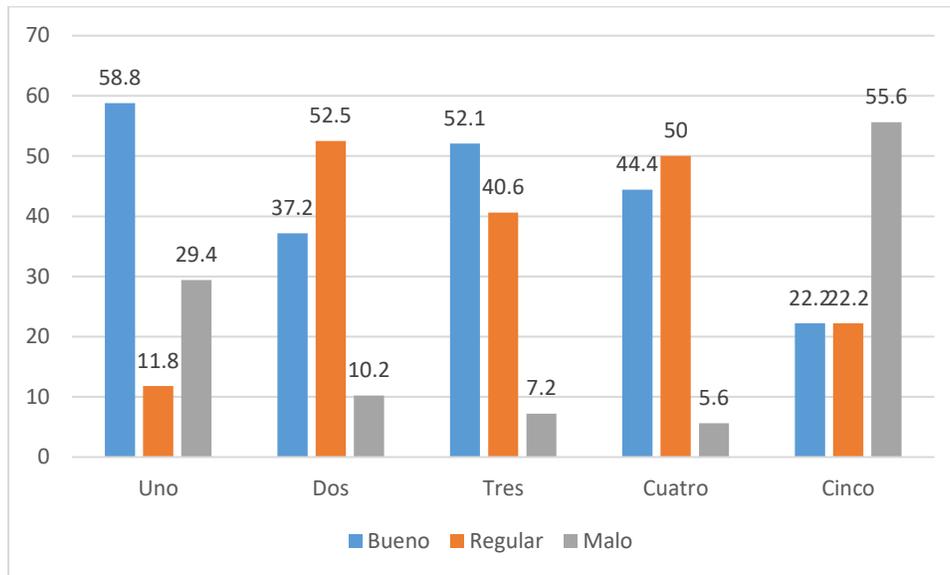
Fuente: Tabla 17

Gráfica 23: Nivel de escolaridad vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



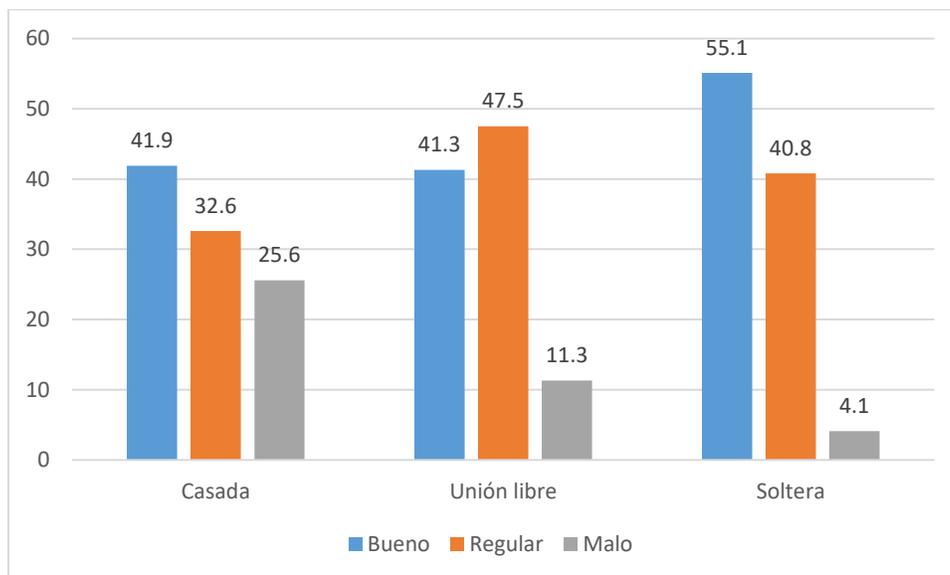
Fuente: Tabla 18

Gráfica 24: Número de controles prenatales vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



