

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN –MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**INFORME FINAL**

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL (15-49 AÑOS) QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE MONIMBÓ, MUNICIPIO DE MASAYA, DEPARTAMENTO DE MASAYA, EN EL PERIODO DEL 1° DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015.

Autor: Bra. Fátima Isabel Palacios Calero.

Tutor: Dr. José Francisco Reyes Ramírez.  
Profesor Titular Facultad de Ciencias Médicas  
UNAN – Managua

## **DEDICATORIA**

Dedico este estudio a mi hijo Gabrielito y a mi familia la cual me ha apoyado incondicionalmente en todo momento durante mi carrera; en mis momentos de desvelo, alegría y tristeza porque han confiado y creído en mi desde un inicio.

FÁTIMA ISABEL PALACIOS CALERO.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco primeramente a Dios por brindarme la oportunidad de culminar mi carrera y darme la sabiduría para realizar esta tesis.

Agradezco a mi familia principalmente a mi madre por el apoyo brindado en todo momento y durante la realización de este estudio.

Agradezco a mi tutor Dr. José Francisco Reyes Ramírez por la colaboración y apoyo incondicional científico y metodológico en el transcurso de la realización de esta tesis.

Agradezco a las autoridades del Centro de Salud de Monimbo Masaya por brindarme la oportunidad de realizar el estudio en este centro asistencial.

Agradezco a mi hermana Estela Palacios, mi esposo Álvaro López y mi niñera Silvia Ruiz por su apoyo y comprensión en mis tiempos de ausencia.

**FÁTIMA ISABEL PALACIOS CALERO.**

## RESUMEN

La Lactancia Materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna exclusiva, previene los estados de malnutrición y puede salvar la vida de cerca de un millón de niños por año.

En Nicaragua, el fomento de la lactancia materna se ha desarrollado mediante alianzas estratégicas entre el Ministerio de Salud y diversas organizaciones que vigilan y promueven la promoción y el desarrollo de lactancia materna exclusiva por lo menos durante los primeros seis meses de vida.

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 y nutrición.

El propósito de esta investigación fue elaborar una evaluación sobre los conocimientos actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al centro de salud de Monimbó, municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015

Se realizó estudio en 279 mujeres, las cuales fueron encuestadas, obteniendo los principales resultados:

El 42.3% correspondió al grupo de 15 a 26 años, y el 45.2% al grupo de edad de 27 a 38 años. Y un 12.5% en el grupo de 39 a 49 años. Según el estado civil predominaron las mujeres acompañadas con un 70.2%, estuvieron casadas el 23.3%.

Con respecto al número de hijos se encontró que el 45.2% de las mujeres habían parido un hijo, en el 36.6% habían tenido dos hijos al momento del estudio, solamente el 4.6% de las mismas tenían más de 3 hijos. En cuanto a la religión, las mujeres en estudio un 72.0% profesaban la religión católica y un 20.8% la evangélica, 7.2% pertenecían a otras entidades

religiosas. Las mujeres tuvieron una procedencia rural, en el 29.4% de los casos procedencia urbana en el 70.6%. En la escolaridad encontramos que el 46.2% cursaban Primaria, 37.3% cursaban la secundaria, 9.7% nivel técnico y un 6.8% se encontraban en la universidad. En el 74.2% de los casos fueron amas de casa, en el 21.1% fueron trabajadoras y el 4.7% eran estudiantes.

De manera general encontramos que el nivel de conocimientos fue bueno en el 83.2% de los casos, la actitud en su mayoría fue Favorable con un 79.2%, y el nivel de prácticas fue en su mayoría malo con un 78.2%.

Los resultados obtenidos nos orientan la importancia de impulsar Medidas y Programas para desarrollar y fortalecer la Lactancia Materna Exclusiva, contando para ello con todos los miembros de la comunidad y con una presencia interinstitucional de forma beligerante, que garantice un seguimiento y evaluación de dichos programas, de forma continua y objetiva.

El personal de salud, así como las Unidades de Salud, juegan un importante rol, ya que representan un ambiente incidente donde se aclaran dudas y mejoran el conocimiento y la actitud de las mujeres ante los mitos y tabúes que la población en general maneja alrededor del tema de Lactancia Materna.

La población en general, líderes comunitarios, padres de familia y mujeres deben tomar una mayor conciencia de la importancia que representa la promoción y desarrollo de la Lactancia Materna en nuestro país. Las limitaciones en el proceso de amamantamiento provocan repercusiones a corto y mediano plazo en la población infantil, desarrollando cambios severos en las tasas de la morbilidad durante el primer año de vida.

## **OPINION DEL TUTOR**

El presente estudio monográfico sobre conocimientos actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al centro de salud de Monimbó, municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015, realizado por la Bachiller Fátima Isabel Palacios Calero, aborda un tema de mucha importancia en el campo de la salud Materno Infantil en Nicaragua.

La promoción de Lactancia Materna en el mundo cada vez se hace más necesaria porque fortalece desde diferentes ópticas el desarrollo de los niños, dándoles mejores oportunidades de vida, en un ambiente seguro y firme, teniendo como base el binomio Madre-Hijo.

La información oportuna y el conocimiento objetivo sobre Lactancia Materna, fortalecerá una mejor conciencia para fomentar una vida más saludable, donde nuestras mujeres sean verdaderas impulsores, participando activamente en un enfoque más integral y objetivo.

De esa manera la Lactancia Materna en Nicaragua, se desarrollará cada día más, creando consigo mejores condiciones en los índices de la Salud Infantil del país.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por la Bachiller Fátima Isabel Palacios Calero, durante todo el proceso de la Investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico.

Por lo anterior expuesto felicito a la Bachiller Fátima Isabel Palacios Calero, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúe profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

---

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

## INDICE

### **CAPITULO I: GENERALIDADES**

INTRODUCCION-----	1
ANTECEDENTES-----	3
JUSTIFICACION-----	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	7
OBJETIVOS-----	8
MARCO TEORICO-----	9

### **CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS-----41**

### **CAPITULO III: DESARROLLO**

RESULTADOS-----	50
ANALISIS DE LOS RESULTADOS-----	66
CONCLUSIONES-----	71
RECOMENDACIONES-----	72

### **CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA-----73**

### **CAPITULO V. ANEXOS-----75**

## INTRODUCCIÓN

Desde los primeros momentos de la vida del hombre la leche materna es considerada como la mejor y más completa fuente de nutrientes en la especie humana, sin embargo, existe un alto nivel de limitaciones por medio del cual esta práctica no logra desarrollarse de forma palpable, provocado en gran medida por la comercialización y diversidad de tipos de leche, fortalecidos por un alto nivel de propaganda, conjuntamente a factores biosocioculturales.

La leche materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño (Josefa Aguayo Maldonado, 2000) o niña hasta los seis meses de edad y con otros alimentos hasta los dos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) han considerado por décadas a la lactancia materna (LM) fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales. (Rodríguez Faride, 2006)

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y UNICEF recomiendan:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua.

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.

La lactancia materna proporciona una amplia variedad de beneficios y es de gran importancia para la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil, ayuda al espaciamiento de los nacimientos y al mantenimiento de la salud materna.

Los lactantes que son amamantados en los primeros meses de vida tienen como mínimo seis veces más probabilidades de sobrevivir que los que no lo son, ya que la leche materna reduce de manera considerable la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas como la

diarrea y las infecciones agudas de las vías respiratorias, dos de las principales causas de muertes infantiles en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF en el año 1991 lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) buscando fomentar que los servicios de maternidad de los centros hospitalarios de todo el mundo promuevan la lactancia y no acepten el uso de fórmulas que sustituyan a la leche materna.

En Nicaragua, el fomento de la lactancia materna se ha desarrollado mediante la realización de distintos programas, y alianzas con los principales actores de la vida socioeconómica del país a fin de desarrollar e impulsar estrategias como lo son las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia y la realización de la Semana Mundial de Lactancia Materna que se celebra cada año durante el mes de Agosto. (Nicaragua, 2010, págs. 5-7)

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. (O.M.S. Programa de Alimentación y Nutrición, 2010)

## ANTECEDENTES

En un estudio realizado en Perú, en el año 2009 sobre conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna con respecto a los conocimientos que tiene la madre sobre lactancia materna, 43.3%(26) tenían conocimiento alto, 40%(24) conocimiento medio y 16.7%(10) conocimiento bajo. (DELGADO, 2009)

El conocimiento alto y medio está dado por parte de la madre en relación a que la lactancia proporciona al bebe las defensas contra las enfermedades, está libre de microbios, la succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre, los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón, así como la lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmediatamente al parto, sin embargo el conocimiento bajo esta referido cuando la madre manifiesta que se debe comer el doble para poder dar de mamar, cuando una mujer empieza a trabajar ya no es posible dar de lactar y no todas las mujeres están preparadas para dar de lactar.

En Chile, en el año 2008 se realiza estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable de las cuales un total de 96 mujeres en edad fértil fueron encuestadas obteniéndose sobre las Prácticas de la lactancia materna en relación a la alimentación complementaria, el 28,0% de las mujeres la inició antes de los seis meses, el 49,3% a los seis meses y el 22,9% después de esta edad. Dentro de los alimentos con los cuales iniciaron la alimentación complementaria, se encontraron: caldos (88,0%), jugos (86,7%), compotas (84,0%), sopas (70,7%), crema de verduras (62,7%), huevo (53,3%), purés (49,3%), cereales (49,3%) y carnes (45,3%). (Edna Magaly Gamboa D., 2008)

En Venezuela, se realizó estudio sobre evaluación del conocimiento de las madres sobre lactancia materna en la que se entrevistaron 502 madres que acudieron a centros hospitalarios públicos y privados de Caracas y Maracaibo, entre julio y diciembre de 2007. Con respecto al número de hijos: 162 madres tenían un hijo; 161 dos, 91 tres; 43 cuatro; 28

cinco y 17 tenían seis o más hijos. Llama la atención la baja paridad de las madres estudiadas, ya que la mayoría tenía 1 ó 2 hijos. (Flor Elena Aznar, 2007)

En el año 2003, estudio realizado en Colombia sobre Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, en relación al calostro en general es reconocido por la mayoría como una primera leche que baja; la creencia sobre su valor nutricional e inmunológico es apenas adecuada. El 67% de mujeres lo calificó como bueno y 8% como malo; 25% de todas las mujeres participantes no supieron decir qué es. Con respecto a los Factores que las Mujeres conocen o creen favorables para el aumento de la producción de leche fueron: Tomar líquido, 51%; buena alimentación, 26%; y pegar el bebé, 18%. Al indagarse sobre conocimientos y creencias de lo que disminuye la leche, las respuestas fueron: mala alimentación, 44%; calor, 18%; preocupación, 10%; otros factores, 16%; y no sabe, 12%. (Gustavo A. Cabrera A., 2003)

En Colombia 2004 se realiza estudio sobre Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de la lactancia en cuanto al estado civil predominaban las madres en unión libre 34.6% seguido por las casadas 46.2%, obteniendo el menor porcentaje las madres solteras 19,2%. Las madres que no tenían empleo y no estaban estudiando eran la mayoría 54,8 % y 71,2%, respectivamente (Mario Delgado Noguera, 2004)

En un estudio realizado en argentina en relación al conocimiento sobre lactancia materna en púérperas de la ciudad de resistencia en el año 2010 se analiza un total 364 encuestas obteniendo acerca del conocimiento, de las cuales el 100% de las que no completó la educación primaria fueron Deficiente; de nivel regular completaron la primaria 42,2%; la secundaria 48,5%; la terciaria 3% y 6,3% sin nivel educacional. De buen conocimiento el 68,7% completó la primaria, el 18,8% la secundaria y el 12,5 la terciaria. (Cyntia Roxana Zimmermann, 2010)

En el 2005 un estudio realizado en Perú, en relación al Nivel de conocimiento en la lactancia materna según grupo etáreo el grupo de adolescentes es el que tiene el porcentaje

más alto de conocimiento malo (39.4%) a comparación de las mujeres en edad fértil y añosas. (Ferro sosa, 2005)

Guatemala 2015 Las edades de las madres estaban comprendidas de 19 a 41 años. El 91% de la población de estudio es que si sabe leer. El 91% de las madres se separan del cuidado de su hijo por el retorno a sus actividades laborales. El 71% de las madres se beneficiaron con la hora de lactancia materna. 96% de las madres que afirmaron que ofrecieron lactancia materna a sus hijos(as) y el 4% no realizó la práctica.

En el 2001 estudio realizado en cuba, acerca del nivel de conocimiento sobre la lactancia materna la ocupación de la madre tiene gran influencia en la lactancia materna, ya que de 32 madres trabajadoras, 27 para el 22,5 % lactaron y 5 para el 4,1 % no lo hicieron. Las madres estudiantes fueron 15, de ellas 5 para el 4,1 % lactaron y 10 para el 8,3 % no lo hicieron y de 73 amas de casa, 7,3 lactaron para el 60,8 %, por lo que hay un predominio de las amas de casa con lactancia materna exclusiva. (Lic. Antonia E. Gutiérrez Gutiérrez, 2001)

El estudio realizado sobre conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa en el año 2012, en cuanto al nivel educativo, 35,3% tuvo primaria; 40%, secundaria y solo 8,8%, estudios superiores. El 79,4% de madres recibió algún tipo de información sobre lactancia humana, 76,5% de dicha información provino del personal del centro de salud. (Veramendi-Espinoza LE, 2012)

## **JUSTIFICACIÓN**

La promoción de la salud es percibida como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, para tal fin se requiere del esfuerzo coordinado de los sectores salud, trabajo, educación, industria, sociedad civil y comunidad.

Al mismo tiempo optimiza nuestra calidad de vida y el disfrute pleno del desarrollo humano, es por ello que la promoción de la lactancia materna forma parte de las tareas de la promoción de la salud, pues está ligada directamente con la práctica de estilos de vida saludable. Los estudios tipo CAP, 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 y nutrición, que a su vez incrementará la calidad de vida de cada individuo.

El objetivo de este estudio fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la lactancia materna en mujeres en edad fértil de la población vulnerable estudiada.

Los resultados obtenidos promoverán la consolidación de los programas y estrategias para elevar la Promoción de la Lactancia Materna y que tenga una cobertura hacia todo nuestro país, impactando en el comportamiento de esta práctica tan importante en la vida de los seres humanos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Aunque en Nicaragua existe un marco legal para impulsar estrategias y acciones relacionadas con nutrición y alimentación en situaciones normales como en emergencias, como lo representa la Ley de Soberanía y Seguridad Alimentaria (Ley 693), así como la Ley de Lactancia Materna (Ley 195), además de la suscripción de compromisos por parte de nuestro país en Foros Internacionales, asumiendo criterios para impulsar dichos componentes, todavía resulta un gran reto la integración de la mayoría de nuestra mujeres hacia una Lactancia Materna Exclusiva, lo que impulsaría una serie de beneficios hacia ella y su hijo.

Datos de ENDESA 2011-2012, 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.

El Ministerio de Salud del país impulsa un mejor sistema de Educación y Promoción acerca de Lactancia Materna en todos los niveles de atención en salud, siendo apoyada por Organizaciones Internacionales y la una mayor participación activa hasta de la propia comunidad, lo que en los últimos dos años ha venido creando un ambiente de mayor conciencia en relación a la práctica de Lactancia Materna.

Una Educación activa además, condicionará una relación afectiva mucho mayor para su hijo actual y sus futuros hijos, logrando con eso mejorar la percepción, desarrollando además la aclaración de las dudas mitos y tabúes que conlleva este procedimiento.

Dentro de este ambiente en la actualidad, en relación a los conocimientos sobre Lactancia Materna nos hemos planteado la siguiente interrogante:

**¿Cuáles son los conocimientos actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al centro de salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de Diciembre del 2015.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Identificar las características Socio Demográficas del grupo en estudio
2. Evaluar el nivel de conocimiento de las mujeres en estudio
3. Identificar las principales fuentes de Información
4. Describir las actitudes que muestran las mujeres en edad fértil sobre Lactancia Materna
5. Conocer las prácticas que poseen las mujeres en edad fértil sobre Lactancia Materna

## **MARCO TEORICO**

Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño, dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto con la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a ambos. (Sociedad Española de Pediatría.Comité de Lactancia Materna, 2011)

La lactancia, se prepara psicológicamente desde bien temprano en la gestación, se debe persuadir a la futura madre de las ventajas y no ocultarle las dificultades lo cual le lleva a una mejor técnica de aprendizaje. (Organización Panamericana de la Salud. (O.P.S.), 2002)

La lactancia materna es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económico, como higiénicas y afectivas. La leche materna es un recurso material de bajo costo, el cual contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan la respuesta del cerebro. (Sociedad Española de Pediatría.Comité de Lactancia Materna, 2011)

La leche materna, es el primer alimento del ser humano por excelencia. Contiene propiedades bioactivas que facilitan la transición de la vida intrauterina a la extrauterina del niño, presenta múltiples nutrientes indispensables para su correcto desarrollo, protección contra las infecciones y le otorga inmunidad frente a las alergias. También ofrece importantes beneficios a la salud materna. (Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), 2009)

La LM es un indicador muy importante que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. Según estimaciones de la OMS, podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres realizaran la LME durante los primeros seis meses de vida. (UNICEF. Nicaragua, 2006)

### **DEFINICIONES LACTANCIA MATERNA**

La lactancia materna (LM) es un acto fisiológico e instintivo; una parte integral de la reproducción, el modo natural de alimentación y base única para el desarrollo físico y cognitivo del niño. (Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), 2010)

Es un proceso fisiológico con el que la mujer finaliza el ciclo corporal de la maternidad e inicia el periodo inmediato al parto y biológicamente concluye cuando las necesidades nutricionales del niño o niña son satisfechas con otros alimentos. (Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), 2010)

Es el proceso de síntesis y secreción de la leche de la madre la alimentación del recién nacido. Es la manera natural de alimentar al recién nacido con la leche de su madre y el acto a través del cual se lleva a cabo el amamantamiento. (Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), 2010)

Hay muchas definiciones para clasificar la lactancia:

❖ **Lactancia materna exclusiva:**

Significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos (Navarro Cáceres, 2011)

❖ **Lactancia materna completa:**

Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante

Él bebe es alimentado exclusiva y predominantemente con pecho materno (Navarro Cáceres, 2011)

❖ **Lactancia materna parcial:**

Al bebe se le amamanta algunas veces en el día con pecho materno y en otras partes del día se le da alimento artificial ya sea cereales, papillas, leches u otro tipo de alimentos. (Navarro Cáceres, 2011)

❖ **Destete:**

Este es el proceso que se inicia cuando él bebe comienza a ingerir otro alimento y/o leche distinto de la leche materna. (Gamboa D, López B., & Prada G., 2005)

❖ **Alimentación complementaria oportuna:**

Es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etéreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 231 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años. (Gamboa D, López B., & Prada G., 2005)

En esta se debe entender que ya él bebe se le debe de dar otros alimentos, además de la leche materna, cuando es apropiado y teniendo en cuenta que él bebe ya paso los seis meses de edad. (Navarro Cáceres, 2011)

❖ **Lactancia de biberón:**

Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana (Navarro Cáceres, 2011)

❖ **Lactancia mixta:**

Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana + leche no humana). La OMS recomienda que no se utilice este término en investigaciones científicas

❖ **Lactancia solidaria:**

Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración

❖ **Relactancia:**

Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia. (Gamboa D, López B., & Prada G., 2005)

## **TIPOS DE LECHE MATERNA**

❖ **El Calostro :**

Comienza a elaborarse al final del embarazo, sin embargo se mantiene en pequeñas cantidades dado que la prolactina, se encuentra suprimida por las altas concentraciones de estrógenos y progesterona. Al nacimiento del bebé disminuyen las concentraciones de éstas hormonas, elevándose la producción de prolactina y por lo tanto del estímulo de producción láctea. El calostro permanece durante los primeros 4 a 7 días después del parto,

constituyendo el primer alimento y esencial para la nutrición y la salud del recién nacido en los primeros días de vida. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2006)

Es un líquido espeso y amarillento, color que está determinado por las altas concentraciones de carotenos (precursores de vitamina "A"). Es de alta densidad y poco volumen, satisface las necesidades del recién nacido.

La principal inmunoglobulina que se transmite al niño con el Calostro es la IgA que junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido inmunidad específica e inespecífica. Además, contiene lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y liposolubles (A, E, K,) y algunos minerales como Sodio y Zinc. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2006)

Facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. También facilita la producción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido, evitando el crecimiento de bacterias patógenas. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2006)

❖ **Leche de transición:**

Es la leche que se produce entre el 7 y el 14 día post-parto. Cerca del 6 y 8 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando en cantidad, hasta alcanzar un volumen de aproximadamente 600-700 ml por día. Esta leche va variando, en color y apariencia, día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

❖ **Leche madura:**

Esta leche varía en relación con la hora del día, la duración de la comida, las necesidades del lactante y las enfermedades con las que ha estado en contacto la madre. Alcanza una producción promedio entre 600 y 900 ml/día. Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3 g%) constituyendo una importante fuente calórica para el niño. La alta concentración de lactosa, determina las deposiciones blandas del (de la) niño (a) amamantado.