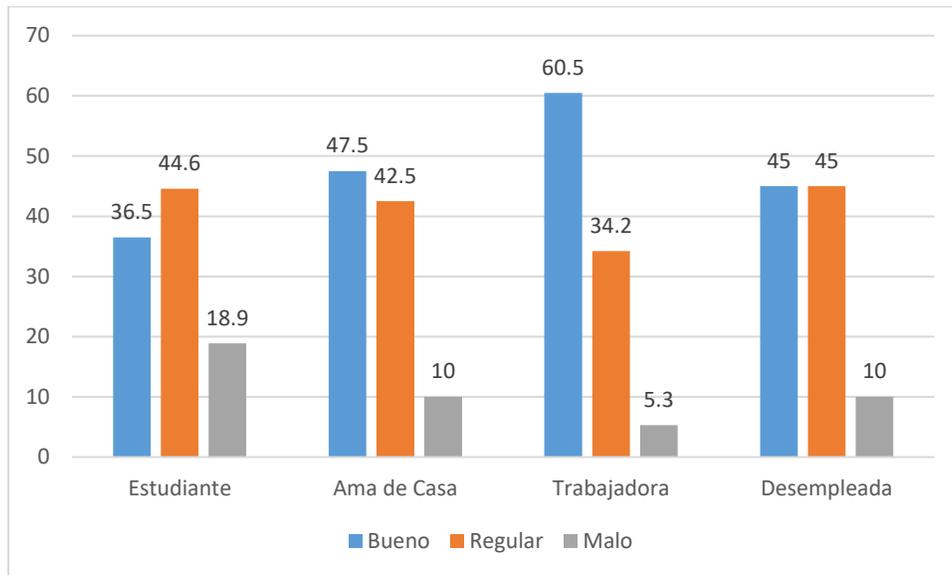
Fuente: Tabla 19

Gráfica 25: Estado Civil vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



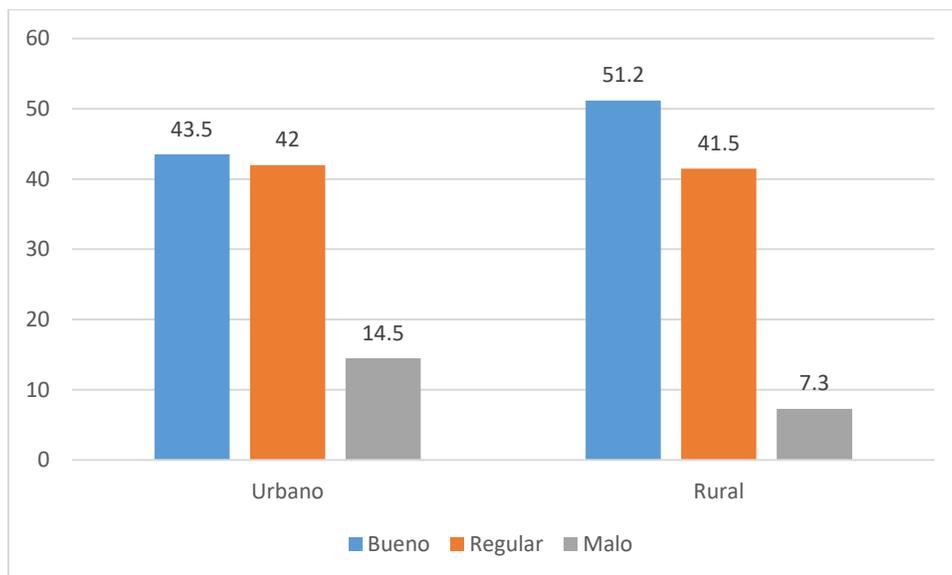
Fuente: Tabla 20

Gráfica 26: Ocupación vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



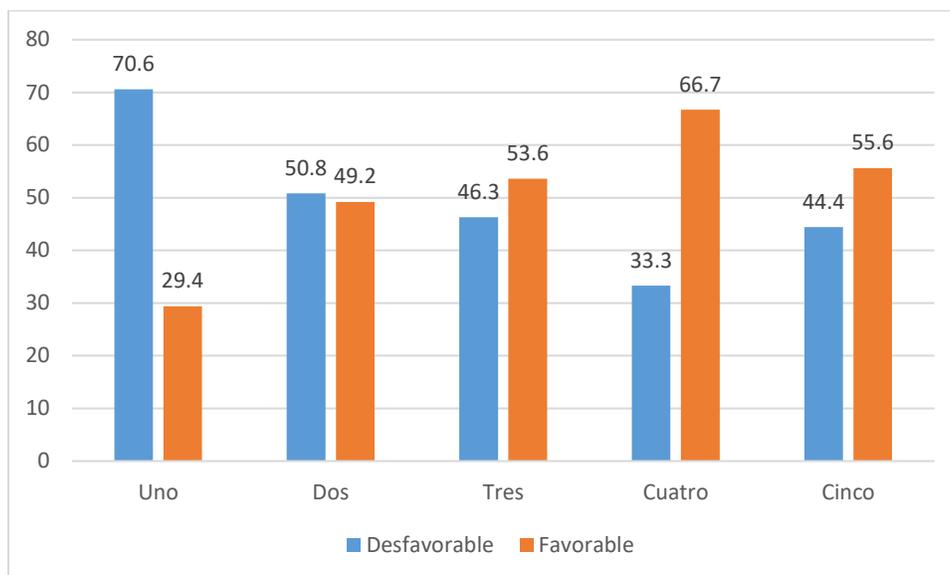
Fuente: Tabla 21

Gráfica 27: Procedencia vs Conocimientos de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