❖ **Leche del comienzo y del final de la mamada:**

La leche del comienzo o del inicio (delantera), es la que sale cuando el niño (a) principia a mamar. Tiene una apariencia acuosa, de color azulado y calma la sed al niño, dado su contenido de agua: a la vez, también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

La leche del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa, por lo tanto le brinda más energía, al niño (a) lo que es necesario para satisfacerlo en cuanto a su saciedad y para un aumento de peso satisfactorio. Si se retira al niño (a) del pecho muy pronto éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

Además, por su mayor contenido de grasa, es rica en las vitaminas liposolubles A, D, E, K. Si se cambia muy rápidamente al niño(a) de un pecho al otro, sin que haya obtenido la leche del final sino solamente la del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a ésta, lo cual en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos vespertinos que algunos bebés presentan hacia los tres meses de edad. (Navarro Cáceres, 2011)

❖ **Leche de pre término:**

Las madres que tiene un parto antes del término de la gestación producen un período prudencial una leche con una composición diferente. La leche de pretérmino contiene, en comparación con la leche de un niño (a) a término, mayor número de sustancias que aportan las defensas necesarias para luchar contra las infecciones especialmente contra la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal. Además, contiene mayor cantidad de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa que la leche madura siendo ésta la combinación más apropiada para el niño (a) inmaduro quien tiene requerimientos más elevados de proteínas y menor capacidad de digestión de la lactosa.

La lactoferrina y la IgA están en mayor abundancia por lo que es más adecuada a las necesidades del prematuro que cualquier preparación artificial. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

## **ANATOMIA DE LA LACTANCIA MATERNA**

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

### **❖ Estructura externa de la glándula mamaria :**

Aproximadamente en el centro de la mama se encuentra el pezón. Su forma y tamaño varía entre las mujeres pudiendo ser pequeño, grande, plano, umbilicado o invertido.

La base del pezón está rodeada por una zona oscura denominada aréola. Esta contiene fibras de tejido conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. La aréola, contiene numerosas glándulas sebáceas denominadas “Glándulas o Tubérculos de Montgomery” las que se pueden apreciar claramente como poros levantados y se les atribuye la lubricación y odorización de la mama.

### **❖ En la parte interna, se identifican estas estructuras principales:**

#### **• Tejido glandular:**

Dentro de él se produce la leche, obedeciendo las órdenes provenientes del cerebro, el cual responde a los reflejos estimulados mediante la succión y facilitados por un ambiente adecuado. La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de 15 a 20 racimos glandulares denominados lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto que lleva la leche hasta la punta del pezón.

Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos. Cada acino está formado por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tantos los acinos como los conductos excretores están rodeados

de células musculares o mioepiteliales y vasos sanguíneos de pequeño calibre (capilares), de gran importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

- **Conductos:**

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

- **Senos lactíferos:**

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

- **Grasa y tejido de soporte:**

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

- **Nervios, vasos sanguíneos y vasos linfáticos:**

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

Alrededor de los alvéolos, hay una red de vasos capilares encargados de suministrar a las células productoras de leche los nutrientes necesarios para la síntesis láctea. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

## **FISIOLOGIA DE LA LACTANCIA**

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

❖ **Las hormonas luteales y placentarias:**

Producen un aumento en el número de conductos y lobulillos.

❖ **Los estrógenos:**

Estimulan la proliferación del sistema ductal (conductos).

❖ **La Progesterona:**

Incrementa el tamaño de los lóbulos, lobulillos y alvéolos.

❖ **La Prolactina:**

Su producción es mediada por los estrógenos, es indispensable para el desarrollo completo de los conductos y lobulillos.

La Regulación de la producción de leche se da en los siguientes estadios:

❖ **Lactogénesis:**

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

• Etapa I:

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

• Etapa II:

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

• Etapa III:

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

❖ **Lactopoyesis:**

Regulación de la producción de leche durante la plena lactancia.

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

Se ha evidenciado que la demanda del niño es el principal regulador de la cantidad de leche producida, los otros factores como la nutrición, edad, composición corporal y paridad de la

mujer solamente juegan un rol secundario. El mantenimiento de la Lactancia se basa en que el vaciamiento continuo de la glándula aumenta su actividad secretora, lo que desencadena un círculo automático.

La succión es un estímulo poderoso para la síntesis y secreción de prolactina, la que es necesaria para la secreción láctea. Hasta los cinco días post-parto 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 remoción de la leche de la mama. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

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 remoción de la leche es más completa, el factor se removerá con la leche residual y desaparecerá la inhibición. Por lo tanto la remoción de la leche es clave para mejorar la producción láctea.

#### ❖ **Eyección láctea:**

Constituye la expulsión de la secreción láctea que se produce por la contracción de las células musculares o mioepiteliales de los alvéolos y conductos galactóforos. El fenómeno parece estar gobernado por la oxitocina, segregada por un mecanismo reflejo que parte del pezón durante la succión. Así pues, la leche humana se produce como resultado de la acción de distintas hormonas y reflejos. (10) Cuando el (la) niño (a) empieza a succionar, comienzan a actuar dos reflejos, en la madre: reflejo de producción-/secreción de leche o reflejo de prolactina y reflejo de eyección o reflejo de oxitocina. Estos reflejos permiten que la leche se produzca y salga en la cantidad adecuada en el momento que se necesita.

Durante este proceso se desarrolla lo que son los reflejos tanto en la madre como en el bebe:

#### ❖ **Reflejos en la madre:**

- **Reflejo de producción/secreción:**

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

- **Reflejo de eyección:**

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

Este reflejo puede disminuirse transitoriamente, cuando la madre sufre alteraciones en su estado emocional (angustia, preocupación, sufrimiento, etc.), ya que es posible que la adrenalina que se libera como respuesta a estos estímulos, haga que se contraigan los vasos sanguíneos que rodean los alvéolos, no dejando pasar la oxitocina a las células mioepiteliales, las cuales no se contraen, y por lo tanto no expulsan la leche hacia fuera.

De ahí que es importante brindar una adecuada orientación a la madre, informándole que pronto se restablecerá la salida y la cantidad de su leche. Además de ofrecer algunas recomendaciones que pueden ser útiles para superar el problema, tales como: tomar un descanso antes de amamantar, asegurarse de una cómoda posición, ubicarse en un lugar tranquilo, ofrecer más frecuentemente el pecho a su bebé y/o siempre que sienta el reflejo de salida, pues si el bebé succiona más, los pechos producen más leche; si el bebé deja de succionar, o disminuye la frecuencia y la duración de las mamadas, los pechos dejarán de producir leche; esto es lo que se conoce como Oferta y Demanda. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

❖ **Reflejos del (de la ) niño:**

• **Reflejo de Búsqueda:**

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

Secuencialmente ocurren los siguientes eventos:

• **Reflejo de Succión:**

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

• **Reflejo de Deglución:**

Permite al niño, deglutir en forma refleja el alimento líquido que llena su boca es decir, hace que estos líquidos pasen al tracto digestivo. Al moverse la lengua hacia atrás, ésta empuja el bolo hacia la faringe:

La mejor manera de alimentar al bebé y la más segura es amamantarlo exclusivamente, es decir, que no reciba ni agua, ni té, ni refrescos. Los bebés no necesitan nada diferente a la leche materna, durante los primeros seis meses de vida, ya que la leche de su madre contiene todos los nutrientes que necesita, tales como:

❖ **Proteínas:**

Contiene la cantidad de proteína adecuada a las necesidades del (la) niño (a). Si se compara la leche materna con la leche de vaca, se evidencia que esta última tiene más proteína, sin embargo sus concentraciones son mayores a las que un bebé necesita y son de una clase diferente, causando con frecuencia alergias.

❖ **Enzimas:**

Contiene enzimas digestivas tales como amilasa y lipasa digestiva, las que actúan compensando la inmadurez de la función pancreática del recién nacido. La lipasa se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares participando en la digestión de las grasas.

Algunos aminoácidos que se encuentran en las proteínas de la leche materna y que son indispensables para el desarrollo del cerebro del bebé, no se encuentran en otras leches en

la cantidad requerida, como la taurina, un aminoácido esencial para el prematuro y muy importante para el desarrollo del recién nacido, puesto que es necesaria para conjugar los ácidos biliares y es además, un posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.

#### ❖ **Hormonas y factores del crecimiento:**

Muchas hormonas con diversas funciones se encuentran en cantidades variadas en la leche materna, tales como: esteroides adrenales, calcitonina, eritropoyetina, factor liberador de la hormona del crecimiento, factor liberador de gonadotropina, insulina, factor liberador de la hormona luteinizante, neurotensina, oxitocina, esteroides ováricos, progesterona, prolactina.

#### **Vitaminas y minerales:**

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

La leche materna tiene la cantidad adecuada de sal, calcio, fosfatos y agua que el bebé requiere, aún en climas cálidos. Contiene más lactosa (azúcar natural de la leche) que la mayoría de leches de otros mamíferos. La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del hierro y del calcio y promueve la colonización intestinal del lactobacillus bífidus, quien al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

Una segunda razón por la cual debe darse al bebé lactancia exclusiva es porque protege tanto la salud del (de la) niño (a) como la de la madre.

Los niños amamantados exclusivamente, tienen menos diarrea que los alimentados con biberón. Y por otra parte presentan menos infecciones respiratorias y del oído medio.

**Las razones por las cuales los niños amamantados tienen menos infecciones son:**

(Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

- ❖ La leche materna es limpia y no tiene bacterias.
- ❖ Contiene anticuerpos (inmunoglobulinas) contra muchas infecciones comunes. Estas ayudan a proteger al bebé contra la infección hasta que sea capaz de fabricar sus propios anticuerpos. Si una madre tuvo o tiene una infección, en su leche aparecerán, muy rápidamente, anticuerpos contra esa infección. Contiene células sanguíneas blancas, vivas, (leucocitos) los cuales ayudan a luchar contra la infección.
- ❖ Contiene lactoferrina, sustancia que favorece la absorción del hierro. Además, al ligarse con el hierro evita que éste sea utilizado por los gérmenes patógenos intestinales que necesitan hierro para crecer. Por lo que se dice tiene una acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferropendientes. Si el niño recibe suplementos de hierro, pueden interferir con la función de la lactoferrina ya que ésta se satura y no acepta más hierro el que al quedar libre puede ser utilizado por bacterias.

Los bebés que continúan siendo amamantados durante una infección, se recuperan más rápidamente que aquellos a quienes se les suspende el amamantamiento. La lactancia materna exclusiva, aumenta el intervalo entre embarazos. La amenorrea, asociada a la lactancia exclusiva representa un importante mecanismo para espaciar los nacimientos y ofrece protección, superior al 98%, frente a un nuevo embarazo durante los primeros seis meses. Mientras más exclusiva sea la lactancia mayor es la infertilidad que determina.

Es importante considerar la relación entre el espaciamiento de los embarazos, la lactancia y su impacto sobre la salud. Un período intergenésico de por lo menos seis meses después del destete completo permite a la mujer estar en condiciones adecuadas para enfrentar un nuevo embarazo.

## **BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA**

La lactancia materna, tiene innegables beneficios para El niño y la niña, para la madre para la familia y socioeconómicas:

### **❖ Para el niño y la niña:**

#### **• Nutrición y crecimiento óptimo:**

##### **▪ Alimento Óptimo:**

La lactancia materna es el mejor en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes. Esta composición, se va adecuando a las necesidades del (de la) niño (a) a medida que crece y se desarrolla.

##### **▪ Fácil digestibilidad:**

Por su concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que faciliten su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción aprovechándose al máximo todos sus nutrientes sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal, permitiendo una maduración progresiva del sistema digestivo del (de la) niño (a), preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

##### **▪ Crecimiento y Desarrollo óptimo:**

Los (as) niños (a) alimentados, exclusivamente, hasta los 6 meses con leche materna tiene un crecimiento y desarrollo adecuado. Este crecimiento y desarrollo se mantiene óptimo iniciando la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y manteniendo la lactancia materna hasta al menos los 2 años de edad. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche. (O.M.S. Programa de Alimentación y Nutrición, 2010)

##### **▪ Alimento adecuado para prematuros:**

La madre que da a luz antes de término produce un tipo de leche adecuada a la edad del bebé. Esta leche tiene menos cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina. (O.M.S. Programa de Alimentación y Nutrición, 2010)

- **Desarrollo Psico-motor:**
- **Organización Sensorial:**

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

- **Organización biocronológica y del estado de alerta:**

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

- **Patrones afectivo-emocionales:**

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

### **Desarrollo intelectual:**

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

- **Desarrollo dento-maxilar y facial:**

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

Los (as) niños (as) amamantados (as) están mejor preparados para el inicio de la alimentación sólida dado que el período del amamantamiento le permite un buen desarrollo

anatómico y funcional de las estructuras orofaríngeas. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

- **Protección:**

- **IgA:**

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

- **Evita la hiperbilirrubinemia neonatal:**

El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal.

- **Protección inmunológica:**

La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el (la) niño (a) y sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El (la) niño (a) amamantando (a), rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias.

- **Otros:**

- Previene la mal-oclusión.
- En prematuros, previene contra la enterocolitis necrotizante.
- Optimiza el desarrollo cerebral.
- Disminuye el riesgo de muerte súbita.

- ❖ **La Madre**

- **Recuperación fisiológica post-parto**

**Retracción del útero:**

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

### **Recuperación del peso:**

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

### **Recuperación de los pechos:**

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

### **De carácter físico**

#### **Prevención de cáncer de mamas y ovario:**

La lactancia materna cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. La lactancia prolongada (más de 36 meses) es 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 desencadenada por los períodos de anovulación tal como ocurre en el embarazo.

#### **Aspecto físico de la mujer:**

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

#### **Comodidad:**

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

- **De carácter emocional**

#### **Establecimiento del apego:**

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo (a), estableciéndose entre ellos un

fuerte lazo afectivo o “apego”, induciendo en la madre un sentimiento de ternura, admiración y protección para su hijo (a).

- **Satisfacción emocional de la madre:**

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

- **La familia:**

- **Refuerzo de lazos afectivos familiares:**

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

- **Prevención del maltrato infantil:**

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

- **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 amenorrea, 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. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

- **La sociedad**

- **Disminución de la morbilidad infantil:**

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

- **Economía de recursos:**

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

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

Se estima que, si todas las madres del mundo alimentaran exclusivamente a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales.

#### ❖ **La ecología**

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

### **CREENCIAS Y PRACTICAS QUE DIFICULTAN LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA (Noriega, Torrez, & Umaña, 2012)**

En las últimas décadas los conocimientos sobre la lactancia materna y la alimentación infantil en general se han ampliado considerablemente, nosotros como profesionales de la salud hemos ido implementando en la madre los conocimientos y practicas sobre esta para

que se impulse la lactancia materna exclusiva , alimentación adecuada para él bebe en los primeros seis meses de vida y hacerle ver los beneficios que esta conlleva tanto como al bebe como a la madre de la misma manera a la familia a la sociedad y ecológicamente , Sin embargo, pese a que muchos de estas nuevas recomendaciones llevan ya varios años en rigor, es aún muy frecuente oír en nuestro entorno sugerencias erróneas , hoy consideradas mitos o falsas creencia por carecer de fundamento científico, entre las cuales tenemos:

❖ **Según Alimentos:**

- Hay que comer más para tener más leche
- Se debe tomar leche para fabricar más y reponer las pérdidas de calcio

❖ **Según Estética**

- No debe hacerse dieta de adelgazamiento durante la lactancia
- No deben usarse tintes ni colorantes para el pelo
- No debe hacerse ejercicio físico antes de dar el pecho

❖ **Según la Producción de leche**

- Se deben ingerir muchos líquidos: infusiones
- La falta de leche suele ser un problema familiar que se transmite de madres a hijas
- Las mujeres con poco pecho fabrican menos leche

❖ **Según la Calidad de la leche**

- El calostro no alimenta y debe desecharse
- La leche materna es “aguada”
- Los disgustos se transmiten al bebé a través de la leche
- a su bebé
- La lactancia demasiado frecuente causa obesidad en el niño

❖ **Según Problemas con el pecho**

- Si los pezones sangran o hay mastitis, no se debe dar el pecho
- Colocar aceite de oliva para prevenir y curar problemas de los pezones

- Si se tiene poco pezón es útil estirarlo durante el embarazo
- Las mujeres pelirrojas, de piel blanca y ojos azules sufrirán dolor en los pezones porque tienen pieles delicadas

#### ❖ **Según la Técnica de la lactancia**

- Basta con dar el pecho 10 minutos
- No se debe despertar a un bebé para darle de mamar, el sueño alimenta tanto como la leche
- Es normal que dar el pecho duela

#### ❖ **Según Problemas para la madre**

- Las molestias de la espalda empeoran durante la lactancia
- No hay que amamantar si la madre o el hijo tienen diarrea
- La lactancia frecuente puede dar lugar a depresión post-parto

## **TECNICAS Y PREPARACION SOBRE LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE**

#### ❖ Técnicas del amamantamiento :

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores:

- Amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanto frecuencia como el/la bebé desee.

#### ▪ **Apego precoz:**

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

El apego precoz, es el vínculo afectivo que se establece en los primeros momentos después del parto; durante este período la madre e hijo (a) deben permanecer en una relación de intimidad y contacto, preferiblemente en contacto piel a piel, que les permita conocerse mutuamente (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

- **Facilitar la proximidad del/la bebé y la madre, en lugar de separarlos:**

Primera experiencia funcional y de contacto entre madre e hijo (a) es fundamental para el éxito de la lactancia y para fortalecer los lazos afectivos que permiten un buen desarrollo físico y psicoemocional del (de la) niño (a). En estos momentos la madre, reconoce los rasgos físicos del (de la) hijo (a) e intenta reconocer los códigos de comunicación de sus gestos y movimientos.

En la madre produce una íntima satisfacción de su rol de mujer, fortalece su autoestima y le da más seguridad en sí misma. El contacto piel a piel puede ser, completo si el (la) bebé está desnudo (a) sobre el cuerpo de la madre o cerca de ella en la cama o puede ser parcial, es decir, la carita del (de la) bebé contra el pecho de la madre, la mano de la madre sobre el cuerpo del (de la) bebé. Empero, si el cuerpo del (de la) bebé está completamente cubierto, la madre puede estar sosteniéndolo (a) pero no tener un contacto piel a piel con él (ella).

- **Posiciones de amamantamiento:**

Durante la lactancia, madre y niño (a) pasan muchas horas en el día junto por lo que, la forma en que se realice el amamantamiento tiene que ser cómoda y agradable para ambos. Es ideal que la madre tenga el apoyo de su pareja y el resto de la familia, debemos motivar a la familia a estimular y animar a la madre. La elección de la posición para amamantar depende de las circunstancias de la madre y del (de la) niño (a) y ha de ser la más cómoda y eficiente para ambos. La madre puede amamantar sentada o acostada.

- **Posición del (de la) niño (a) con la madre sentada:**

Esta es la más común. Si la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, con un respaldo firme para apoyar bien la parte posterior del tórax, esto evitará el “dolor de espaldas” que las madres refieren y que se interpreta como que el/la bebé succiona muy fuerte y esta “dañando los pulmones de la madre”. Es más cómodo apoyar los pies sobre algún mueble. Si el (la) niño (a) es demasiado pequeño es conveniente usar una almohada o cojín para acomodarlo a la altura del pecho.

- **Posición de sandía o de pelota:**

En esta posición se ubica el (la) niño(a) con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. Esta sostiene la cabeza del (de la) niño (a) con la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama y su antebrazo le sostiene la espaldita. La mano contraria ofrecer el pecho. Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente. También se recomiendan en caso de cesárea ya que con ella no se presiona el abdomen o “la herida”. Hay madres que prefieren esta posición para alimentar en casos normales.

- **Posición reversa:**

La madre ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta. La otra mano sostiene la cabeza del (de la) niño (a). En esta posición se requiere de una almohada o un cojín para ubicar el cuerpo del (de la) niño (a) a la altura de los pechos. Esta forma permite deslizar al niño de un pecho al otro sin cambiarlo de posición. Es útil cuando el (la) niño (a) tiene preferencia por un pecho o cuando en la posición tradicional acostado se estimula el reflejo de búsqueda con el roce del brazo.

- **Sentado frente a la madre:**

En esta posición, el (la) niño (a) se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas hacia el lado, entre el brazo y el tronco de la madre. La madre afirma el cuerpo del (de la) niño (a) con el antebrazo del lado que amamanta. Esta posición resulta más cómoda sentando al niño sobre una almohada o cojín. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

- **Posición de caballito:**

Es una pequeña variación de la posición anterior. El nombre de posición “de caballito” viene de que el (la) niño (a) se ubica frente al pecho de la madre, montado sobre su pierna. En las posiciones verticales, la mano que afirma la cabeza debe ubicarse en forma de “C” en la base del cráneo, apoyando los dedos medio y pulgar detrás de las orejas. Si se apoya la parte posterior de la cabeza con la palma de la mano, el (la) niño (a) responde con un reflejo de extensión que lo hace llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho.

Estas posiciones verticales se recomiendan en caso de mamas muy grandes, grietas del pezón, reflejo eyectolácteo aumentado, niños (as) hiper o hipotónicos (as), niños (as) con labio leporino o paladar hendido.

- **Mano de bailarina:**

En el caso del (de la) niño (a) hipotónico (a) también es importante la posición de la mano que ofrece el pecho. La mano en “C” sostiene al pecho, pero el dedo índice se adelanta y se apoya debajo del mentón del (de la) niño (a) (mano de la bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión.

- **Posiciones del (de la) niño (a) con la madre acostada:**

Posición tradicional, niño acostado de lado: El (la) niño (a) está acostado (a) en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del (de la) niño (a) se apoya en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del (de la) niño (a) queda en íntimo contacto con el abdomen de la madre y su brazo debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo que acuna al niño (a) debe tomarlo firmemente de la región glútea, de manera que la madre con sólo desplazar el brazo pueda acercar o alejar el (la) niño (a) al pecho. Con la otra mano la madre debe ofrecer el pecho, estimulando el reflejo de búsqueda mediante el roce del labio inferior del (de la) niño (a) para que abra la boca.

- **Niño (a) sobre la madre, en decúbito ventral:**

En esta posición la madre está acostada de espaldas y el (la) niño (a) se acuesta en decúbito ventral sobre su pecho. Ella le sostiene la frente con su mano. Esta posición es muy práctica cuando el reflejo de eyección es excesivo.

- **Amamantamiento de gemelos:**

Para amamantar gemelos la madre debe buscar la posición que sea más cómoda y adecuada a: características de sus pechos, condición de los niños, indicaciones especiales, etc. Es necesario ayudarla para que en lo posible adopte una técnica que le permita amamantar a ambos niños simultáneamente, uno de cada pecho. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

❖ **Preparación psicológica de la futura madre:** (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

La preparación psicológica de la madre para facilitar el comportamiento del amamantamiento es un paso tan importante como lo es el de explicarle la forma correcta de colocarse al niño. Todos sabemos que el embarazo, aunque es un progreso fisiológico normal, produce en la futura mamá una serie de dudas, temores e inseguridades que pueden influir negativamente en su actitud hacia la lactancia natural.

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

❖ **Preparación física de la futura madre:**

En el primer control prenatal, el trabajador de la salud debe realizar un detenido examen mamario a la embarazada, como parte de la evaluación integral a la mujer, para darle seguridad de que sí puede amamantar a su bebé y así mismo detectar precozmente problemas prevenibles. Si se sospecha alguna anomalía se debe referir a la paciente para un examen especializado.

● **Examen de las Mamas:**

Inspección Al realizar la inspección de mamas, es importante respetar estos pasos:

- Explicar el procedimiento
- Descubrir la parte anterior del tórax
- Colocar a la examinada en posición sentada, con los brazos a los lados.
  
- **Observar:**
  - ✓ Tamaño y simetría; suele ser normal y común la existencia de algunas diferencias en el tamaño de las mamas
  - ✓ Indicios de cirugías anteriores
  - ✓ Formación de hoyuelos

- ✓ Contorno, con especial referencias a masas depresiones o aplanamiento
- ✓ Aspecto de la piel incluyendo: color, engrosamiento o edema, dibujo venoso
- ✓ Examinar los pezones notando: tamaño y forma (si son pequeños, alargados, planos, umbilicados o simétricos). Estas variaciones, no afectan la capacidad de amamantar.
  
- ✓ Cambios de dirección respecto a exámenes anteriores, que puedan indicar alguna tumoración
- ✓ Erupciones o ulceraciones
- ✓ Secreciones anormales

❖ **Técnicas de Extracción Manual de la Leche Materna:** (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

Es recomendable que toda madre aprenda la técnica de extracción manual de leche ya que no se puede prever cuando estará separada de su hijo (a).

La extracción manual, es la forma más económica y conveniente para que una madre extraiga su leche. Además, la extracción manual le ayuda a mantener su producción, Prevenir y aliviar la congestión de sus pechos.

Es importante también que la madre aprenda la forma de alimentar a su bebé que no interfiera con el amamantamiento. (Lawrence, 2006)

La extracción manual se recomienda cuando:

- Las madres no pueden comenzar a amamantar
- Las madres tienen separaciones periódicas
- La madre está hospitalizada
- El bebé es prematuro o de muy bajo peso
- Evitar y/o aliviar la congestión mamaria
- Para aliviar el goteo.(10)
- **Extracción y conservación de la leche materna**
  - Prepare un recipiente limpio, de boca ancha, como una taza o un plato hondo.
  - Lávelo con agua y jabón
  - Vierta agua hirviendo en el recipiente y déjela cinco minutos. Bote el agua del recipiente cuando comience a extraerse la leche.

- Lave sus manos; coloque el recipiente sobre la mesa y sosténgalo con una mano para recoger la leche extraída.
- Si el pecho está duro y doloroso, inclínese hacia adelante y, con mucha delicadeza, empiece a tocar la piel del pecho; primero, en las áreas más lejanas del pezón, tratando de detectar los sitios más sensibles y los más duros, intentando disolver la dureza con un masaje circular, muy suave en estas áreas.
- Presione y suelte. Al comienzo, puede que no salga leche, pero después ésta goteará y luego observará que, en la mayoría de los casos, hay chorros diminutos de leche, como si fuera una regadera; pudiendo llegar muy lejos, en los casos en que el reflejo de eyección sea muy activo.
- En una mamá relajada, los chorros de leche pueden alcanzar varios metros y ser motivo de satisfacción; en una mamá, antes tensa y dolorida, pueden ser una demostración de gran valor psicológico, de motivación y felicidad, al saber que ella sí produce leche en cantidad.
- No apriete el pezón. La presión, o la tracción del pezón, no exprimen leche. Es lo mismo que si el bebé succiona únicamente del pezón.
- Cambie la posición de los dedos alrededor de la aréola, siguiendo un orden; por ejemplo, la dirección de las manecillas del reloj, para que así se drenen todos los senos lactíferos con eficiencia.

### **DIFICULTADES DURANTE EL AMAMANTAMIENTO** (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

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

La mayor parte del tiempo las dificultades se asocian con mala técnica, por lo tanto el apoyo que la madre necesita tanto del personal de salud como la familia es relevante.

#### **❖ Dificultades más comunes que se presentan en la madre son:**

- Pezones planos o invertidos
- Grietas del pezón

- Dolor al amamantar
- Congestión mamaria
- Micosis mamaria
- Mastitis
- Absceso mamario
- Cirugía mamaria previa
- Reflejo de eyección inhibido
- Reflejo de eyección excesivo

❖ **Dificultades comunes en niños y niñas:**

Cuando el (la) niño (a) no quiere mamar, la mayoría de las veces se trata de un problema relacionado con una técnica de amamantamiento defectuosa o prácticas inadecuadas que, por lo general, es fácil de identificar y corregir. Pero podría ser un signo de que el (la) bebé está enfermo (a), y en ocasiones muy seriamente enfermo (a).

## **DEFINICIONES DE C.A.P. Y PUERPERIO**

❖ **Conocimientos:**

El conocimiento se define como la posesión de un modelo de la realidad en la mente, éste inicia por los sentidos, luego al entendimiento terminando en la razón. Saber abarca el conjunto de conocimientos que dan lugar a un pensamiento continuo de recuerdos de los conocimientos que se adquieren a lo largo del tiempo, es además el nivel de información que un individuo tiene acerca de una materia. Implica datos, conceptos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. Se usa en el sentido de hecho, información, concepto pero también como comprensión y análisis; la especie humana ha progresado en la medida que se acumulan las experiencias de otras generaciones y lo ha logrado sintetizar; el conocimiento brinda un significado a las creencias y prácticas. (Selva Gómez & Llanes Blanco, 2005)

• **Productos primarios del conocimiento:**

- Las sensaciones; que constituyen la forma más elemental del conocimiento.
- La percepción; es la integración del sistema de sensaciones.

- Las representaciones; son huellas de la percepción que se conservan debido a la plasticidad del cerebro.
- Las sensaciones, percepciones y representaciones constituyen las formas primarias o elementales del conocimiento, éstas no revelan la esencia de los objetos y fenómenos.  
Un objeto se puede captar en tres niveles: sensible, conceptual y holístico.
- Conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de la vista; gracias a ello podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.
- Conocimiento conceptual abarca representaciones invisibles, inmateriales pero universales y esenciales.
- Conocimiento holístico (llamado también intuitivo). En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales.
- La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en que el conocimiento sensible es singular y el conceptual universal.

El conocimiento holístico y conceptual se diferencian en que el primero carece de estructuras, tiende a prescindir de ellas.

❖ **Actitud:**

Se refiere a los sentimientos hacia ciertos objetos sociales, físicos, tipo de persona; personas determinadas, instituciones sociales, etc. El método más directo para la medición de las actitudes es preguntar a las personas de una u otra manera, cuales son las suyas.

Actualmente la mayoría de las medidas de actitud se basan en inventos de personalidad y la información referente a la validez de diferentes enfoques de la medición de las actitudes lo que permite concluir fácilmente que el inventario de personalidad es el enfoque más válido del que se dispone actualmente.

Las actitudes son adquiridas y no heredadas; su desarrollo implica socialización y hábito. Influyen a nivel socioeconómico y educacional, la ocupación, la edad sobre las actitudes y creencias.

- Características
  - Relativamente duraderas
  - Son resultado de la agregación de varios elementos que se relacionan entre sí.

- Se refieren a objetos concretos y abstractos como personas, grupos instituciones, temas o situaciones específicas (acontecimientos).
- Conducen a comportamientos preferenciales ante un objeto o situación.
- Dan como resultado, respuestas que pueden ser negativas o positivas y estar determinadas por componentes valorativos y afectivos.
- Contienen predisposiciones a actuar de manera específica, estas predisposiciones están interrelacionadas.
- No son directamente observables, sino que deben ser inferidas a través de respuestas de los individuos.
- Elementos
  - Elemento cognoscitivo: Conformados por una idea, un conocimiento, una creencia cualquiera concerniente al objeto de la actitud. Lo más importante del elemento es la forma con la que la persona mira al mundo y no como es el mundo en la vida real.
  - Elemento afectivo: está conformado por un conjunto de emociones o instintos que surgen en la persona cuando se encuentran ante un objeto o una circunstancia, o simplemente pensar en éste.
  - Elemento comportamental: está conformado por las tendencias hacia la acción y no por la acción. Si la actitud es favorable, la persona se verá inclinada a expresarse en acción.
- Fuentes
  - La cultura, costumbres, valores, manera de vivir, etc. De la sociedad a la que pertenece.
  - Los grupos de amistades a los cuales pertenecen, además de aquellos a los cuales se desearía pertenecer.
  - La familia, las emociones, las creencias en la familia implican la coherencia de un sistema cultural, implicando situaciones de riesgo físico, psicológico y social que inciden en la formación de la personalidad, la mayoría de las veces de forma negativa e irreversible.
  - Las experiencias personales.
  - La pareja.
  - El personal de salud.
- ❖ **Práctica**

Se define como la aplicación de una idea, doctrina, enseñanza o pensamiento que tiene la persona sobre determinado tema. También la podemos definir como la realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas o como la habilidad, destreza o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad.

❖ **Puerperio:**

Período de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta revertirlas a su estado inicial. Comprende un período de tiempo de 45 a 60 días pos parto.

- **Puerperio Inmediato:**

Período que abarca las primeras 24 horas post parto, es el de mayor importancia ya que existe mayor riesgo de muerte materna. La mujer experimenta sensación de alivio y bienestar, puede ocurrir aumento de la temperatura y leucocitosis.

- **Puerperio propiamente dicho:**

Ocurre en los primeros 10 días, corresponde al período de máxima involución de los órganos genitales, se da mayor salida de loquios e instalación de secreción láctea.

- **Puerperio alejado:**

Abarca de los 11 a 45 días post parto, concluye con la involución genital, puede sobrevenir la menstruación, a partir del día 25 puede encontrarse un endometrio estrogénico, la vagina sufre un proceso de atrofia transitoria.

- **Puerperio tardío**

Corresponde fundamentalmente a la mujer que amamanta comprende de los 45 a 60 días post parto. Se observa una agina bien involucionada y un endometrio hipotrófico; en la mujer que lacta tiene un límite impreciso. (18)

**IMPACTO DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS SOBRE LACTANCIA MATERNA PARA PROVEEDORES DE SALUD, AGENTES COMUNITARIOS Y USUARIAS** (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

Estudios realizados en el país demuestran que el personal de las unidades de salud y los hospitales influyen negativamente en la concepción de la duración de la lactancia materna,

los beneficios de la misma, en las prácticas adecuadas, lo que resulta contradictorio ya que el personal de salud es quien está en más íntimo contacto con la población más susceptible a esta etapa de la vida. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

Amamantar exitosamente se vuelve difícil en una sociedad con prácticas arraigadas, como es el caso del uso del biberón y al poco interés por brindar la información necesaria durante las etapas prenatal y pos natal.

Ante tal situación el MINSA ha ideado el desarrollo de materiales que permitan al personal de salud ofrecer respuestas y facilitar acciones en casos específicos dirigidos a la lactancia materna.

Como parte del plan se han logrado realizar muchas actividades y también llevar la promoción de la lactancia materna fuera de las fronteras del Ministerio de Salud., como son la Iniciativa de Unidades Formadoras Amigas de la Mujer y la Niñez, la capacitación a promotores de salud de diversos ONG's y la formación de Grupos de apoyo comunitarios como parte de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y de la Madre la que ha sido de gran impacto en el cambio de prácticas que interfieren con la lactancia natural. Esta se ha extendido a la Atención Primaria como “Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y de la Madre” la que se encuentra también en desarrollo.

El Ministerio de Salud, de Nicaragua, ha realizado numerosos esfuerzos en pro de la práctica de la lactancia materna contando con la decisión y voluntad política, los cuales se encuentran plasmados en el plan Nacional de Promoción, Protección y Mantenimiento de la lactancia materna elaborado conjuntamente con el UNICEF.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo de corte transversal

### **UNIVERSO**

Estuvo conformado por 727 mujeres en edad fértil (15-49 años), que asistieron al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015, de acuerdo a datos estadísticos de la Unidad de Salud.

### **MUESTRA:**

Estuvo constituida por 279 mujeres, en edad fértil, las cuales representan el 38.4% del total del Universo, la cual estuvo definida de acuerdo a los criterios de Inclusión y de Exclusión.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Todas las mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.
- Todas las mujeres que aceptaron participar en el llenado del cuestionario.
- Mujeres que podían leer y escribir
- Mujeres que llenaron correctamente el cuestionario.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Todas las mujeres que NO acepten participar en el llenado del cuestionario.
2. Mujeres que NO sabían leer ni escribir.
3. Todas las Mujeres que NO hayan llenado el cuestionario de manera correcta.

## **FUENTE DE INFORMACIÓN:**

Se obtuvo la información de fuentes primarias a través de la aplicación de un cuestionario de preguntas cerradas, previamente validado.

## **TIPO Y PROCEDIMIENTOS DE MUESTREO**

Fue de tipo NO probabilística por conveniencia.

## **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN**

La recolección de la información se realizó mediante el llenado de un cuestionario de preguntas cerradas. Previamente validado por informantes claves conformados por profesionales de la salud: 2 médicos generales, 2 enfermeras, 1 Médico Ginecobstetra, 1 Médico Pediatra, 5 mujeres escogidas al azar de la comunidad y que NO habían asistido al Centro de Salud de Monimbó, del Municipio de Masaya, con antecedentes de haber brindado Lactancia Materna Exclusiva (LME).

Las respuestas a dichas preguntas abiertas conforman las variables de nuestro estudio; a partir de ello se obtuvo la información para diseñar el instrumento el cual fue elaborado con la metodología CAP.

Para el llenado del cuestionario, se realizaron visitas al Centro de Salud de Monimbó. Toda paciente que aceptó participar se le solicitó consentimiento informado. Se tomó la muestra de las mujeres presentes, en el área ya descrita y que cumplían con los criterios del estudio.

Para valorar el **conocimiento** sobre lactancia materna se realizaron preguntas sobre aspectos básicos, de las cuales se clasificaron como nivel bueno, regular y malo aplicando puntaje a cada pregunta:

Bueno: 5-7 respuestas correctas

Regular: 3-5 respuestas correctas

Malo: 0-2 respuestas correctas

Las **actitudes** se evaluaron mediante escala de Likert la cual fue modificada para nuestro estudio en 3 escalas:

- De acuerdo (A)
- Indecisa (I)
- En Desacuerdo (D)

Las aseveraciones fueron positivas o negativas y se analizaron según el tipo de respuestas. Se realizaron **6 aseveraciones negativas** cuyos puntajes asignados fueron: De acuerdo (1 pt) Indecisa (2 pts.) Desacuerdo (3pts). Para las **7 aseveraciones positivas** se asignaron los puntajes: De acuerdo (3pts.) Indecisa (2 pts.) Desacuerdo (1pt).

Para valorar las **prácticas** se elaboraron preguntas con opciones de respuestas: Si, No, No sé; relacionadas con la conducta de la entrevistada ante la lactancia materna. Se desarrollaron categorías de bueno, regular y malo aplicándole puntaje a cada pregunta.

Bueno: 4-5 respuestas correctas

Regular: 3 respuestas correctas

Malo: 0-2 respuestas correctas

## **PROCESAMIENTO DE DATOS**

1. Se realizó el procesamiento de datos con el programa estadístico SPSS Statistics 20.0.
2. Se realizó tablas de frecuencia simple y cruce de variables entre las más determinantes para evaluar los objetivos de nuestro estudio.

### **1. Factores Sociodemográficos:**

- Edad
- Estado Civil
- Número de hijos
- Religión
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación

- 2. Conocimientos sobre lactancia materna**
- 3. Actitudes sobre lactancia materna.**
- 4. Prácticas sobre lactancia materna.**
- 5. Consolidado de Fuentes de información.**

**ENTRECRUZAMIENTO DE VARIABLES:**

- Factores Sociodemográficos vs. Nivel de Conocimientos
- Factores Sociodemográficos vs. Nivel de Actitudes
- Factores Sociodemográficos vs. Nivel de Prácticas
- Nivel de Conocimientos vs. Nivel de Actitudes
- Nivel de Conocimientos vs. Nivel de Prácticas

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Situación Socio- Demográfica	Edad	Número de años transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de llenado de la encuesta.	Años cumplidos	15 a 26 años
				27 a 38 años
				39 a 49 años
	Estado Civil	Condición de un individuo en relación de pareja.		Soltera
				Casada
				Acompañada
	Número de Hijos	Es el número total de hijos nacidos vivos en las mujeres encuestadas		Uno
				Dos
				Tres
				Más de Tres
	Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de llenado de la encuesta.	Último año aprobado	Primaria
				Secundaria
				Técnico
				Universitario
	Ocupación	Actividad a la que un individuo se dedica		Ama de Casa
				Estudiante
Trabajadora				
Otras				

Objetivo	Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Conocimiento	Conocimiento sobre la Lactancia Materna	Bases teóricas conceptuales sobre las que se basa una persona, es decir el nivel de información que la persona recuerda sobre lactancia Materna.	Importancia de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> <li>• No sabe</li> </ul>
			Beneficios de la lactancia Materna	
			Tiempo de frecuencia que se debe dar pecho al niño: cada vez que llora, cada vez que quiere, cada 2 horas, cada 3-4 horas.	
			Meses de duración de LME: 1-3, 4-6, 7-12, más de 12 meses.	
			Tipo de alimentación del niño durante los primeros meses d vida: solo pecho. Pecho más agua, pecho mas leche de vaca, pecho más comida, atoles y refrescos.	
Posiciones de amamantamiento: Sentada, acostada, otra				

Objetivo	Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Actitudes	Actitudes frente a la lactancia materna	Disposición interna de carácter aprendido y duradero que sostiene las respuestas favorables del individuo hacia la lactancia materna	Grado de acuerdo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Duda</li> </ul>

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Prácticas	Prácticas sobre lactancia materna	Conducta o respuesta establecida ante una situación determinada.  En lactancia materna es la actividad que las mujeres refieren hacer.	Practica de lactancia materna	Su familia	• Si
				Experiencia Personal	• No
			Duración de LME : *1-3 * 4-6 * 7-12, *más de 12 meses	Meses	• No
				Años	• No
Problemas para dar el pecho	Enfermedad	• Si			
	Economía	• No			
					• No
					Sabe

Objetivo	Variable	Definición	Indicador	Escala
Información	Información	La información es un conjunto organizado de datos, que constituye un mensaje sobre cierto fenómeno o ente. En este caso sobre la lactancia materna.	Portavoz de la información: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiar</li> <li>• Compañer o</li> <li>• Amiga</li> <li>• Partera</li> <li>• Personal de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
			Calidad de información recibida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Útil</li> <li>• Poco útil</li> <li>• Nada útil</li> </ul>
			Cantidad de información recibida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca</li> <li>• Suficiente</li> <li>• Mucha</li> </ul>

## RESULTADOS

El grupo de edad que predomina en la población en estudio corresponde en primer lugar al rango de mujeres entre las edades de 27 a 38 años que equivalen al 45.2% (126). En segundo lugar las mujeres menores de 15 a 26 años que equivalen a un 42.3% (118) y en tercer lugar las mujeres de 39 a 49 años de edad que equivalen a un 12.5% (35). En relación al Estado civil: Las mujeres solteras tuvieron un 6.5% (18), seguidas por las mujeres casadas en un 23.3% (65), y las acompañadas en un 70.2% (196). Con respecto al número de hijos que predomina en la población de estudio corresponde a uno, que equivale al 45.2%, (126) en segundo lugar las que tienen dos hijos en un 36.6% (102) y en tercer lugar las que tienen tres hijos que corresponden al 13.6%. (38) Las mujeres que tuvieron más de 3 hijos representaron el 4.6% (13). En relación a la religión el 72.0% (201) indicaron ser católicas, el 20.8% (58), tenían religión evangélica, y en un 7.2% tenían otras religiones.

Con relación a la procedencia, el 70.6% (197) tenían procedencia urbana, y en un 29.4% (82) tenían procedencia rural. En relación al nivel de Escolaridad: Las mujeres encuestadas en su mayoría tenían un nivel primario de educación con un 46.2% (129) en relación al nivel secundario fue de un 37.3% (104) y en relación al nivel de técnico fue de un 9.7% (27), en el nivel universitario fue de un 6.8% (19) En relación a la Ocupación: La mayoría de las encuestadas corresponden al rango ocupacional de las amas de casa en un 74.2% (207), seguida por las mujeres trabajadoras en un 21.1% y estudiantes en un 4.7%.