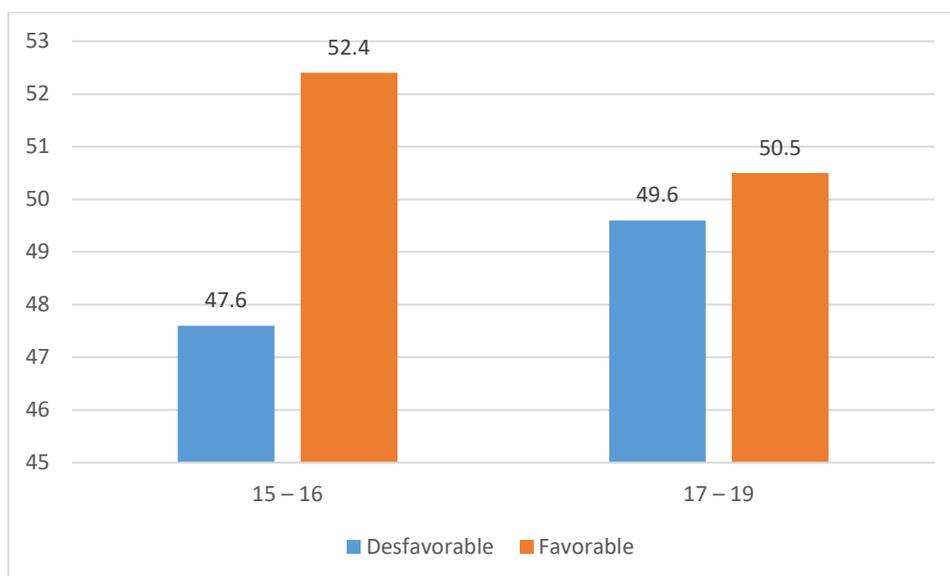
Fuente: Tabla 22

Gráfica 28: Número de Controles Prenatales vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



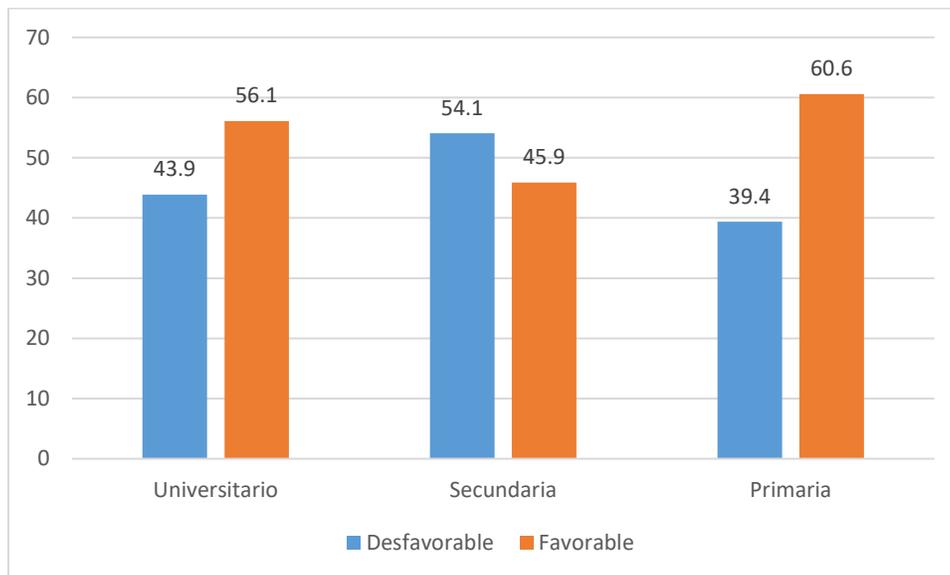
Fuente: Tabla 23

Gráfica 29: Edad vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



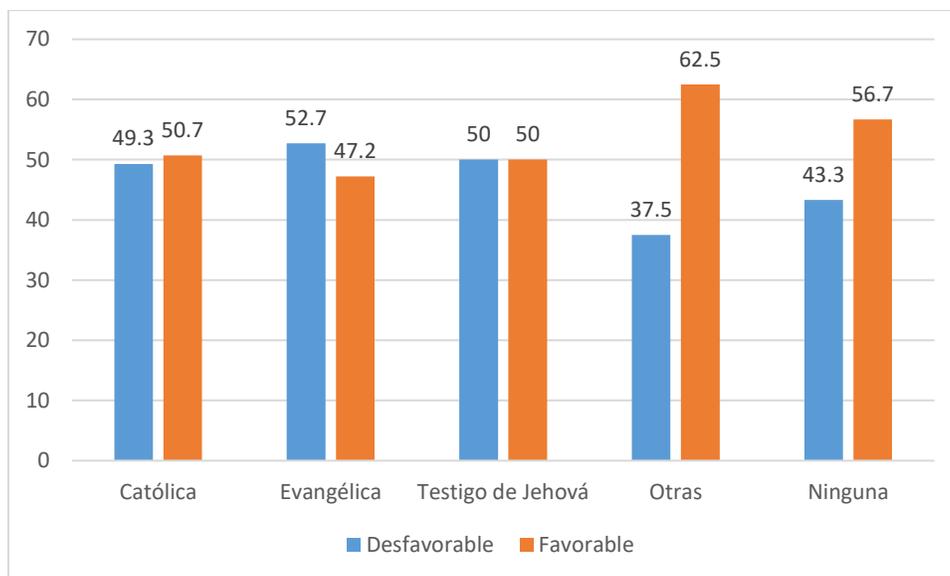
Fuente: Tabla 24

Gráfica 30: Escolaridad vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



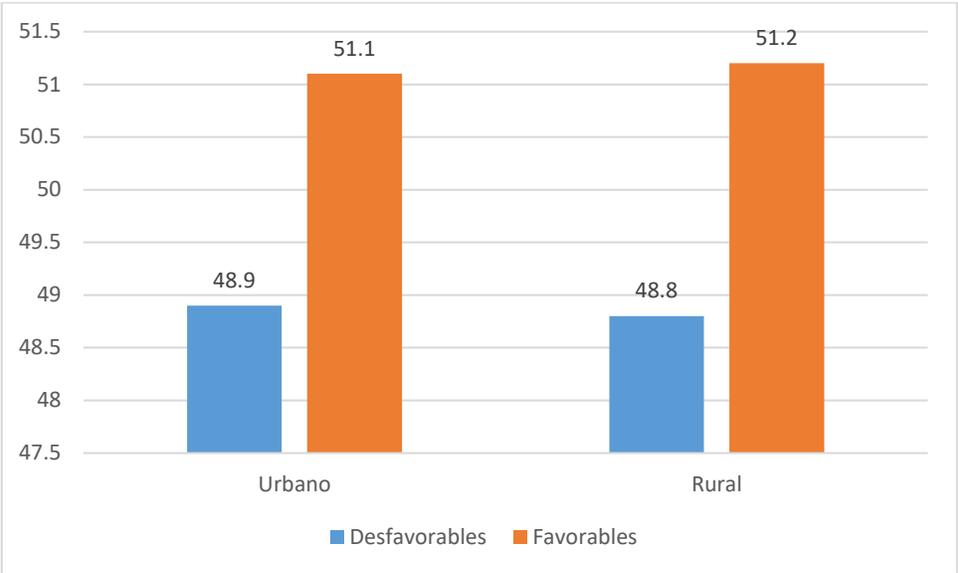
Fuente: Tabla 25