**(Ver Cuadro N° 1)**

El número de mujeres que si creía que era importante dar de mamar a los niños fue de 96.4% (269), el número de mujeres que no creía que fuese importante dar de mamar a los niños fue de 1.2% (3) y el número de mujeres que no sabía si era importante dar de mamar a los niños fue de 2.4% (7).

El número de mujeres que si conocía los beneficios de dar de mamar fue de 79.2% (221), el número de mujeres que no conocía los beneficios de dar de mamar fue de 20.0% (56) y el número de mujeres que no sabía los beneficios de dar de mamar fue de 0.7% (2).

El número de mujeres que si sabían que la lactancia materna no debía prolongarse más de 6 meses fue de 53.4% (149), El número de mujeres que no sabían que la lactancia materna no debía prolongarse más de 6 meses fue de 36.2% (101) y El número de mujeres que no sabían que la lactancia materna no debía prolongarse más de 6 meses fue de 10.4% (29).

El número de mujeres que si sabían que el niño debía recibir lactancia cuando el deseara fue de 91.7% (256), El número de mujeres que dijo que el niño no debía recibir lactancia cuando el deseara fue de 4.7% (13) y El número de mujeres que no sabían que el niño debía recibir lactancia cuando el deseara fue de 3.6% (10).

El número que si estaban preparadas para de dar de lactar sus bebe fue de 92.1% (257), en número de mujeres que no estaba lista para dar de lactar a sus bebe fue de 4.3% (12) y el número de mujeres que no sabían si estaban lista para dar lactar a sus bebe fue de 3.6% (10).

Las mujeres que si sabían que la preparación de los pezones facilitaba la lactancia fue de 87.0% (243), el número de mujeres que decía la preparación de los pezones no facilitaba la lactancia fue de 8.6% (24) y el número de mujeres que no sabía que la preparación de los pezones facilitaba la lactancia fue de 4.3% (12).

El número de mujeres que si sabía que la lactancia materna no ayuda a prevenir el cáncer de mama fue de 70.9% (198), el número de mujeres que decía que la lactancia materna no ayudaba a prevenir el cáncer fue de 26.2% (73) y el número de mujeres que no sabía que la lactancia materna no ayudaba a prevenir el cáncer fue de 2.9% (8).

El número de mujeres que si sabían que la lactancia materna proporcionaba al bebe defensas para combatir enfermedades fue de 93.5% (261), el número de mujeres que decían que la lactancia materna no proporcionaba defensas al bebe para combatir enfermedades fue de 4.7% (13) y el número de mujeres que no sabían que la lactancia materna proporcionaba defensas al niño para combatir enfermedades fue de 1.8% (5).

Las mujeres que si sabían que los niños alimentados con pechos son más inteligentes que los alimentados con biberón fue de 79.5% (222), el número de mujeres que decían que alimentar con pecho a los bebe no los hacia más inteligentes que los alimentados con biberón fue de 2.2% (6) y el número de mujeres que no sabía que los niños alimentados con pechos los hacia más inteligentes que los alimentados con biberón fue de 18.3% (51).

El número de mujeres que si sabían que la lactancia materna ayudaba a establecer vínculo entre madre e hijo fue de 97.5% (272), el número de mujeres que decía que la lactancia materna no ayudaba a establecer vínculo entre madre e hijo fue de 0.7% (2) y el número de mujeres que no sabía si la lactancia materna ayudaba a establecer vínculos madre e hijo fue de 1.8% (5).

El número de mujeres que si sabía que la lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe fue de 83.1% (232), el número de mujeres que decían la lactancia materna exclusiva no era solo dar pecho y agüita fue de 1.8% (5) y el números de mujeres que no sabía que la lactancia exclusiva solo era dar pecho y agüita al bebe fue de 15.1% (42).

El número de mujeres que si sabía que la leche materna está libre de microbios fue de 89.9% (251), el número de mujeres que decía que la leche materna no estaba libre de microbios fue de 3.3% (9) y el número de mujeres que no sabía que la leche materna estaba libre de microbios fue de 6.8% (19).

El número de mujeres que si sabían que al dar de mama podían comer de todo y beber de todo fue de 81.4% (227), el número de mujeres que decían que al dar de mama no podían comer de todo ni bebe de todo fue de 17.2% (48) y el número de mujeres que no sabía que al dar de mama podía comer de todo y beber de todo fue de 1.4% (4).

El número de mujeres que si sabía que había que comer el doble para poder dar de mamar fue de 11.1% (31), el número de mujeres que decía que no había que alimentarse el doble para poder dar mamar fue de 81.4% (227) y el número de mujeres que no sabía que había que alimentarse el doble para poder dar de mama fue de 7.5% (21).

El número de mujeres que sabía que cuando comenzaban a trabajar ya no era posible dar de lactar fue de 5.4% (15), el número de mujeres que decía que no necesariamente al comenzar a trabajar no se podía volver a dar de lactar fue de 83.5% (233) y el número de mujeres que no sabía que al empezar a trabajar no se podía dar de lactar fue de 11.1% (31). El número de mujeres que si sabía que la succión por parte del niño estimulaba la secreción de leche fue de 93.5% (261), el número de mujeres que decía que la succión no estimulaba la secreción de leche fue de 2.9% (8) y el número de mujeres que no sabía que la succión estimulaba la secreción fue de 3.6% (10).

El número de mujeres que si sabía que la lactancia materna disminuye la cantidad de sangrado después del parto fue de 22.6% (63), el número de mujeres que decía que la lactancia materna no disminuía la cantidad de sangrado después del parto fue de 5.0% (14) y el número de mujeres que no sabía que la lactancia materna disminuía la cantidad de sangrado después del parto fue de 72.4% (202). **(Cuadro N°2)**

Con respecto al nivel de conocimiento de las mujeres, el nivel bueno de conocimiento de las mujeres fue de 83.2% (232), el nivel regular de conocimiento de las mujeres fue de 11.1% (31) y el nivel malo de conocimiento fue de 5.7% (16). **(Cuadro N°3)**

A la proposición, **durante los 6 primeros meses de vida, él bebe debe de ser alimentado solo con lecha materna para ser sano, fuerte e inteligente.** La actitud de las mujeres fue a favor (De acuerdo) 96.4% (269), la actitud indecisa fue 2.5% (7), la actitud en desacuerdo fue 1.1% (3).

A la proposición, **La leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebe que la leche materna.** La actitud de las mujeres fue a favor (de acuerdo) 20.4% (57), la actitud indecisa fue de 1.4% (4), la actitud en desacuerdo fue de 78.2% (218).

A la proposición, **La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo.** La actitud de las mujeres fue a favor (de acuerdo) en 44.8% (125), la actitud indecisa fue de 7.2% (20), la actitud en desacuerdo fue de 48.0% (134).

A la proposición, **La madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 5.0% (14), la actitud indecisa fue de 91.8% (256), la actitud en desacuerdo fue de 3.2% (9). A la proposición, **La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 15.1% (42), la actitud indecisa fue de 63.8% (178), la actitud en desacuerdo fue de 21.1% (59).

A la proposición, **Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.** La actitud de las mujeres a favor fue de 95.4% (266), la actitud indecisa fue de 2.9% (8), la actitud en desacuerdo fue de 1.8% (5). A la proposición, **La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 92.8% (259), la actitud indecisa fue de 3.6% (10), la actitud en desacuerdo fue de 3.6% (10).

A la proposición, **El bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 96.1% (268), la actitud indecisa fue de 2.5% (7), la actitud en desacuerdo fue de 1.4% (4).

A la proposición, **Dar de mamar al bebé es doloroso.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 88.6% (247), la actitud indecisa fue de 7.5% (21), la actitud en desacuerdo fue de 3.9% (11).

A la proposición, **Un ambiente tranquilo y agradable no es importante para dar de lactar.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 23.1% (66), la actitud indecisa fue de 3.9% (11), la actitud en desacuerdo fue de 72.4 (202).

A la proposición, **La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 3.6% (10), la actitud indecisa fue de 3.2% (9), la actitud en desacuerdo fue de 93.2% (260).

A la proposición, **No todas las mamás tienen suficiente leche para dar de lactar.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 15.5% (43), la actitud indecisa fue de 3.9% (11), la actitud en desacuerdo fue de 80.6% (225). A la proposición, **La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.** La actitud de las mujeres a favor fue de 73.8% (206), la actitud indecisa fue de 1.5% (4), la actitud en desacuerdo fue de 24.7% (69). A la proposición, **El bebé, cuando toma el pecho de su**

**madre, recibe amor seguridad y afecto.** La actitud de las mujeres a favor fue de 95.7% (267), la actitud indecisa fue de 2.2% (6), la actitud en desacuerdo fue de 2.1% (6).

A la proposición, **El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche.** La actitud de las mujeres a favor fue de 83.2% (232), la actitud indecisa fue de 12.5% (35), la actitud en desacuerdo fue de 4.3% (12). A la proposición, **A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo.** La actitud de las mujeres a favor fue de 3.2% (9), la actitud indecisa fue de 3.2% (9), la actitud en desacuerdo fue de 93.6% (261).

A la proposición, **El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, de la madre interfiere con la lactancia materna.** La actitud de las mujeres a favor fue de 90.7% (253), la actitud indecisa 2.2% (6), la actitud en desacuerdo fue de 7.1% (20).

A la proposición, **Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y Conservarla en la refrigeradora.** La actitud de las mujeres fue a favor 25.4% (71), la actitud indecisa fue de 2.5% (7), la actitud en desacuerdo fue de 72.1% (201). **(Cuadro N°4)**

Con respecto al nivel de conocimiento de las mujeres, El nivel de actitud favorable de las mujeres de edad fértil fue 79.2% (221), el nivel de actitud indeciso de las mujeres de edad fértil fue de 11.5% (32) y el nivel de actitud desfavorable de las mujeres de edad fértil fue de 9.3% (26). **(Cuadro N°5)**

Con respecto a los antecedentes de lactancias maternas en las mujeres, el número de mujeres que si dieron Lactancia Materna fue de 96.4% (269), el número de mujeres que no dieron lactancia materna fue de 3.6% (10). **(Cuadro N°6)**

El tiempo de lactancia exclusiva en los recién nacidos hasta los 6 meses fue de 25.7% (69), el tiempo de lactancia exclusiva de los 6 a 9 meses fue de 4.8% (13), el tiempo de lactancia exclusiva de los 9 a los 12 meses fue de 66.2% (178) y el tiempo de lactancia exclusiva en los bebes mayores de 12 meses fue de 3.3% (9). **(Cuadro N°7)**

En relación a nivel de prácticas en las mujeres, El nivel de practica buena en las mujeres fue de 8.2% (23), el nivel de practica regula en las mujeres fue de 13.6% (38) y el nivel de practica mala en las mujeres fue de 78.2% (218). **(Cuadro N° 8)**

Las razones por las que no realizaron lactancia materna las mujeres corresponden por poca cantidad a 60% (6), las mujeres que no realizaron lactancia materna por ir a trabajar fue de 80% (8), las mujeres que no realizaron lactancia materna por introducir otras leches fue de 100% (10) y las mujeres que no realizaron lactancia materna porque el niño la rechazó fue de 70% (7). **(Cuadro N° 9)**

Con respecto a la información sobre lactancia materna, El número de mujeres que sí recibió información sobre la lactancia materna fue de 97.8% (273), el número de mujeres que no recibió información sobre la lactancia materna fue de 2.2% (6).

El número de mujeres que recibieron información de parte de sus madres fue de 95.3% (266), el número de mujeres que recibieron información de parte de sus brigadista fue de 19.0% (53), el número de mujeres que recibieron información de parte de su personal de salud fue de 97.1% (271), el número de mujeres que recibieron información de parte de sus maestros fue de 72.4% (202), el número de mujeres que recibieron información de parte de sus familiares fue de 4.7% (13).

El número de mujeres que su fuente de información era la casa fue de 79.2% (221), el número de mujeres que su fuente de información era la calle fue de 59.9% (167), el número de mujeres que su fuente de información era la escuela fue de 7.5% (21), el número de mujeres que su fuente de información era del centro de salud fue de 72.0% (201), el número de mujeres que su fuente de información era de farmacias fue de 31.5% (88) y el número de mujeres que su información era de folletos fue de 44.1% (123).

El número de mujeres que le explicaron con un lenguaje sencillo la información brindada fue de 79.9% (223) y el número de mujeres que no entendían la información brindada fue de 20.1% (56). **(Cuadro N°10)**

En relación con las características Sociodemográficas versus Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna en las mujeres, Las mujeres entre la edad de 15-26 años versus su nivel bueno de conocimiento sobre lactancia materna fue de 89.8% (106), versus su nivel regular de conocimiento sobre lactancia materna fue de 6.8% (8), versus su nivel malo de conocimiento sobre lactancia materna fue de 3.4% (4).

Las mujeres entre la edad de 27-38 años versus su buen nivel de conocimiento acerca de la lactancia materna fue de 88.1% (111), versus su regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 7.1% (9), versus su mal nivel de conocimiento sobre la lactancia materna fue de 4.8% (6). Las mujeres entre la edad de 39-49 años versus su buen nivel de conocimiento acerca de la lactancia materna fue de 42.9% (15), versus su regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 40.0% (14), versus su mal nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 17.1% (6). El número de mujeres solteras versus un buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 44.4% (8), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 38.9% (7), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 16.7% (3).

El número de mujeres casadas versus un buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 86.2% (56), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 3.1% (2), versus un mal conocimiento de lactancia materna fue de 10.7% (7).

El número de mujeres acompañadas versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia fue de 85.7% (168), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 11.2% (22), versus su mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 3.1% (6).

El número de mujeres con un hijo versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 86.5% (109), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 7.9% (10), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 5.6% (7).

El número de mujeres con dos hijos versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 87.1% (95), versus su regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 9.2% (10), versus su mal conocimiento sobre lactancia materna 3.7% (4).

El número de mujeres con tres hijos versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 77.4% (24), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 12.9% (4), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 9.7% (3).

El número de mujeres con más de tres hijos versus su nivel bueno de conocimiento sobre lactancia materna fue de 30.8% (4), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna

fue de 53.8% (7), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 15.4% (2). El número de mujeres de religión católica con un buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 88.6% (178), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 8.9% (18), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 2.5% (5). El número de mujeres de religión evangélica versus un buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 68.8% (40), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 15.6% (9), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 15.6% (9). El número de mujeres con otra religión versus su buen nivel de conocimiento fue de 70.0% (14), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 20.0% (4), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 10.0% (2).

El número de mujeres de procedencia urbana versus su buen nivel de Conocimiento sobre lactancia materna fue de 87.8% (173), versus su regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 9.6% (19), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 2.6% (5).

El número de mujeres de procedencia rural versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 71.9% (59), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna 14.6% (12), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna 13.5% (11).

El número de mujeres con una escolaridad de primaria versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 87.6% (113), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna 8.5% (11), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna 3.9% (5). El número de mujeres con una escolaridad de secundaria versus un buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 84.6% (88), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna 8.7% (9), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 6.7% (7).

El número de mujeres con una escolaridad técnica versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 70.4% (19), versus su regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 22.2% (6), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 7.4% (2).

El número de mujeres con una escolaridad universitaria versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 63.2% (12), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna 26.3% (5), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 10.5% (2). El número de mujeres con una ocupación estudiantil versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 61.5% (8), versus un nivel regular de conocimiento sobre lactancia materna 23.1% (3), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna 15.4% (2). El número de mujeres con la ocupación de ama de casa versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 92.3% (191), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 4.8% (10), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 2.9% (6).

El número de mujeres con una ocupación de trabajadora versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 55.9% (33), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 30.5% (18), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 13.6% (8). **(Cuadro N° 11)**

Con respecto a las características Sociodemográficas versus Nivel de Actitudes que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres, El número de mujeres entre 15-26 años versus un nivel favorable sobre lactancia materna fue de 81.4% (96), versus un nivel indeciso sobre lactancia materna fue de 10.2% (12), versus un desfavorable conocimiento sobre lactancia materna fue de 8.4% (10). El número de mujeres entre los 27-38 años versus un nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 92.6% (117), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 4.9% (6), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 2.5% (3).

El número de mujeres entre los 39-49 años versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 22.9% (8), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 40.0% (14), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 37.1% (13).

El número de mujeres solteras versus un nivel favorable de Conocimiento sobre lactancia materna fue de 72.2% (13), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 16.7% (3), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia

materna fue de 11.1% (2). El número de mujeres casadas versus su nivel favorable de Conocimiento sobre lactancia materna fue de 44.6% (29), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 27.7% (18), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 27.7% (18). El número de mujeres acompañadas versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 91.3% (179), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 5.6% (11), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 3.1% (6). El número de mujeres con un solo hijo versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 90.6% (114), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 5.6% (7), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 3.8% (5).

El número de mujeres con 2 hijos versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 89.2% (91), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 5.9% (6), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 4.9% (5). El número de mujeres con 3 hijos versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 26.3% (10), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 42.1% (16), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 31.6% (12).

El número de mujeres con más de 3 hijos versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 46.2% (6), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 23.1% (3), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 30.7% (4). El número de mujeres de religión católica versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 94.5% (190), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 2.5% (5), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 3.0% (6).

El número de mujeres de religión evangélica versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 31.0% (18), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 39.7% (23), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 29.3% (17).

El número de mujeres con otra religión versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 65.0% (13), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 20.0% (4), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 15.0% (3). El número de mujeres de procedencia urbana versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 93.9% (185), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 2.0% (4), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 4.1% (8).

El número de mujeres de procedencia Rural versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 43.9% (36), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 34.1% (28), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 22.0% (18). El número de mujeres con escolaridad primaria versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 83.7% (108), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 9.3% (12), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 7.0% (9).

El número de mujeres con escolaridad secundaria versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 91.3% (95), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 4.8% (5), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna 3.8% (4). El número de mujeres con escolaridad técnica versus su nivel de conocimiento favorable sobre lactancia materna fue de 37.0% (10), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 33.3% (9), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 29.7% (8).

El número de mujeres con escolaridad universitaria versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 42.1% (8), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 31.6% (6), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 26.3% (5).

El número de mujeres con una ocupación estudiantil versus su nivel de conocimiento favorable fue de 38.4% (5), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 30.8% (4), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 30.8% (4). El número de mujeres con la ocupación de ama de casa versus un nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 89.4% (185), versus un

nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna 5.8% (12), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 4.8% (10).

El número de mujeres con una ocupación de trabajadora versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 52.5% (31), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 27.2% (16), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 20.3% (12). **(Cuadro N° 12)**

En relación con las características Sociodemográficas versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres, El número de mujeres entre los 15-26 años versus su buen nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 5.1% (6), versus su nivel regular sobre la lactancia materna fue de 19.5% (23), versus su mal nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 75.4% (89). El número de mujeres en los 27-38 años versus su buen nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 5.6% (7), versus su regular nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 8.7% (11), versus su mal nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 85.7% (108). El número de mujeres entre los 39-49 años versus su buen nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 20.4% (10), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 8.2% (4), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 71.4% (35).

El número de mujeres solteras versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 11.1% (2), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 22.2% (4), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 66.7% (12).

El número de mujeres casadas versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 10.8% (7), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 24.6% (16), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 64.6% (42).

El número de mujeres acompañadas versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 7.1% (14), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 9.2% (18), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 83.7% (164).

El número de mujeres con un solo hijo versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 3.2% (4), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 14.3% (18), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 82.5% (104).

El número de mujeres con 2 hijos versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 2.0% (2), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 3.9% (4), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 94.1% (96).

El número de mujeres con 3 hijos versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 31.6% (12), versus un regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 31.6% (12), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 36.8% (14).

El número de mujeres con más de tres hijos versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 38.4% (5), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 30.8% (4), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 30.8% (4).

El número de mujeres con una religión católica versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 4.0% (8), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 5.0% (10), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 91.0% (183).

El número de mujeres con una religión evangélica versus su buen nivel práctico de lactancia materna fue de 17.2% (10), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 34.5% (20), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 48.3% (28).

El número de mujeres con otra religión versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 25.0% (5), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 40.0% (8), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 35.0% (7).

El número de mujeres con procedencia urbana versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 3.0% (6), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna 8.6% (17), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 88.4% (174).

El número de mujeres con procedencia rural versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 20.7% (17), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 25.6% (21), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 53.7% (44).

El número de mujeres con escolaridad primaria versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 5.4% (7), versus su regular nivel sobre lactancia materna fue de 17.9% (23), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 76.7% (99).

El número de mujeres con escolaridad secundaria versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 4.8% (5), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 7.7% (8), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 87.5% (91).

El número de mujeres con escolaridad técnica versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 7.4% (2), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 14.8% (4), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 77.8% (21).

El número de mujeres con escolaridad universitaria versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 47.4% (9), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 15.8% (3), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 36.8% (7).

El número de mujeres con una ocupación estudiantil versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 15.4% (2), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 23.1% (3), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 61.5% (8). El

número de mujeres con la ocupación de ama de casa versus su buen nivel de lactancia materna fue de 5.3% (11), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 7.2% (15), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 87.5% (181).

El número de mujeres con una ocupación trabajadora versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 16.9% (10), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 33.9% (20), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 49.2% (29). **(Cuadro N° 13)**

Con respecto al nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres, El nivel de conocimiento bueno versus el nivel favorable de actitud fue de 782.8% (192), versus el nivel indeciso 9.5% (22), versus el nivel desfavorable de actitud fue de 7.7% (18).

El nivel de conocimiento regular versus el nivel favorable de actitud fue de 58.1% (18), versus el nivel indeciso 22.6% (7), versus el nivel desfavorable fue de 19.3% (6).

El nivel de conocimiento malo versus el nivel favorable de actitud fue de 68.8% (11), versus el nivel indeciso fue de 18.8% (3), versus el nivel desfavorable 12.4% (2).

**(Cuadro N°14)**

En relación al Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres, el nivel de conocimiento bueno versus el nivel bueno de práctica fue de 6.9% (16), versus el nivel regular de práctica fue de 8.2% (19), versus el nivel malo de práctica fue de 84.9% (197).

El nivel de conocimiento regular versus el nivel bueno de práctica fue de 12.9% (4), versus el nivel regular de práctica fue de 38.7% (12), versus el nivel malo de práctica fue de 48.4% (15). El nivel de conocimiento malo versus el nivel bueno de práctica fue de 18.8% (3), versus el nivel regular de práctica fue de 43.8% (7), versus el nivel malo fue de 37.4% (6).

**(Cuadro N°15)**

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

La responsabilidad de impulsar la práctica de una Lactancia Materna exclusiva se encuentra en el compromiso de todos. Un proceso continuo de la adquisición de Conocimientos acerca de la Lactancia Materna, desarrollará un comportamiento responsable y disciplinado y el cual dependerá en gran parte de la información, que desarrollará impactos sociales y culturales en la población del país.

Nicaragua presenta una población donde la juventud prevalece, por lo que el enfoque dentro de este grupo siempre marca un punto relevante en el proceso de análisis de la situación Socio Económica y de Salud del país, en el presente estudio la prevalencia de mujeres jóvenes y con un nivel de escolaridad de secundaria indica que estos datos son coincidentes. Información como ENDESA 2011 han confirmado esta situación.

Un factor preocupante como dato Nacional, es el hecho de que el factor de Escolaridad, influye de forma negativa en la práctica de la Lactancia Materna, ya que datos de ENDESA 2011-12, revelan que mujeres analfabetas, tenían un promedio total de 24 meses o más de Lactancia Materna, pero que las Mujeres con un nivel educativo Universitario bajaban dramáticamente a un promedio de 15 meses de lactancia materna.

Más del 80% de las mujeres estudiadas tenían procedencia urbana, este dato importante es un factor relevante para la Lactancia Materna en Nicaragua, ya que las mujeres del área rural tienen una práctica más continua y segura de la Lactancia Materna en comparación a las mujeres ubicadas en la región urbana.

Además la mayoría de las mujeres fueron amas de casa lo que de alguna manera esto potencializa el efecto de Lactancia Materna por el hecho de tener mayor de tiempo de relación con su hijo y la disposición del tiempo para la práctica de LME.

También factores como el tipo de trabajo y el horario del mismo influyen directamente en el proceso de separación temprana de la madre hacia su hijo, además de las distancias que

tiene que recorrer para dar cada tetada de acuerdo al horario, aunque en su mayoría los empresarios, son proactivos de la ley dándoles el tiempo de acuerdo a la misma para la realización de la lactancia materna.

El conocimiento de los beneficios de la Lactancia Materna, está asociado con la iniciación temprana y la duración de la Lactancia Materna y la iniciación tardía de fórmulas lácteas. Estudios nacionales muestran que las madres consideran que la Lactancia Materna es beneficiosa para el niño y resaltan los aspectos inmunológicos y de salud. En esta investigación la mayoría de las madres tienen un nivel de conocimiento bueno.

Los programas de capacitación enfatizan en los beneficios nutricionales de la Lactancia Materna y en la importancia del calostro, por su contenido de factores nutritivos para el niño. Es innegable que los procesos de aprendizaje, sobre todo los correspondientes al proceso de Maternidad y secuencialmente los de Lactancia Materna, impulsada desde los primeros años de vida y fortalecida en el periodo adolescente dejan huellas a nivel sensorial, emocional y cognitivo. Una joven madre, carente de estímulos adecuados, con ausencia de orientaciones maternas y/o paternas, tendrá mayores limitaciones de incorporar valores que logren éxitos durante ese proceso.

La sociedad necesita conexiones afectivas que nazcan desde el mismo ambiente familiar que posibiliten anticipar el mañana, supervisando acciones futuras y fundamentalmente luchar por eliminar todo aquello que solo funciona como limitaciones y obstáculos. Identificar los conocimientos y creencias que posee la población es importante para desarrollar estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil. Uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y técnicas, lo cual propicia la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos.

El reto de las políticas de Lactancia Materna, consiste en lograr no sólo un aumento de la población infantil que reciba alguna vez la Lactancia Materna, sino lograr mantenerla, lo cual es un desafío también para las familias, ya que existen diversos factores causales que

impiden que este propósito se lleve a cabo. Las investigaciones muestran que la duración de LME se asocia al conocimiento de la Lactancia Materna, con la edad y las horas de trabajo de la madre.

Aunque Nicaragua presenta a nivel nacional un promedio de 19 meses de Amamantamiento total, cifra que está por encima de muchos países de América Latina, cuando se valora de forma específica a la Lactancia Materna Exclusiva los datos revelan que en el país solamente se promedia en unos 2 meses, cifra que se encuentra por debajo de los indicadores estándar de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.).

El Departamento que tiene mayor tiempo de Lactancia Materna promedio con 24 meses, y es Madriz y Chinandega, y el Departamento de Chontales el de menor promedio sobre todo con Lactancia Materna Exclusiva con 1.4 meses.

Todo lo anterior sugiere que los conocimientos y prácticas de Lactancia Materna favorecen al inicio del Amamantamiento. Pero no reafirma su exclusividad hasta los 6 meses y por otro lado tampoco existe un proceso continuo hasta el primer año de vida, pese a que la madre tenga un ambiente que favorezca a una buena práctica de la misma.

Se ha encontrado que la preocupación de la madre por la producción insuficiente de leche es un factor que incide en la corta duración de la Lactancia Materna. El trabajo siempre ha jugado un factor determinante en el tiempo de amamantamiento de la mujer y ha sido referido en otros estudios nacionales e internacionales, sin embargo el factor laboral que incide en la práctica de Lactancia Materna es la ausencia de facilidades para lactar. Otros factores son el nivel educativo de la madre, el nivel socioeconómico de las familias y asistencia a control prenatal. La inclusión de otros alimentos, incluido las fórmulas lácteas también es una causa determinante en el abandono de la Lactancia Materna.

En el presente estudio las actitudes de las mujeres fueron en su mayoría favorables hacia la realización de la lactancia materna, ya que se ha establecido que la misma es influenciada por múltiples factores tanto biológicos psicológicos y sociales y su éxito va a depender de dos factores cruciales: la primera es la motivación de la madre de amamantar a su hijo que

está relacionada con las actitudes y creencias de la mujer y su nivel de información, el apoyo que reciben de familiares y amigos, sus planes de trabajo y sus experiencias previas de lactancia y la segunda es la provisión de leche que está vinculada con la frecuencia del amamantamiento, el vigor de succión, el reflejo de flujo de leche y el uso de anticonceptivos hormonales.

El amamantamiento tiene un componente instintivo en relación con el recién nacido, pero también necesita de un aprendizaje de la técnica correcta. Durante el embarazo la mujer está muy receptiva para aprender sobre todos aquellos aspectos que le permitan entregar una óptima atención a su hijo. La educación puede entregarse individualmente durante los controles prenatales o en forma grupal lo que permite intercambiar experiencias con otras embarazadas beneficiándose de las que han tenido lactancia previa exitosa y comprender las razones por las cuales otras fracasaron.

La vasta mayoría de mujeres permanece sin información acerca de la Lactancia Materna, aunque una gran mayoría han escuchado sobre las técnicas de amamantamiento, no saben de forma objetiva cuales son las principales técnicas, mucho menos de las complicaciones durante el desarrollo de la lactancia materna así como los efectos directos en el desarrollo y crecimiento de los niños.

La Lactancia Materna es la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La desinformación o la información incorrecta respecto del amamantamiento puesta de manifiesto en los resultados llevan implícito el riesgo de morbilidad neonatal e infantil. La alimentación del recién nacido librada a las habilidades intuitivas de la madre o de sus familiares necesita apoyo profesional.

Por lo que una actitud favorable de la mujer hacia el amamantamiento reclama pautas higiénico dietéticas protectoras del binomio madre-hijo. Corresponde a los miembros del equipo de salud reflexionar sobre la calidad de la enseñanza que reciben las mujeres durante el proceso de internación para el parto, revalorizando esta acción educativa que posee alto rédito y bajo costo socio-sanitario, para lograr una mejor calidad de vida de la madre y su hijo.

## CONCLUSIONES

1. Predominaron las Mujeres de 27 - 38 años, Acompañadas, en su mayoría Amas de Casa, con nivel educativo de Primaria, con un solo hijo, de religión Católica y de Procedencia Urbana.
2. El Nivel de Conocimiento de las mujeres fue Bueno en un 83.2%
3. El 97.8% de las Mujeres había recibido información sobre Lactancia Materna, proporcionada en su mayoría por la madre, dentro del ambiente familiar, utilizándose un lenguaje sencillo para la comunicación.
4. La actitud fue favorable (79.2%), en la mayoría del grupo de estudio, mostrado principalmente en el tiempo que debe de darse Lactancia Materna al niño.
5. La práctica en un 78.2% fue mala, encontrando que a pesar de que la mayoría cuenta con información, no realiza prácticas de Lactancia Materna, relacionado sobre todo a factores culturales y laborales.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Promover mecanismos de coordinación interinstitucional donde la familia y comunidad impulsen la lactancia materna exclusiva como el alimento ideal para los lactantes, dándoles un seguimiento continuo y oportuno, mejorando la calidad de vida de la niñez nicaragüense.
  
- 2.- Fortalecer el conocimiento en las mujeres acerca del marco legal de protección de la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva, con el objetivo de garantizar que la seguridad y protección del binomio Madre-Hijo para garantizar una buena práctica de Lactancia Materna. Se tiene que fortalecer campañas de conocimiento directo hacia las temáticas de Técnicas de Extracción Manual, almacenamiento de leche materna, el apego precoz etc.
  
- 3.- Integrar al núcleo familiar como estrategia dentro de la buena práctica de Lactancia Materna Exclusiva, dar a conocer sus beneficios así como las diferentes técnicas de amamantamiento, prolongando el proceso de destete y de ablactación temprana en los niños, capacitando e incorporando a dirigentes comunales y de salud, desarrollando iniciativas para mantener un seguimiento y evaluación continua.
  
- 4.- Impulsar el conocimiento acerca de la Lactancia Materna a través de los medios de comunicación, mejorando las actitudes y prácticas de las mujeres, y del personal de salud como estrategias para el fortalecimiento de la práctica de la Lactancia Materna.
  
- 5.- Crear locales con ambientes adecuados, donde las mujeres puedan informarse acerca de Lactancia Materna, con acceso a una información objetiva, actualizada y real sobre la misma.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cyntia Roxana Zimmermann, S. M. (2010). CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS EN LA CIUDAD DE RESISTENCIA. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina.*, PP4.
- DELGADO, L. R. (2009). CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS EN LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN LUIS. *UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS*, PP51.
- Edna Magaly Gamboa D., N. L. (2008). CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADOS CON LACTANCIA MATERNA EN MUEJERES EN EDAD FERTIL EN UNA POBLACION VULNERABLE. *Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander (UIS), Escuela de Nutricion y Dietetica, UIS. COLOMBIA* , 1-17 .
- Ferro sosa, M. M. (2005). nivel de conocimiento en la lactancia materna y su relacion con factores socio culturales en puerperas deL IEMP. *Facultad de medicina humana E.A.P de Obstetricia*, ppg 51.
- Flor Elena Aznar, S. S. (2007). EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA. *Comision de Lactancia Materna. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.*, 5.
- 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.
- Gustavo A. Cabrera A., J. C. (2003). Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 21, núm. 1, Universidad de Antioquia, Colombia*, pp16.
- Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). (2009). Norma Oficial Mexicana. NOM-SSA-2009. Atención a la Salud del Niño. 91.
- Josefa Aguayo Maldonado, P. S. (2000). *lactancia materna*, 4-12.
- Lawrence, R. (2006). *La Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica*. México D.F.
- Lic. Antonia E. Gutiérrez Gutiérrez, L. D. (2001). NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA. *Rev Cubana Enfermer*, ppg 1-5.
- Mario Delgado Noguera, J. J. (2004). CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE CONDUCTAS OPTIMAS DE LACTANCIA. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, PP9.
- 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.
- Navarro Cáceres, W. (2011). La Lactancia Materna y sus propiedades Microbio-Inmunológicas. *Cuerpo Médico. HNAAA*, 66.
- 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.
- 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 Panamericana de la Salud. (O.P.S.). (2002). Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna. Reseña de la evidencia. Washington, Estados Unidos : O.P.S.
- Rodriguez Faride, B. R. (2006). 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 . 3-9.
- Selva Gómez, I. E., & Llanes Blanco, R. G. (2005). Conocimientos Prácticas y Actitudes de Lactancia Materna en madres con niños menores de seis meses y valoración del estado nutricional y desarrollo psicomotor. Bluefields.
- Sociedad Española de Pediatría.Comité de Lactancia Materna. (2011). Lactancia Materna: Guía para profesionales. . Madrid. España: El Servier.
- UNICEF. Nicaragua. (2006). Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y de la Madre. Managua, Nicaragua.
- Veramendi-Espinoza LE, Z.-T. J.-S.-S. (2012). CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES EN NIÑOS DE COMUNIDAD RURAL PERUANA Y SU ASOCIACION CON LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA. *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana.*, PPG 8.

# ANEXOS



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**UNAN-Managua**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Recinto Universitario Rubén Darío**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La presente encuesta es para valorar los conocimientos actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de Diciembre del 2015.

Sus respuestas serán utilizadas únicamente para efectos del estudio y su información será confidencial, de forma que usted responda con toda confianza a las preguntas que se le realizaran:

**I. DATOS GENERALES**

1. Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

2. Edad: \_\_\_\_\_ Años

3. N° de hijos vivos \_\_\_\_\_

4. Nivel de Escolaridad:

- Universitario ( )
- Secundaria ( )
- Primaria ( )
- Ninguno ( )

5. Estado civil:

- Casada ( )
- Acompañada ( )
- Soltera ( )

6. Ocupación

- Estudiante ( )
- Ama de Casa ( )
- Trabajadora ( )

7. Número de Controles Prenatales (CPN): \_\_\_\_\_

## II. DATOS ESPECÍFICOS

A CONTINUACIÓN MARQUE CON UN EQUIS LA ALTERNATIVA QUE CONSIDERE CORRECTA.

### CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

PROPOSICIONES	SI	NO	NO SABE
1. La lactancia materna exclusiva no debe prolongarse más de 6 meses.			
2. El niño debe recibir lactancia cada vez que desee.			
3. Todas las mujeres están preparadas para dar de Lactar a sus bebés.			
4. La preparación de los pezones facilita la lactancia.			
5. La lactancia materna no ayuda a prevenir el cáncer de mama.			
6. La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades			
7. Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón			
8. La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo			
9. Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe			
10. La leche materna está libre de microbios			
11. La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo.			
13. Hay que comer el doble para poder dar de mamar.			
14. Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar			
15. La succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre.			
16. La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmediatamente al parto.			

ACTITUD DE LA MADRE HACIA LA LACTANCIA MATERNA  
(ESCALA MODIFICADA TIPO LICKERT)

Nº	PROPOSICIONES	DA	I	DS
1	Durante los 6 primeros meses de vida, el bebe 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	La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo.			
4	La madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.			
5	La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.			
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	Dar de mamar al bebé es doloroso.			
10	Un ambiente tranquilo y agradable no es importante para dar de lactar			
11	La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre			
12	No todas las mamas tienen suficiente leche para dar de lactar.			
13	La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.			
14	El bebé, cuando toma el pecho de su madre, recibe amor seguridad y afecto.			
15	El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche.			
16	A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo			
17	El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, de la madre interfiere con la lactancia materna.			
18	Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y conservarla en la refrigeradora.			

Fuente: Encuesta. DA = De acuerdo I = Indiferente (le da igual) ED = En desacuerdo

## PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

Usted ha dado Lactancia Materna Exclusiva. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

A cuántos hijos le dio usted Lactancia Materna: \_\_\_\_\_

Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Si usted NO realizó Lactancia Materna, Cuál fue el motivo:

- Poca Cantidad ( )
- Por comenzar a trabajar ( )
- Por introducir otras leches ( )
- Porqué mi niño la rechazó ( )

Usted recibió Orientación sobre Lactancia Materna SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nº	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	Acerca 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.		

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### TEMA DEL ESTUDIO:

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al centro de salud de Monimbó, municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

AUTORA: Bra. Fátima Isabel Palacios Calero.

### PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Evaluar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que asisten al centro de salud de Monimbó, municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015. Dicha información será empleada en la realización de tesis monográfica, y podrá ser utilizada como referencia para la toma de decisiones y la elaboración de programas o campañas educativas y de promoción sobre Lactancia Materna.

La presente encuesta, consta de una serie de preguntas, redactadas en forma sencilla, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca del tema antes descrito.

La persona encuestada puede contestar de la manera más tranquila posible dado que no se pide nombre ni identificación alguna, por lo que se asegura privacidad del encuestado, además la información se utilizara para fines estrictamente investigativos. Se pide al encuestado que lea detenidamente y conteste con el mayor interés posible, la respuesta que estime conveniente para cada pregunta.

Firma del participante.\_\_\_\_\_.

Firma del investigador.\_\_\_\_\_.

CUADRO N° 1

Características Sociodemográficas de las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

<b>Características</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>Sociodemográficas</b>		
<b>Edad</b>		
15-26 años	118	42.3%
27-38 años	126	45.2%
39-49 años	35	12.5%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	18	6.5%
Casada	65	23.3%
Acompañada	196	70.2%
<b>Número de Hijos</b>		
Uno	126	45.2%
Dos	102	36.6%
Tres	38	13.6%
Más de 3	13	4,6%
<b>Religión</b>		
Católica	201	72.0%
Evangélica	58	20.8%
Otra	20	7.2%
<b>Procedencia</b>		
Urbano	197	70.6%
Rural	82	29.4%
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	129	46.2%
Secundaria	104	37.3%
Técnica	27	9.7%
Universidad	19	6.8%
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	13	4.7%
Ama de casa	207	74.2%
Trabajadora	59	21.1%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 2

Conocimientos acerca de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

Conocimientos sobre Lactancia Materna	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
¿Crees que es importante dar de mamar a los niños?	269	96.4%	3	1.2%	7	2.4%
¿Conoces los beneficios de dar de mamar?	221	79.2%	56	20.0%	2	0.7%
La lactancia materna exclusiva no debe prolongarse más de 6 meses.	149	53.4%	101	36.2%	29	10.4%
El niño debe recibir lactancia cada vez que desee.	256	91.7%	13	4.7%	10	3.6%
Todas las mujeres están preparadas para dar de Lactar a sus bebés.	257	92.1%	12	4.3%	10	3.6%
La preparación de los pezones facilita la lactancia.	243	87.0%	24	8.6%	12	4.3%
La lactancia materna no ayuda a prevenir el cáncer de mama.	198	70.9%	73	26.2%	8	2.9%
La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades	261	93.5%	13	4.7%	5	1.8%
Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón	222	79.5%	6	2.2%	51	18.3%
La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo	272	97.5%	2	0.7%	5	1.8%
Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe	232	83.1%	5	1.8%	42	15.1%
La leche materna está libre de microbios	251	89.9%	9	3.3%	19	6.8%
La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo.	227	81.4%	48	17.2%	4	1.4%
Hay que comer el doble para poder dar de mamar.	31	11.1%	227	81.4%	21	7.5%
Cuando una mujer empieza a trabajar, no es posible dar de mamar	15	5.4%	233	83.5%	31	11.1%
La succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre.	261	93.5%	8	2.9%	10	3.6%
La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmediatamente al parto.	63	22.6%	14	5.0%	202	72.4%

Fuente: Encuesta.

### CUADRO N° 3

Nivel de Conocimientos en las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Bueno</b>	232	83.2%
<b>Regular</b>	31	11.1%
<b>Malo</b>	16	5.7%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 4

Actitud hacia la Lactancia Materna que tienen las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

Proposiciones	DA		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
Durante los 6 primeros meses de vida, él bebe debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente	269	96.4%	7	2.5%	3	1.1%
La leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebe que la leche materna.	57	20.4%	4	1.4%	218	78.2%
La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo.	125	44.8%	20	7.2%	134	48.0%
La madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.	14	5.0%	256	91.8%	9	3.2%
La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.	42	15.1%	178	63.8%	59	21.1%
Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.	266	95.4%	8	2.9%	5	1.8%
La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia.	259	92.8%	10	3.6%	10	3.6%
El bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace.	268	96.1%	7	2.5%	4	1.4%
Dar de mamar al bebé es doloroso.	247	88.6%	21	7.5%	11	3.9%
Un ambiente tranquilo y agradable no es importante para dar de lactar	66	23.7%	11	3.9%	202	72.4%
La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre	10	3.6%	9	3.2%	260	93.2%
No todas las mamás tienen suficiente leche para dar de lactar.	43	15.5%	11	3.95%	225	80.6%
La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.	206	73.8%	4	1.5%	69	24.7%
El bebé, cuando toma el pecho de su madre, recibe amor seguridad y afecto.	267	95.7%	6	2.2%	6	2.1%
El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche.	232	83.2%	35	12.5%	12	4.3%
A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo	9	3.2%	9	3.2%	261	93.6%
El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, de la madre interfiere con la lactancia materna.	253	90.7%	6	2.2%	20	7.1%
Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y conservarla en la refrigeradora.	71	25.4%	7	2.5%	201	72.1%

Fuente: Encuesta. A: De acuerdo. I: Indecisa DS: En desacuerdo

### CUADRO N° 5

Nivel de Actitud en las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

Nivel de Actitud	N°	%
Favorable	221	79.2%
Indeciso	32	11.5%
Desfavorable	26	9.3%

Fuente: Encuesta.