Gráfica 31: Religión vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



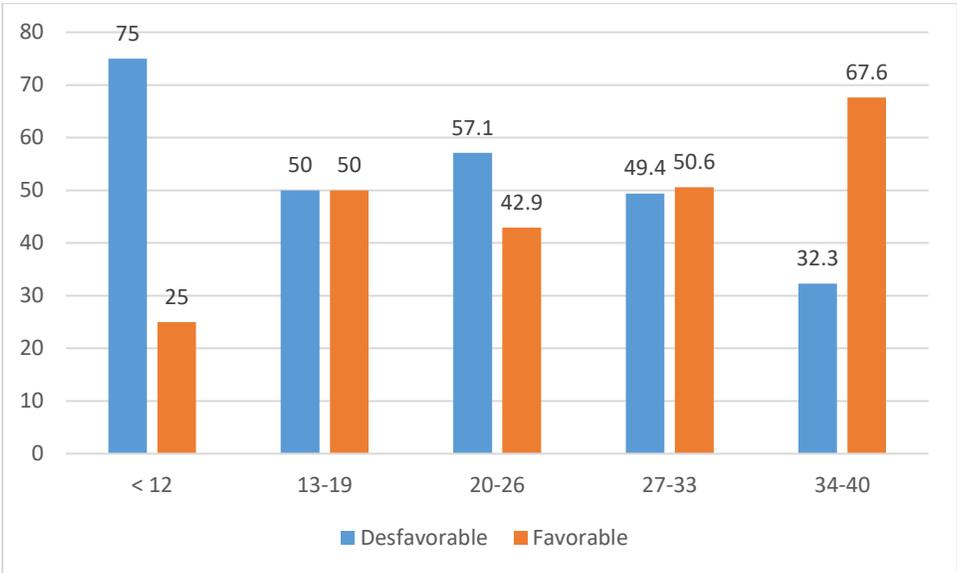
Fuente: Tabla 26

Gráfica 32: Procedencia vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



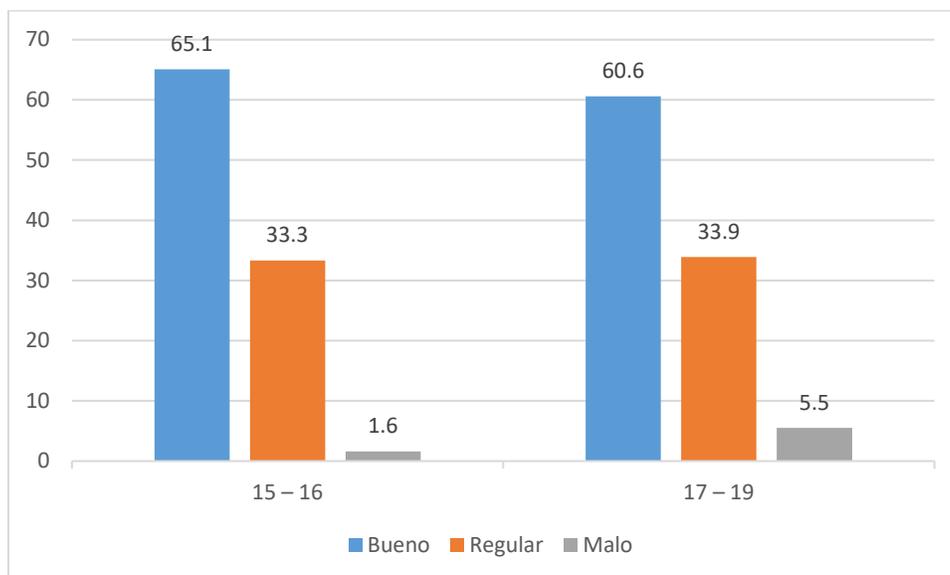
Fuente: Tabla 27

Gráfica 33: Semanas de gestación vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