### CUADRO N° 6

Antecedentes de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

¿Usted ha Dado Lactancia Materna?	N°	%
SI	269	96.4%
NO	10	3.6%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 7

Tiempo de Lactancia Materna Exclusiva, en las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 269

Tiempo de Lactancia Materna Exclusiva (LME)	N°	%
Recién Nacido a 6 meses	69	25.7%
6 a 9 meses	13	4.8%
9 meses a 12 meses	178	66.2%
Mayor a 12 meses	9	3.3%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 8

Nivel de Prácticas en las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	23	8.2%
Regular	38	13.6%
Mala	218	78.2%

Fuente: Encuesta.

### CUADRO N° 9

Razones por las cuales NO realizaron Lactancia Materna las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 10

<b>Razones de NO realización de Lactancia Materna(*)</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Poca Cantidad	6	60%
Por comenzar a trabajar	8	80%
Por introducir otras leches	10	100%
Porque mi niño la rechazó	7	70%

Fuente: Encuesta. (\*) Algunas madres indicaron más de una causa.

CUADRO N° 10

Características de la Información brindada sobre Lactancia Materna a las mujeres en edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

Característica de la Información	Numero	%
<b>Recibió información sobre Lactancia Materna</b>		
Si	273	97.8%
No	6	2.2%
<b>Persona que dio información(*)</b>		
Madre	266	95.3%
Brigadistas	53	19.0%
Personal de salud	271	97.1%
Maestros	202	72.4%
Familiares	13	4.7%
<b>Fuente de información(*)</b>		
Casa	221	79.2%
Calle	167	59.9%
Escuela	21	7.5%
Centro de salud	201	72.0%
Farmacias	88	31.5%
Folleto	123	44.1%
<b>Opinión de la explicación brindada</b>		
Me explicaron con lenguaje sencillo.	223	79.9%
No entiendo lo que me explican.	56	20.1%

Fuente: Encuesta. (\*) Algunas usuarias indicaron más de una Fuente de Información.

CUADRO N° 11

Características Sociodemográficas versus Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

Características sociodemográficas	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad</b>						
15-26 años	106	89.8%	8	6.8%	4	3.4%
27-38 años	111	88.1%	9	7.1%	6	4.8%
39-49 años	15	42.9%	14	40.0%	6	17.1%
<b>Estado civil</b>						
Soltera	8	44.4%	7	38.9%	3	16.7%
Casada	56	86.2%	2	3.1%	7	10.7%
Acompañada	168	85.7%	22	11.2%	6	3.1%
<b>Número de Hijos</b>						
Uno	109	86.5%	10	7.9%	7	5.6%
Dos	95	87.1%	10	9.2%	4	3.7%
Tres	24	77.4%	4	12.9%	3	9.7%
Más de 3	4	30.8%	7	53.8%	2	15.4%
<b>Religión</b>						
Católica	178	88.6%	18	8.9%	5	2.5%
Evangélica	40	68.8%	9	15.6%	9	15.6%
Otra	14	70.0%	4	20%	2	10.0%
<b>Procedencia</b>						
Urbano	173	87.8%	19	9.6%	5	2.6%
Rural	59	71.9%	12	14.6%	11	13.5%
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	113	87.6%	11	8.5%	5	3.9%
Secundaria	88	84.6%	9	8.7%	7	6.7%
Técnica	19	70.4%	6	22.2%	2	7.4%
Universidad	12	63.2%	5	26.3%	2	10.5%
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	8	61.5%	3	23.1%	2	15.4%
Ama de casa	191	92.3%	10	4.8%	6	2.9%
Trabajadora	33	55.9%	18	30.5%	8	13.6%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N ° 12

Características Sociodemográficas versus Nivel de Actitudes sobre Lactancia Materna en mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

Características Sociodemográficas	ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDECISA		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad</b>						
15-26 años	96	81.4%	12	10.2%	10	8.4%
27-38 años	117	92.6%	6	4.9%	3	2.5%
39-49 años	8	22.9%	14	40.0%	13	37.1%
<b>Estado civil</b>						
Soltera	13	72.2%	3	16.7%	2	11.1%
Casada	29	44.6%	18	27.7%	18	27.7%
Acompañada	179	91.3%	11	5.6%	6	3.1%
<b>Número de Hijos</b>						
Uno	114	90.6%	7	5.6%	5	3.8%
Dos	91	89.2%	6	5.9%	5	4.9%
Tres	10	26.3%	16	42.1%	12	31.6%
Más de 3	6	46.2%	3	23.1%	4	30.7%
<b>Religión</b>						
Católica	190	94.5%	5	2.5%	6	3.0%
Evangélica	18	31.0%	23	39.7%	17	29.3%
Otra	13	65.0%	4	20.0%	3	15.0%
<b>Procedencia</b>						
Urbano	185	93.9%	4	2.0%	8	4.1%
Rural	36	43.9%	28	34.1%	18	22.0%
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	108	83.7%	12	9.3%	9	7.0%
Secundaria	95	91.3%	5	4.8%	4	3.8%
Técnica	10	37.0%	9	33.3%	8	29.7%
Universidad	8	42.1%	6	31.6%	5	26.3%
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	5	38.4%	4	30.8%	4	30.8%
Ama de casa	185	89.4%	12	5.8%	10	4.8%
Trabajadora	31	52.5%	16	27.2%	12	20.3%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N ° 13

Características Sociodemográficas versus Nivel de Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

Características Sociodemográficas	NIVEL DE PRÁCTICAS					
	Buena		Regular		Mala	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad</b>						
15-26 años	6	5.1%	23	19.5%	89	75.4%
27-38 años	7	5.6%	11	8.7%	108	85.7%
39-49 años	10	20.4%	4	8.2%	35	71.4%
<b>Estado civil</b>						
Soltera	2	11.1%	4	22.2%	12	66.7%
Casada	7	10.8%	16	24.6%	42	64.6%
Acompañada	14	7.1%	18	9.2%	164	83.7%
<b>Número de Hijos</b>						
Uno	4	3.2%	18	14.3%	104	82.5%
Dos	2	2.0%	4	3.9%	96	94.1%
Tres	12	31.6%	12	31.6%	14	36.8%
Más de 3	5	38.4%	4	30.8%	4	30.8%
<b>Religión</b>						
Católica	8	4.0%	10	5.0%	183	91.0%
Evangélica	10	17.2%	20	34.5%	28	48.3%
Otra	5	25.0%	8	40.0%	7	35.0%
<b>Procedencia</b>						
Urbano	6	3.0%	17	8.6%	174	88.4%
Rural	17	20.7%	21	25.6%	44	53.7%
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	7	5.4%	23	17.9%	99	76.7%
Secundaria	5	4.8%	8	7.7%	91	87.5%
Técnica	2	7.4%	4	14.8%	21	77.8%
Universidad	9	47.4%	3	15.8%	7	36.8%
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	2	15.4%	3	23.1%	8	61.5%
Ama de casa	11	5.3%	15	7.2%	181	87.5%
Trabajadora	10	16.9%	20	33.9%	29	49.2%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 14

Nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

n= 279

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDECISA		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>BUENO</b>	192	82.8%	22	9.5%	18	7.7%
<b>REGULAR</b>	18	58.1%	7	22.6%	6	19.3%
<b>MALO</b>	11	68.8%	3	18.8%	2	12.4%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 15

Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres de edad fértil, que asisten al Centro de Salud de Monimbó, municipio de Masaya, departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.

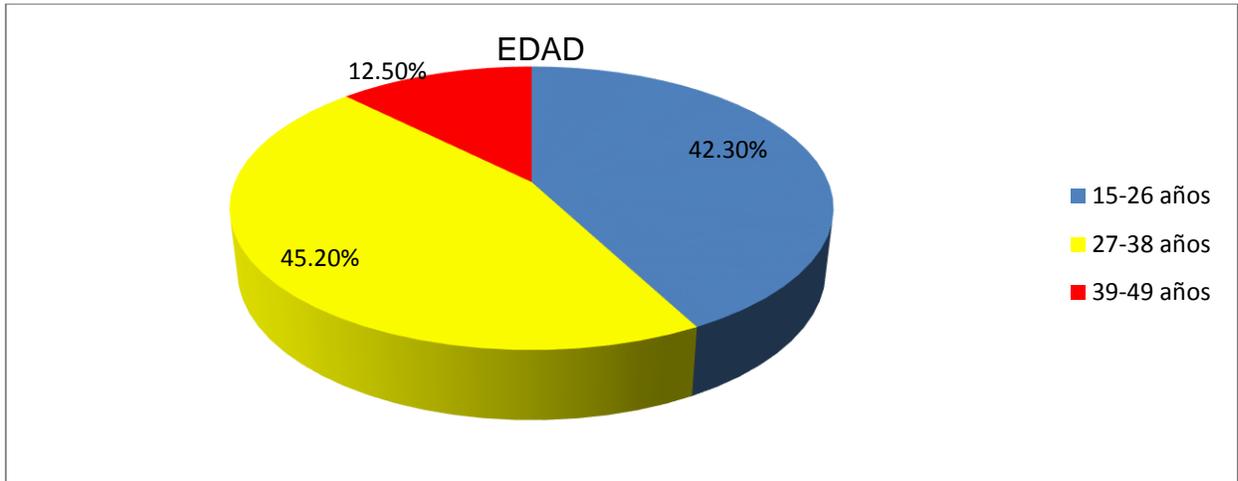
n= 279

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRÁCTICAS					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>BUENO</b>	16	6.9%	19	8.2%	197	84.9%
<b>REGULAR</b>	4	12.9%	12	38.7%	15	48.4%
<b>MALO</b>	3	18.8%	7	43.8%	6	37.4%

Fuente: Encuesta.

### Gráfico N° 1

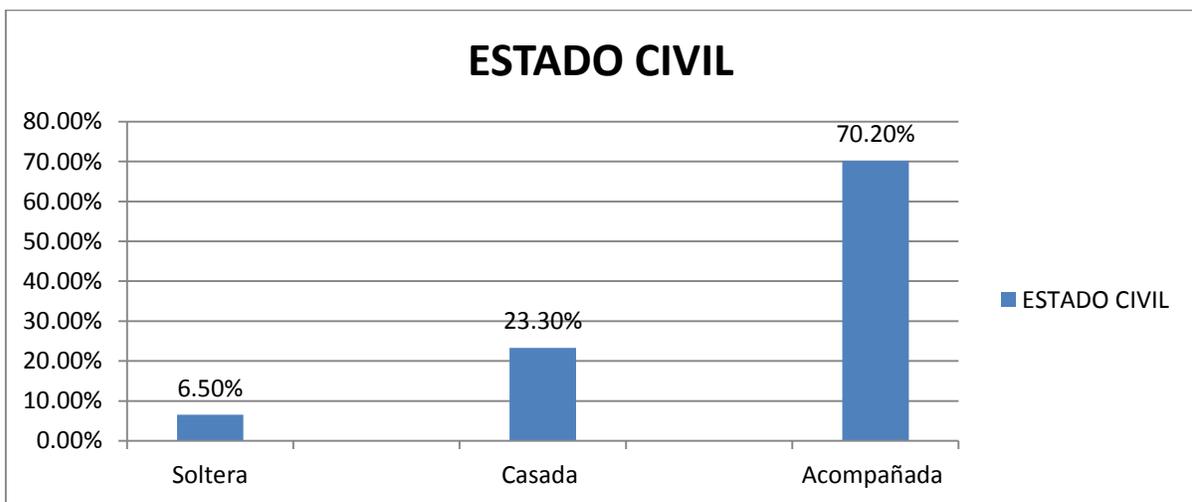
Edad de las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 1

### Gráfico N° 2

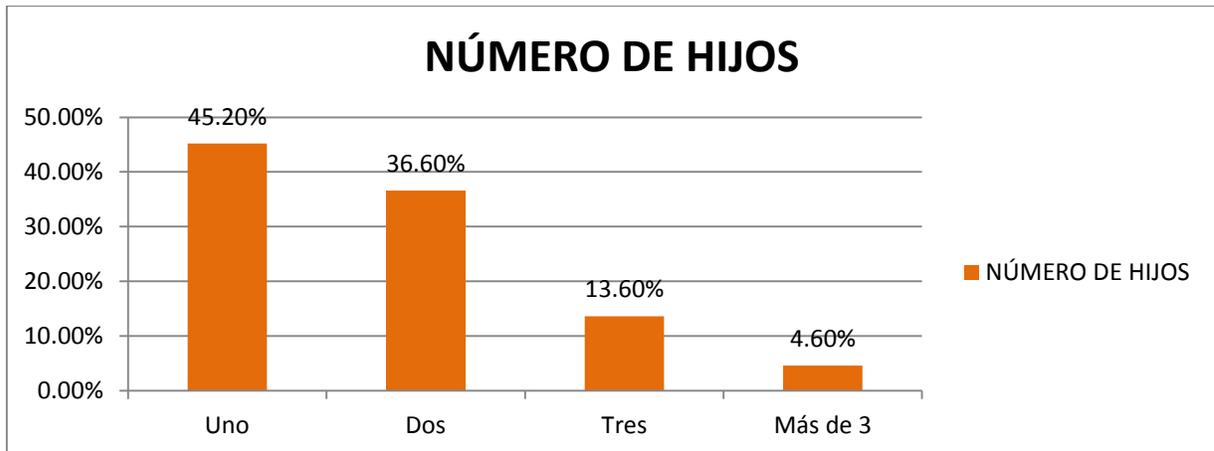
Estado Civil de las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 1

### Gráfico N° 3

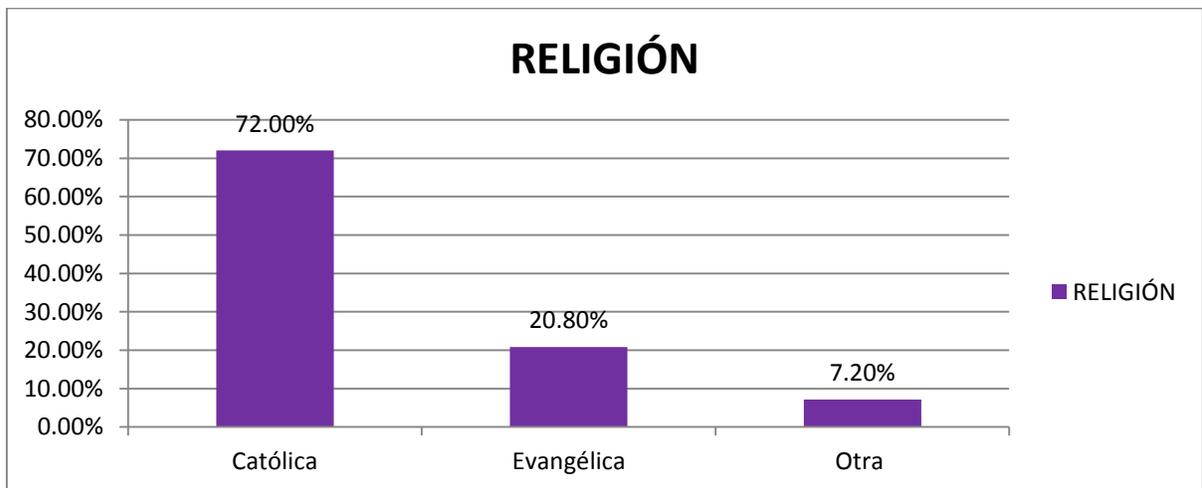
Número de Hijos de las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 1

### Gráfico N° 4

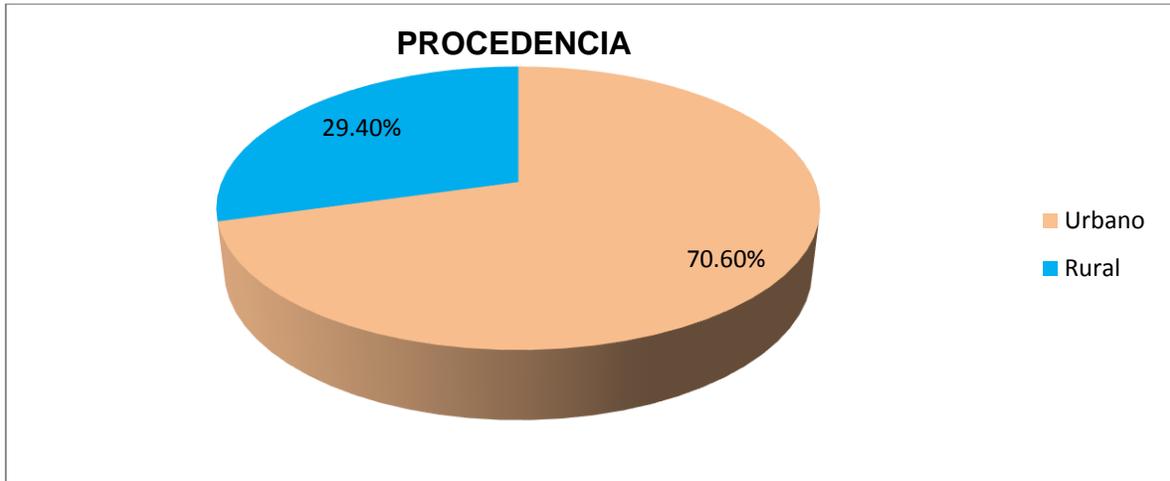
Religión de las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 1

### Gráfico N° 5

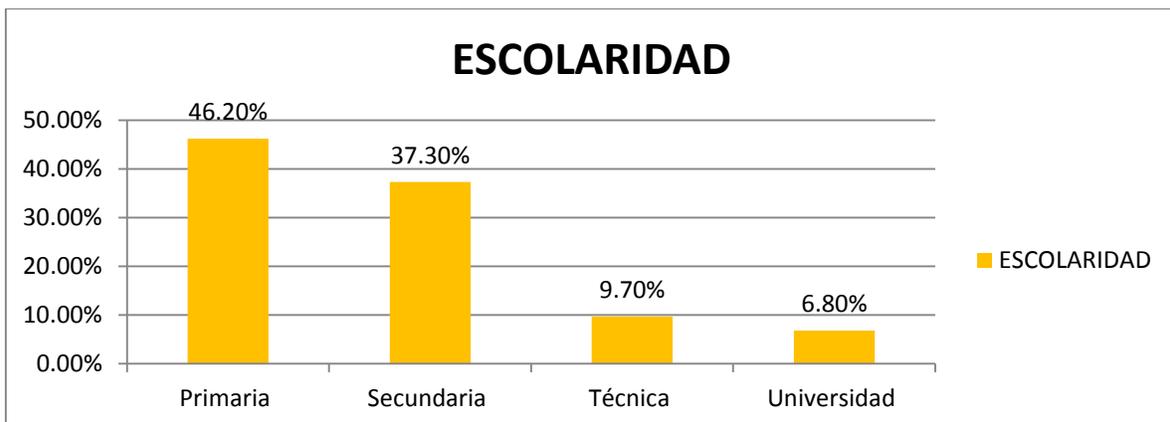
Procedencia de las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 1

### Gráfico N° 6

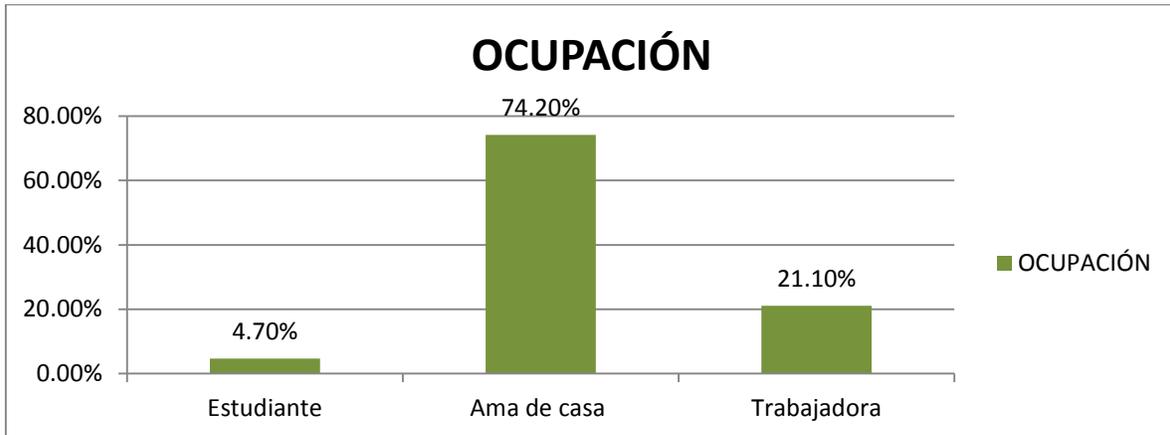
Escolaridad de las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 1

### Gráfico N° 7

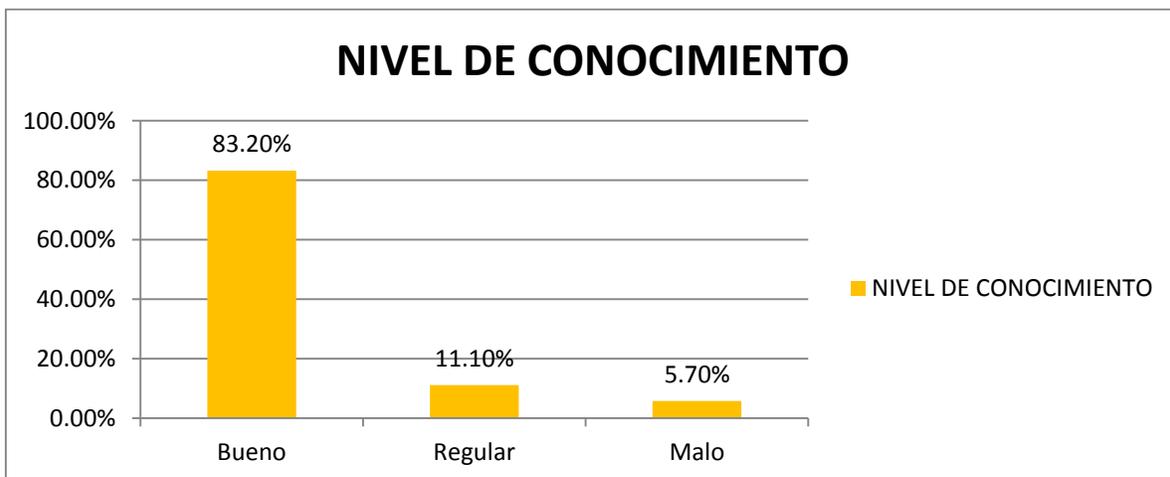
Ocupación de las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 1

### Gráfico N° 8

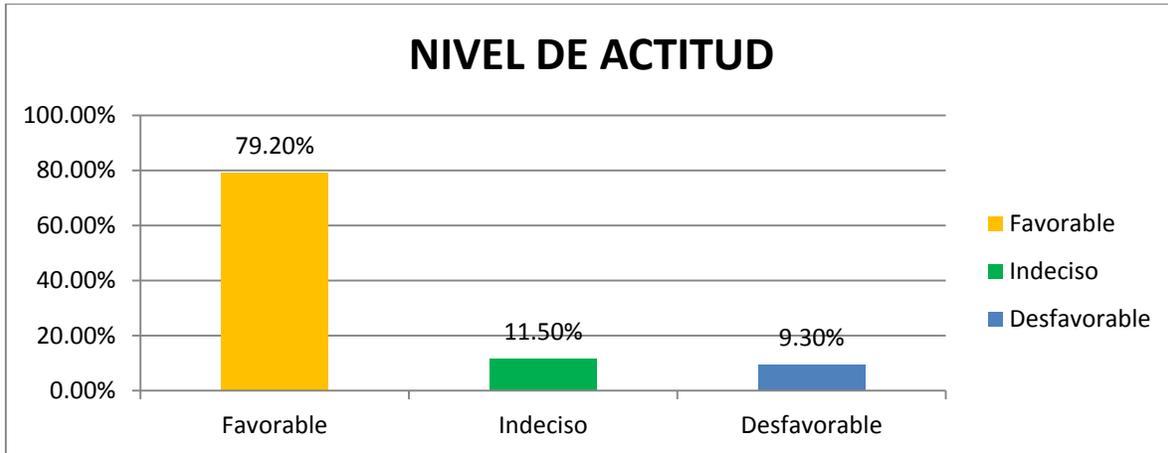
Nivel de Conocimiento de las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 3

### Gráfico N° 9

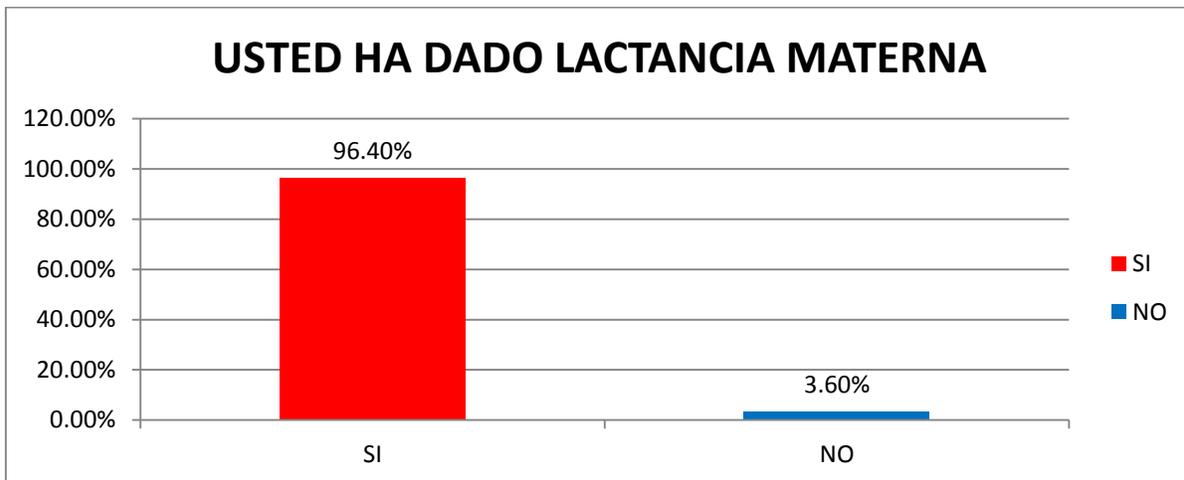
Nivel de Actitud de las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 5

### Gráfico N° 10

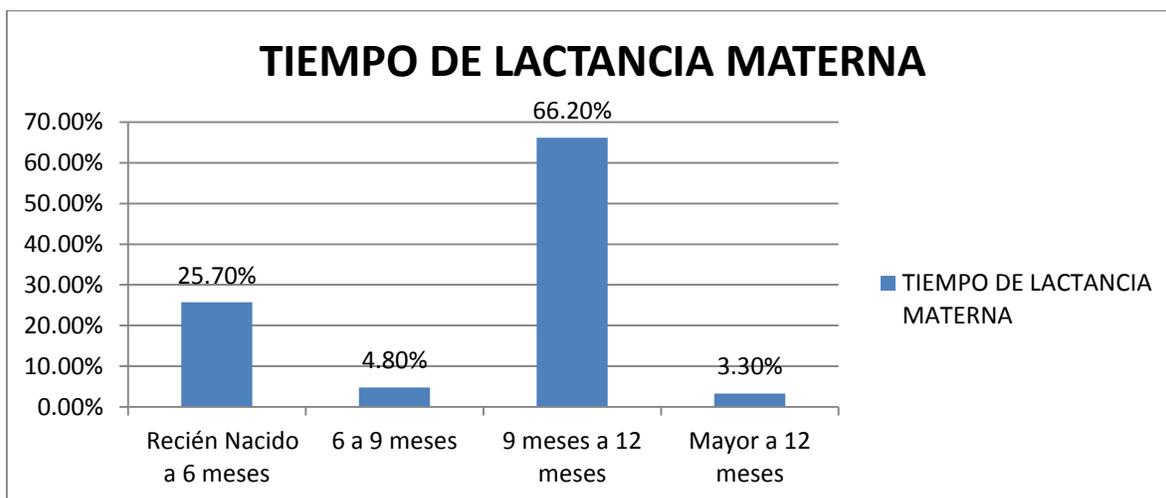
Antecedentes de Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 6

**Gráfico N° 11**

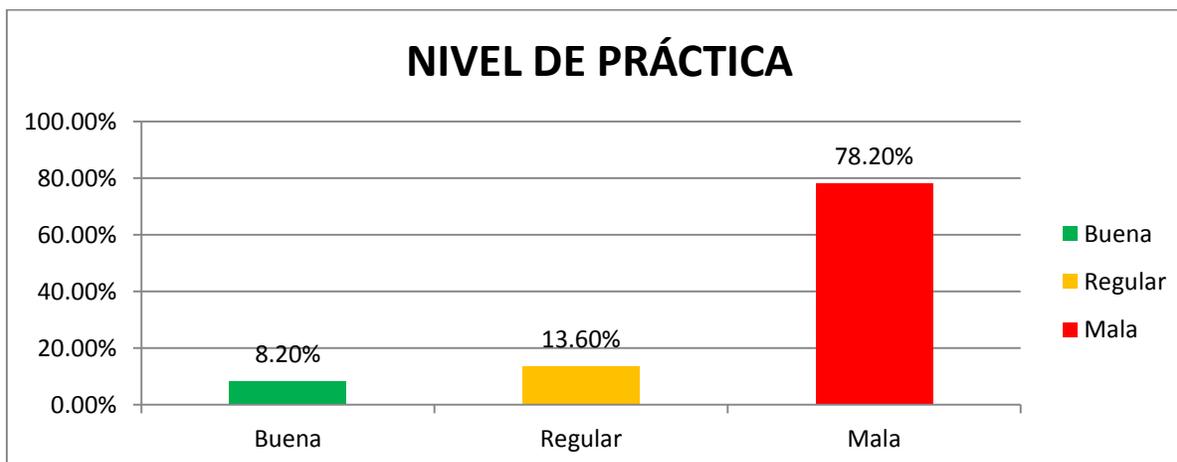
Tiempo de Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 7

**Gráfico N° 12**

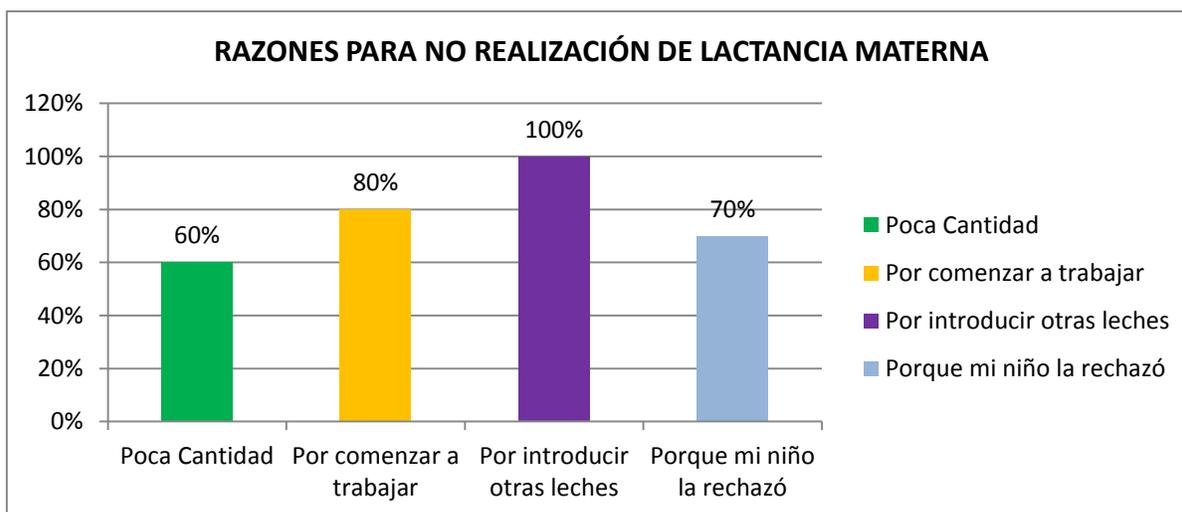
Nivel de Práctica en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 8

**Gráfico N° 13**

Razones para NO Realizar Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 9

**Gráfico N° 14**

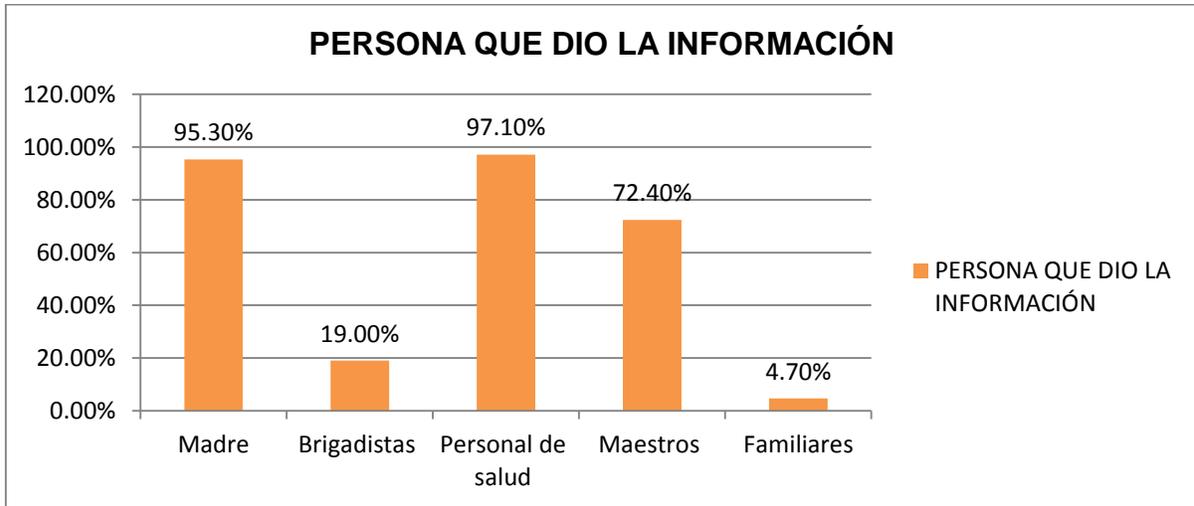
Antecedentes de Información sobre Lactancia Materna, en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 10

**Gráfico N° 15**

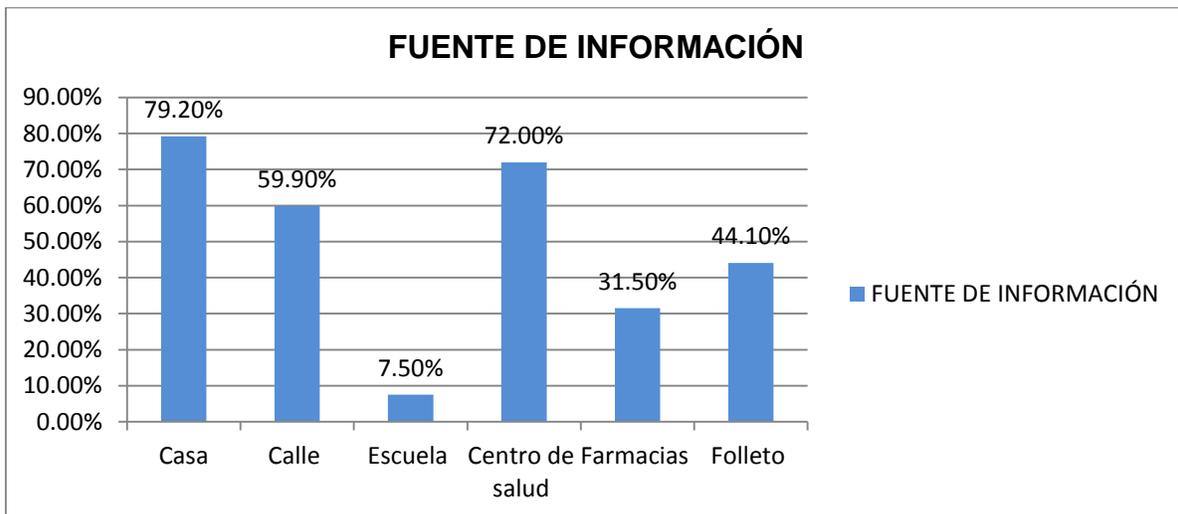
Persona que dio la Información sobre Lactancia Materna a las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 10

**Gráfico N° 16**

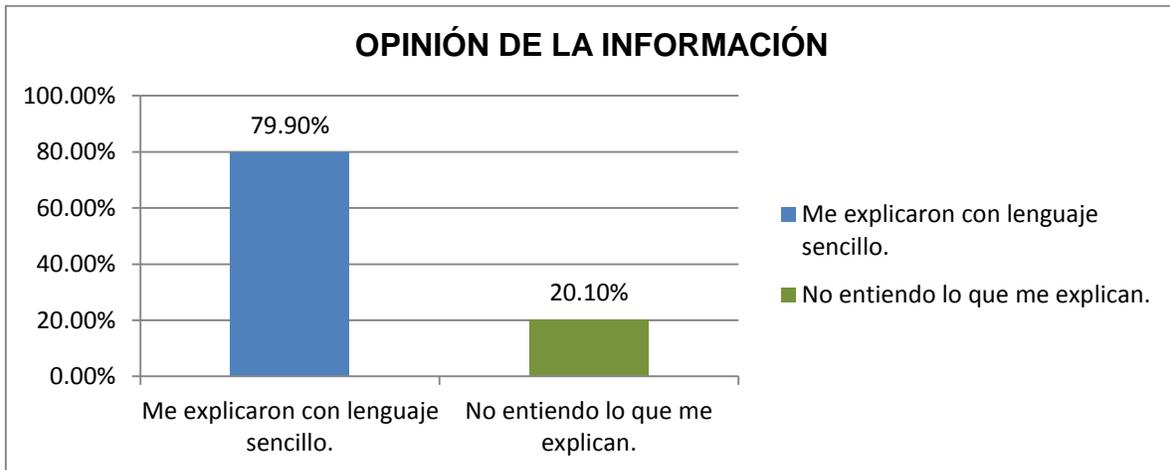
Fuente de Información sobre Lactancia Materna, en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 10

**Gráfico N° 17**

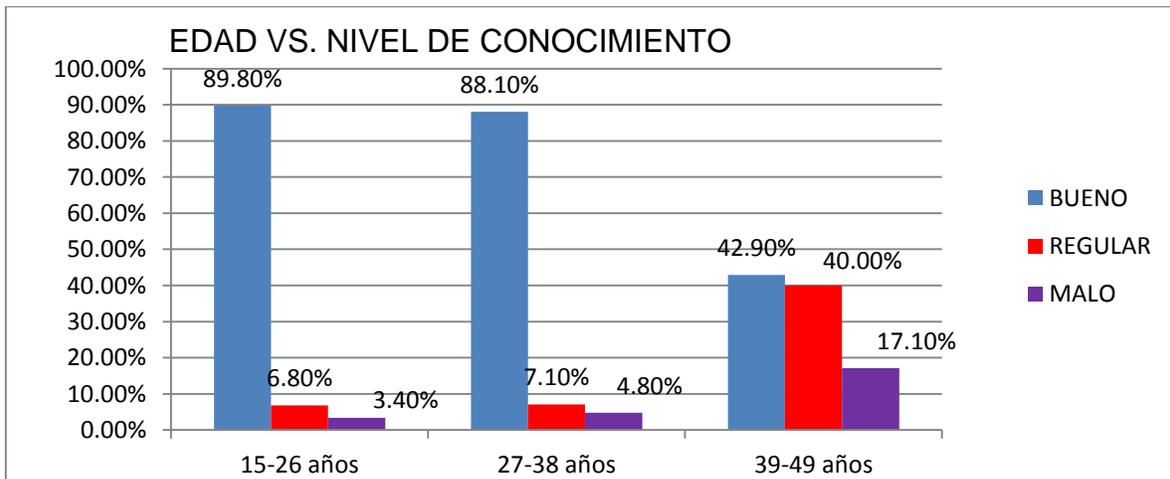
Opinión de la Explicación Brindada acerca de Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 10

**Gráfico N° 18**

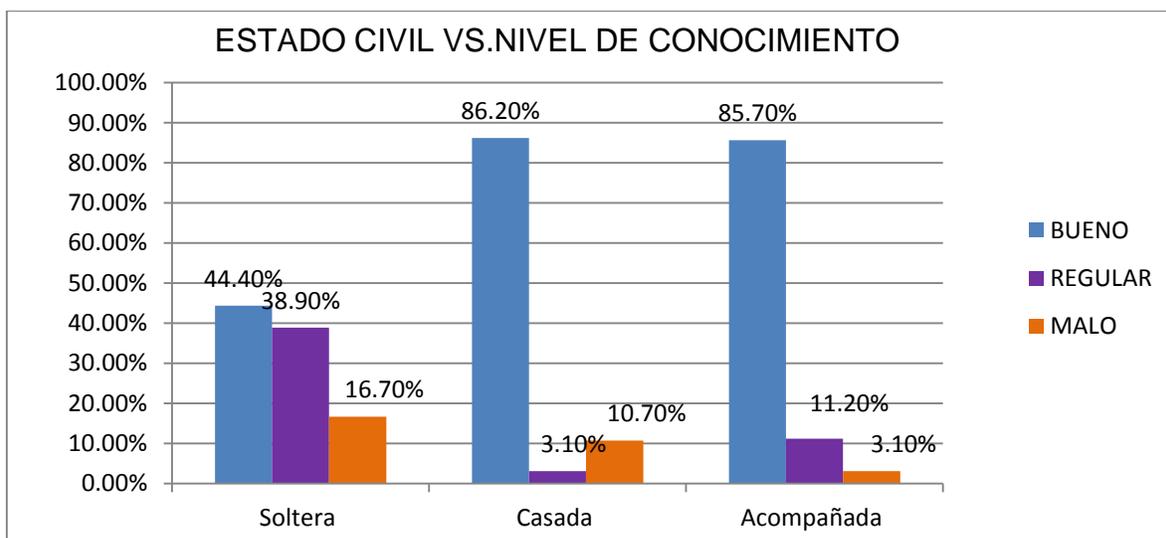
Edad vs nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