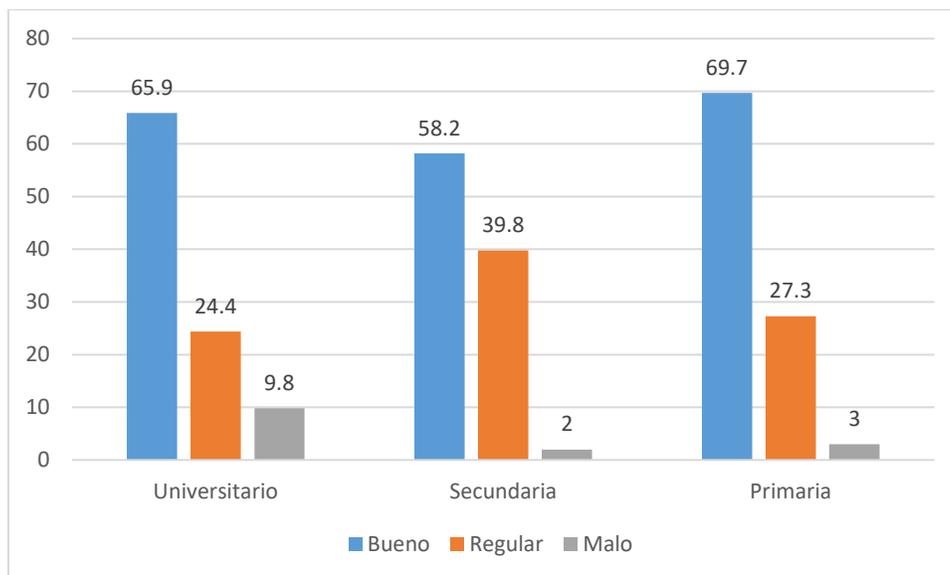
Fuete: Tabla 28

Gráfica 34: Edad vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



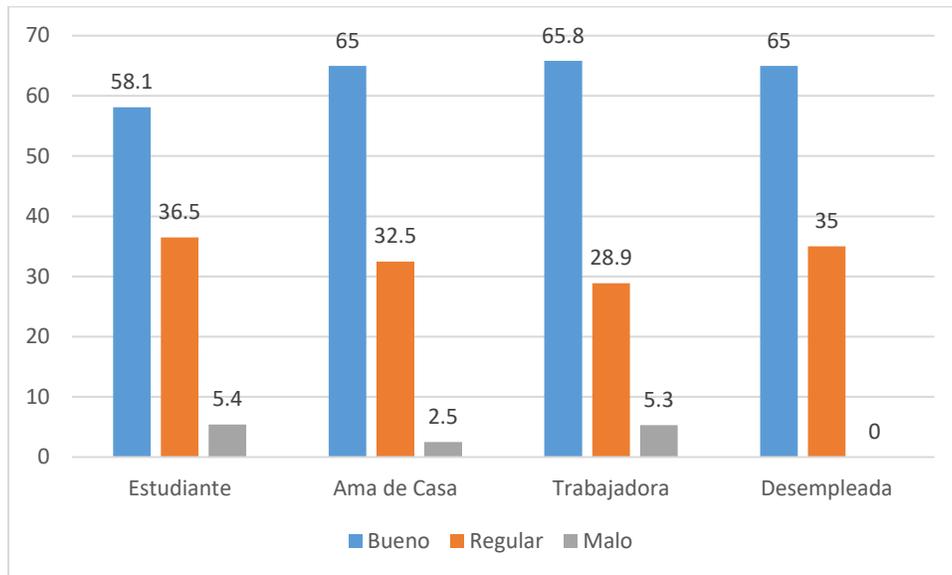
Fuente: Tabla 29

Gráfica 35: Nivel de escolaridad vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



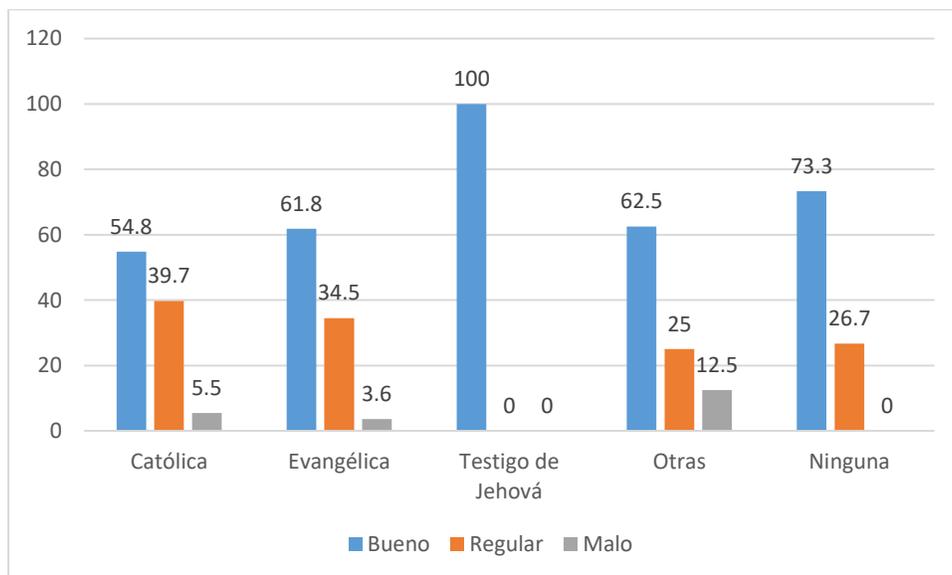
Fuente: Tabla 30

Gráfica 36: Ocupación vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



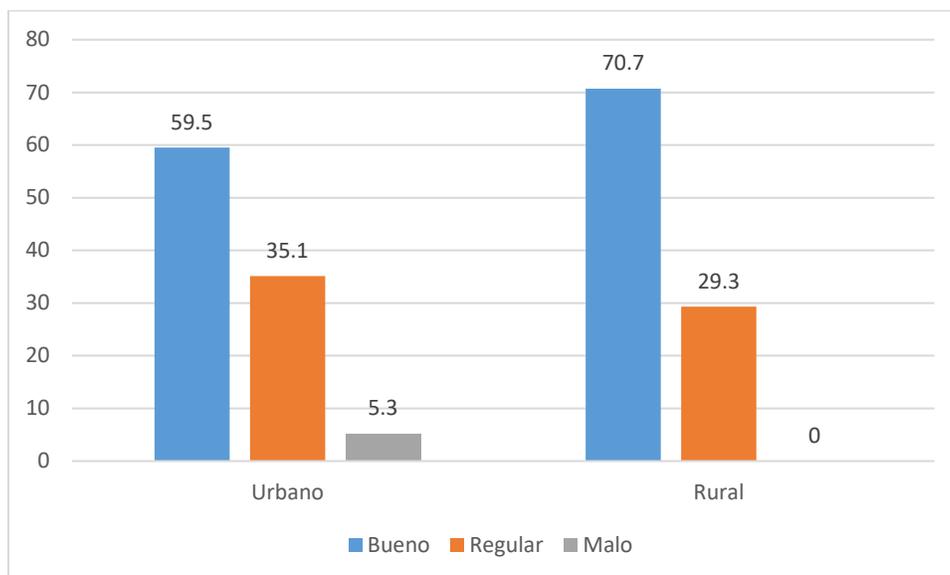
Fuente: Tabla 31

Gráfica 37: Religión vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



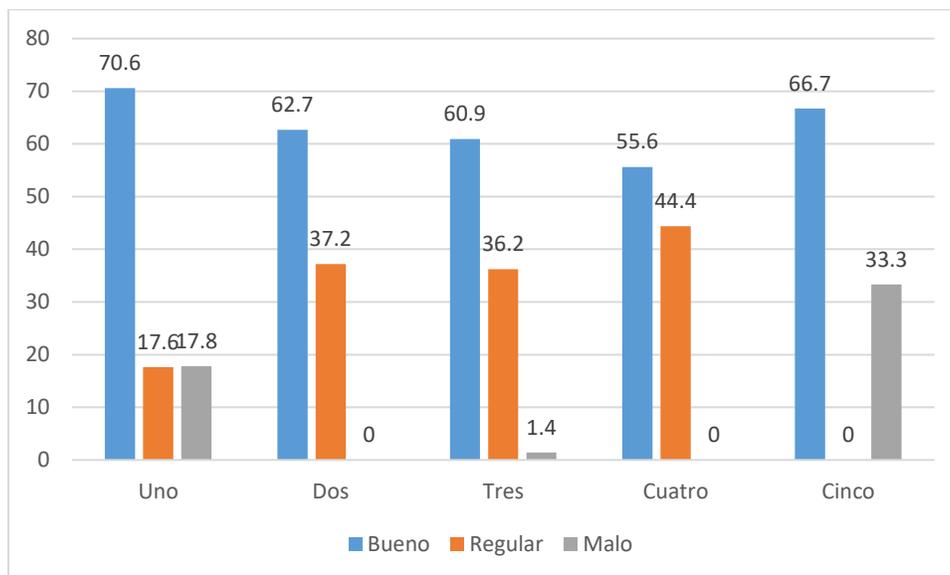
Fuente: Tabla 32

Gráfica 38: Lugar de Procedencia vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



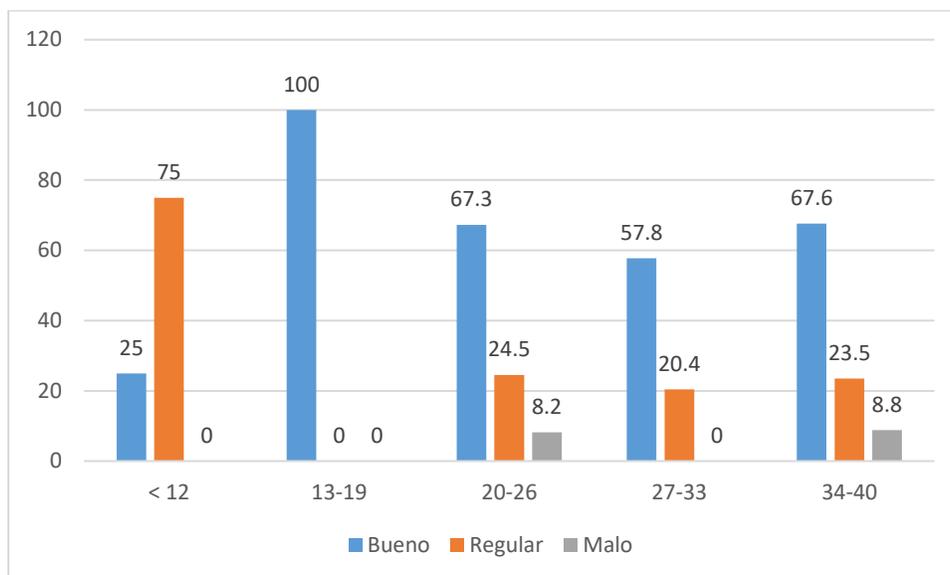
Fuente: Tabla 33

Gráfica 39: Número de Controles Prenatales vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



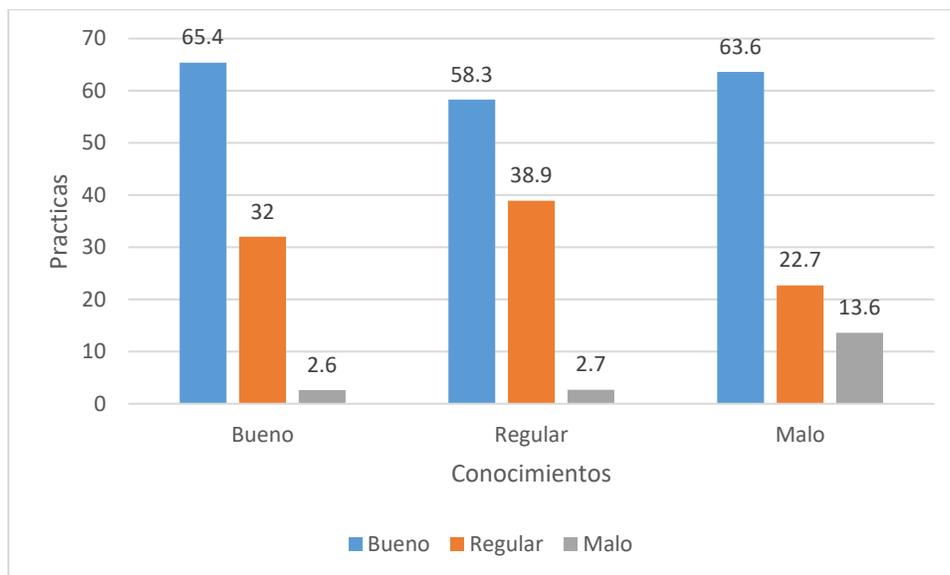
Fuente: Tabla 34

Gráfica 40: Semanas de gestación vs prácticas de las primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



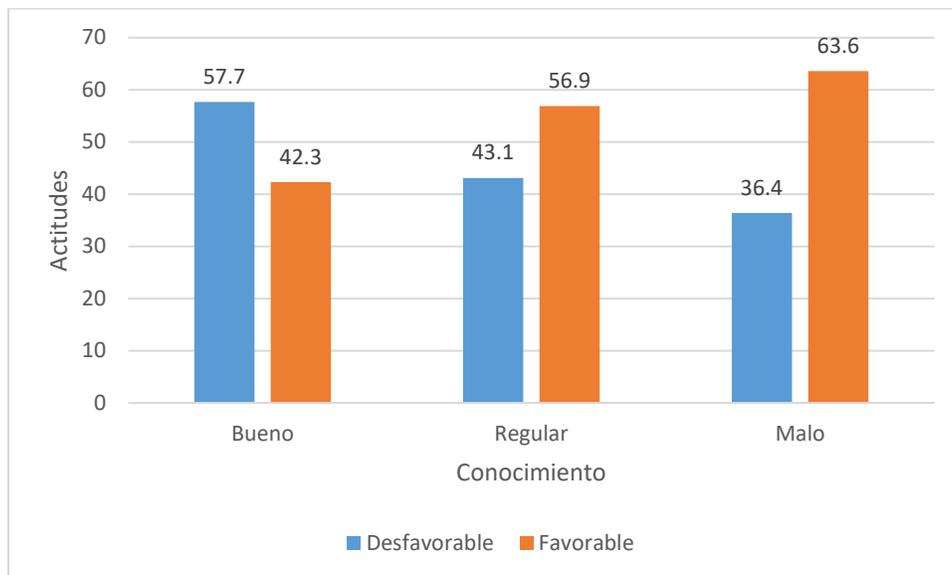
Fuente: Tabla 35

Gráfica 41: Conocimientos vs Practicas de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



Fuente: Tabla 36

Gráfica 42: Conocimientos vs Actitudes de las Primigestas de 15 a 19 años que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua del municipio de Ticuantepe, Departamento de Managua en el periodo del 1° de Julio al 31 de Diciembre 2019



Fuente: Tabla 37