**Gráfico N° 19**

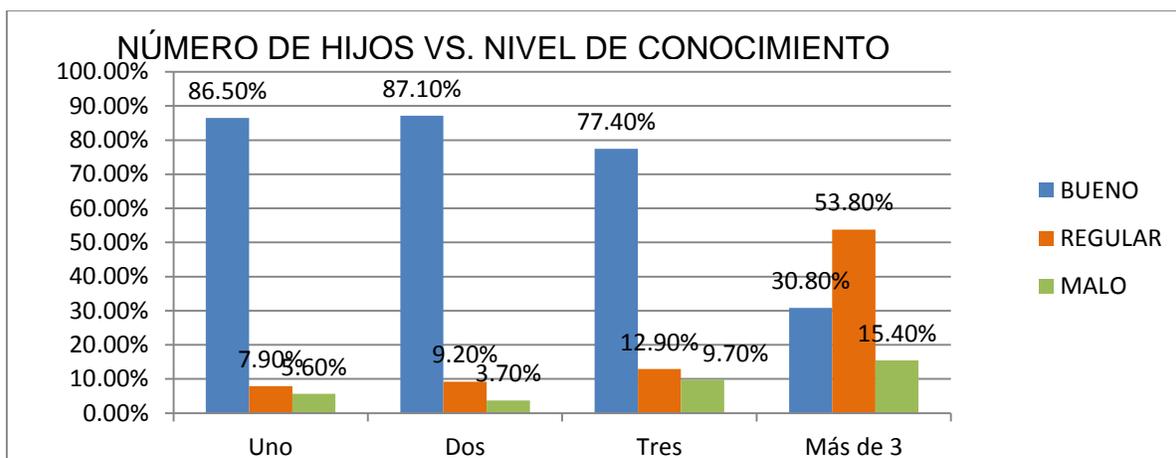
Estado civil vs nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

**Gráfico N° 20**

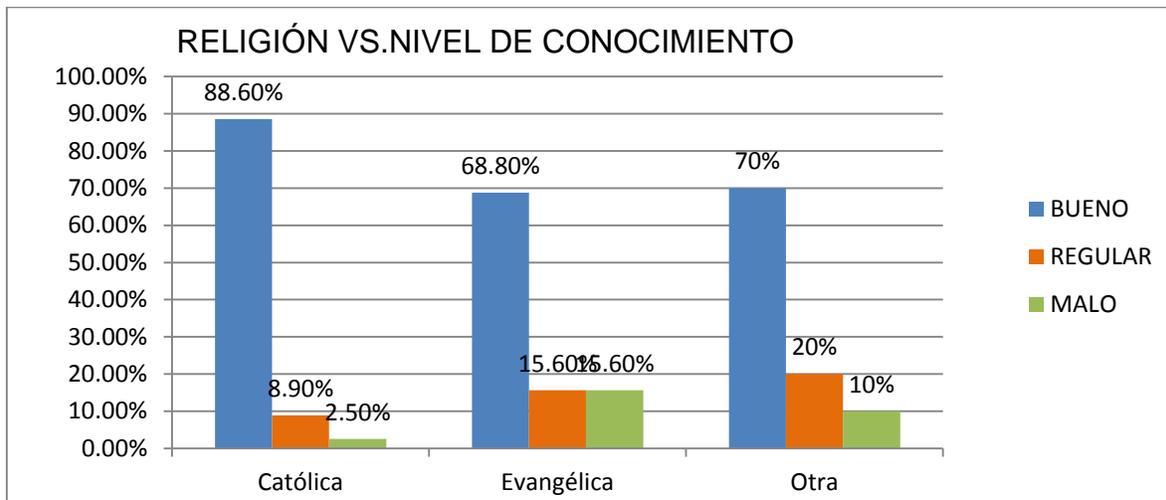
Número de hijos vs nivel de conocimiento acerca Lactancia Materna en las mujeres en Edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

**Gráfico N° 21**

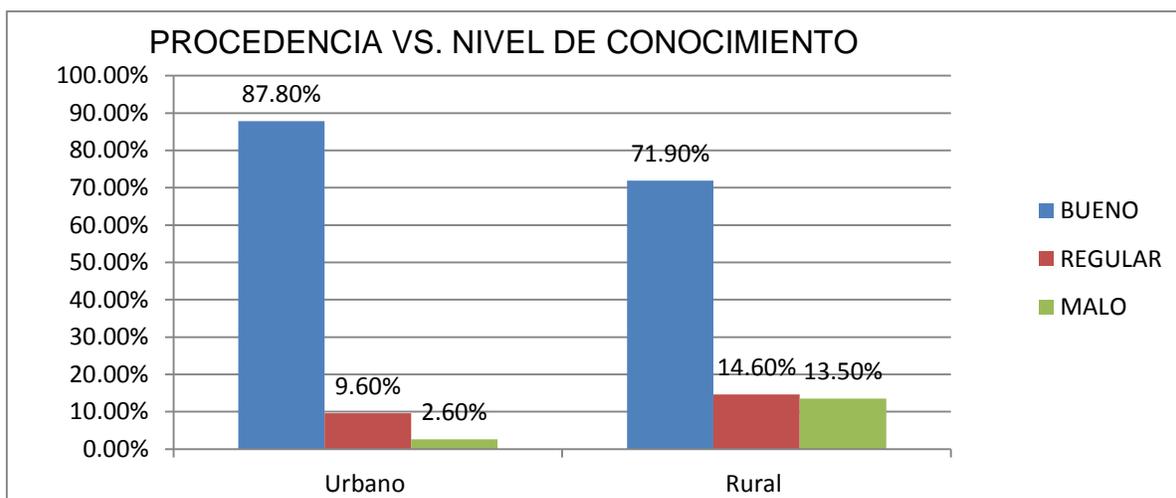
Religión vs nivel de conocimiento acerca de Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

**Gráfico N° 22**

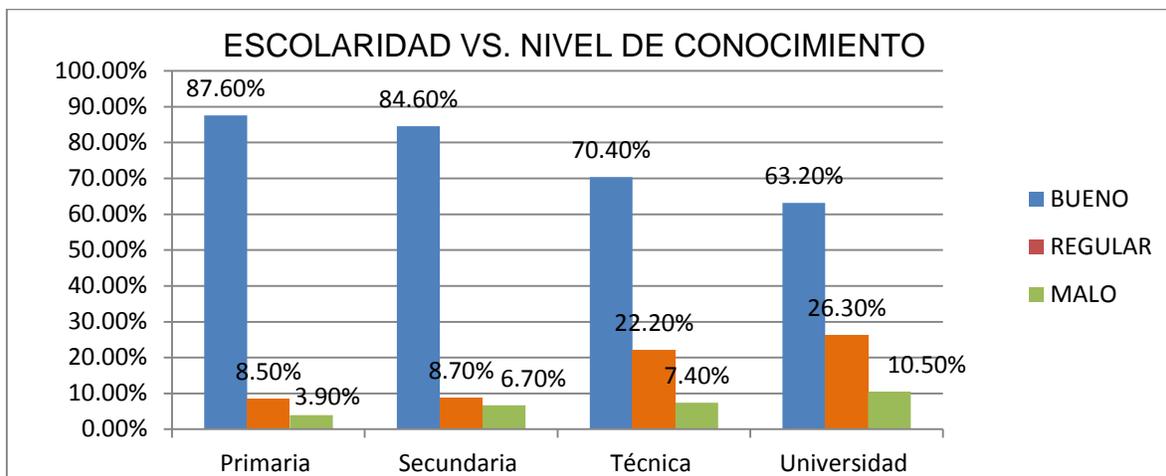
Procedencia vs nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

### Gráfico N° 23

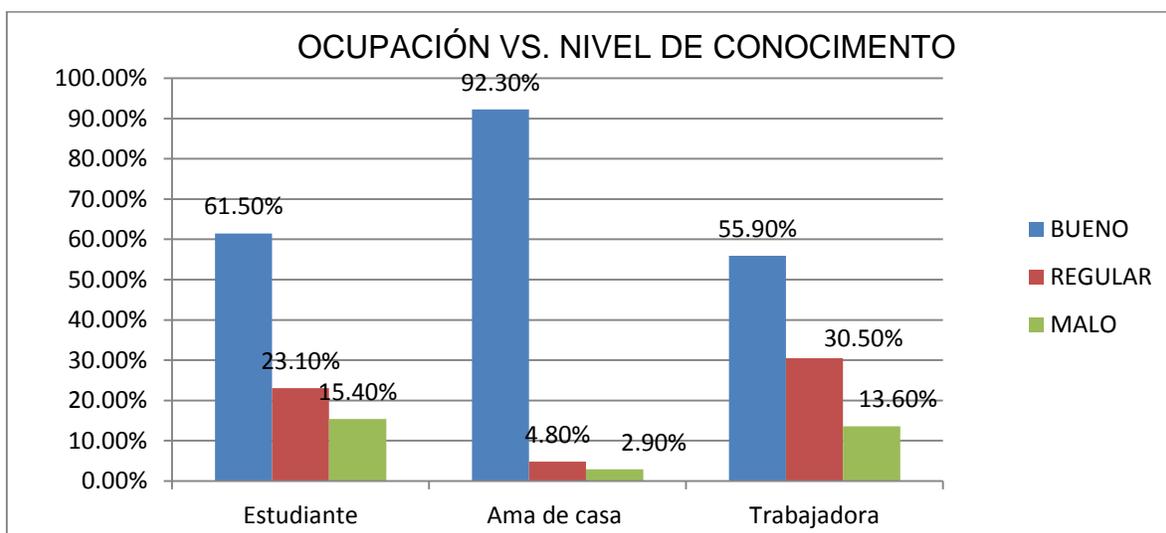
Escolaridad vs nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

### Gráfico N° 24

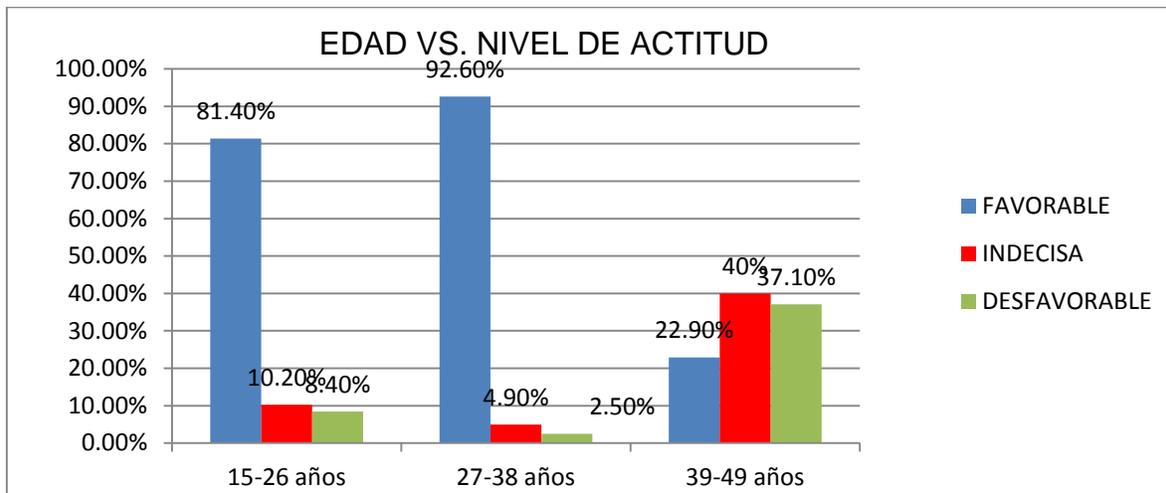
Ocupación vs nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

### Gráfico N° 25

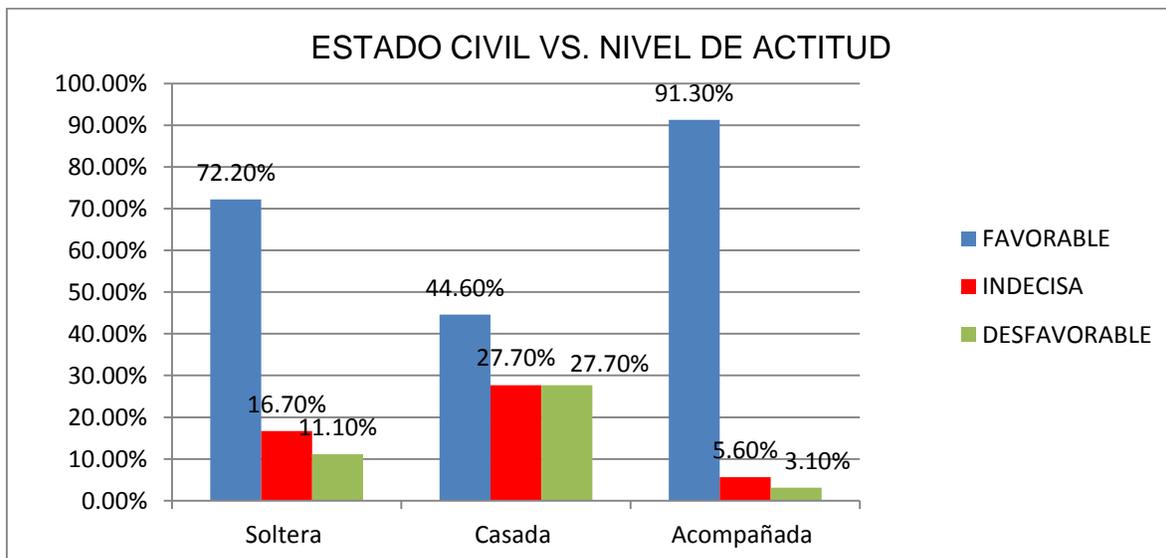
Edad vs Nivel de Actitudes acerca Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 12

### Gráfico N° 26

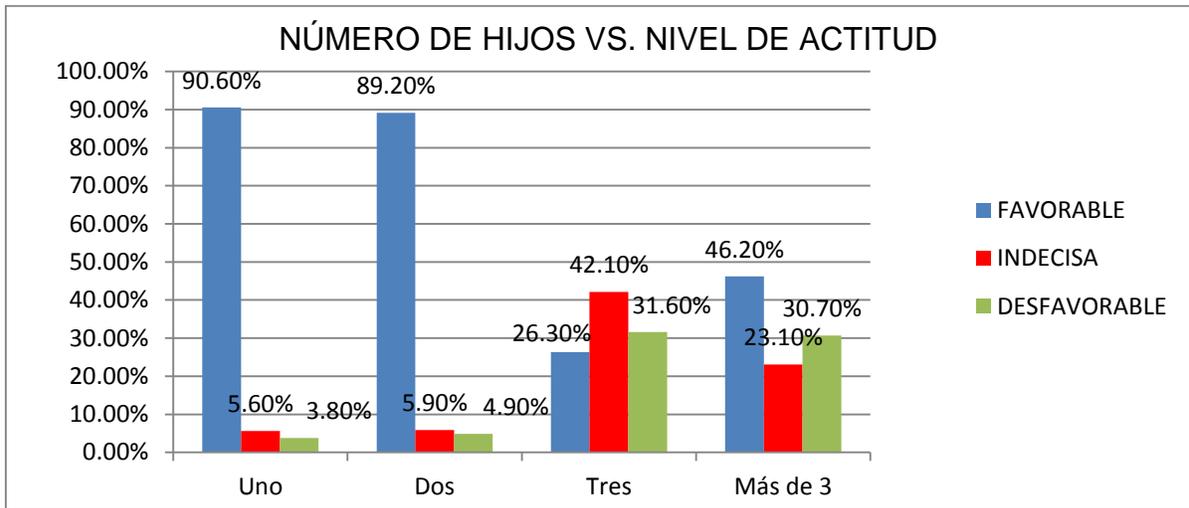
Estado Civil vs Nivel de Actitud acerca de Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 12

**Gráfico N° 27**

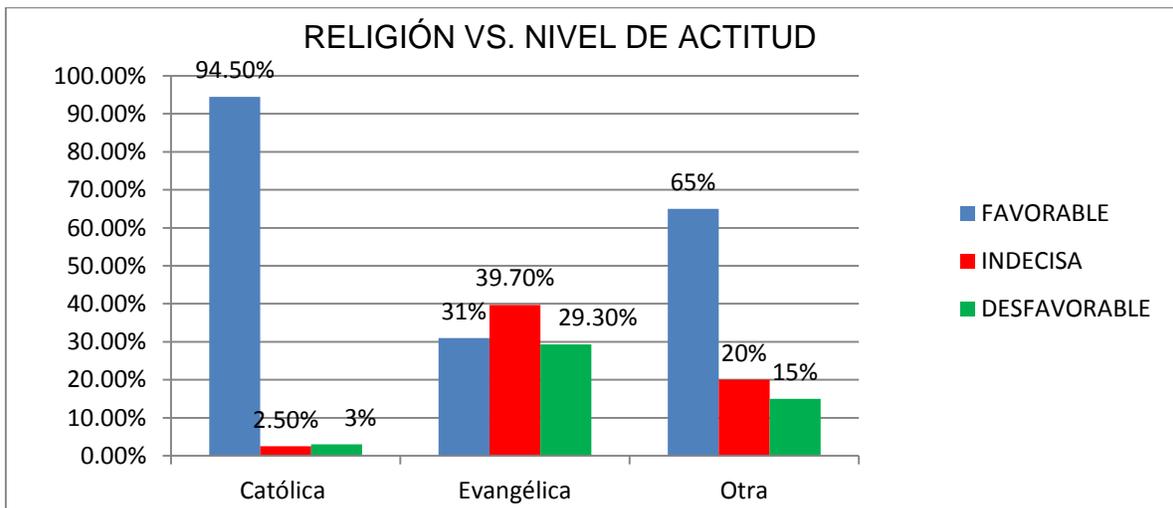
Número de hijos vs Nivel de Actitudes sobre Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 12

**Gráfico N° 28**

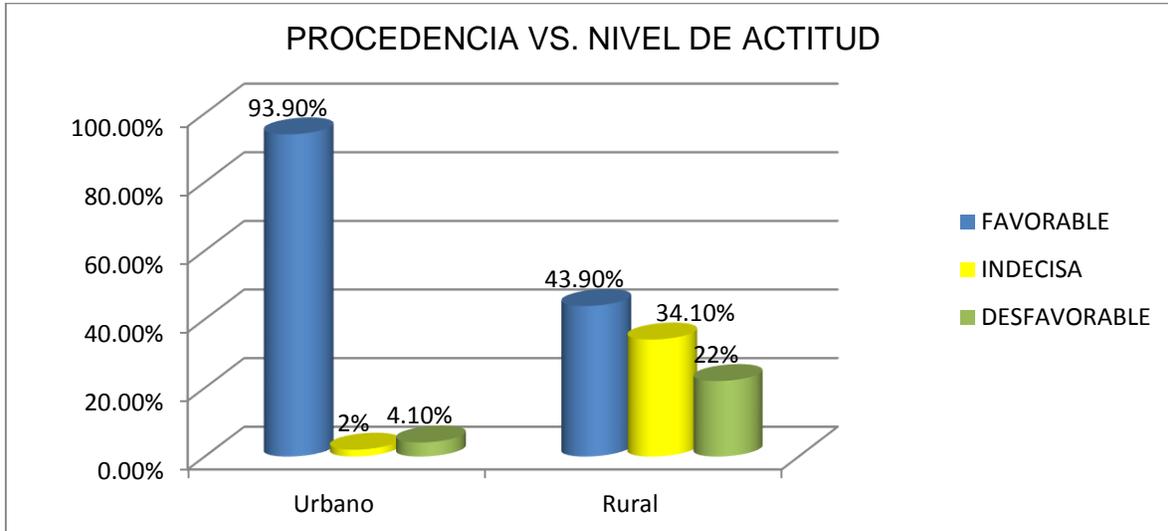
Religión vs Nivel de Actitudes sobre Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 12

**Gráfico N° 29**

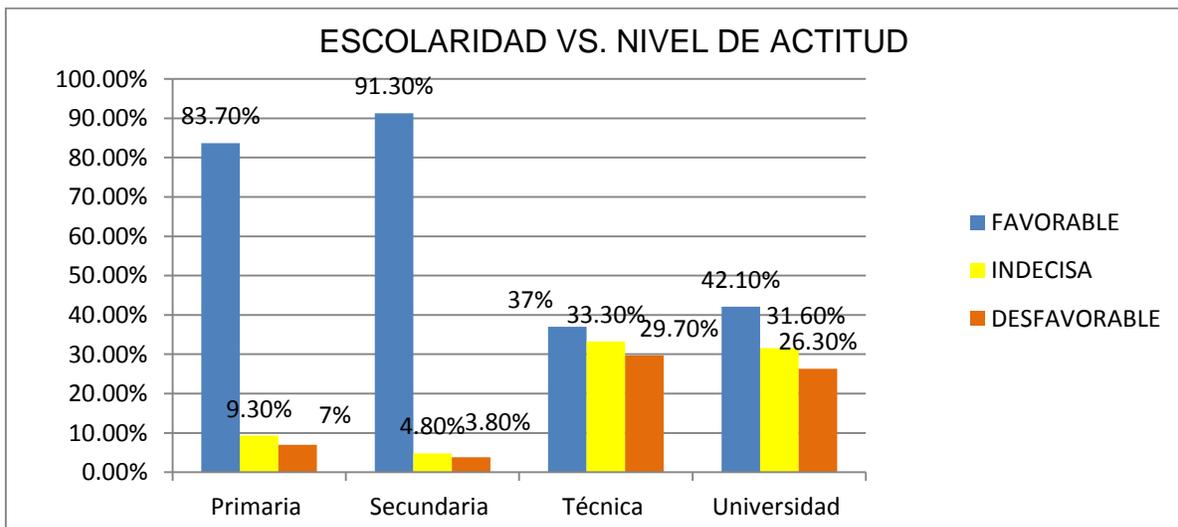
Procedencia vs Nivel de Actitudes acerca Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 12

**Gráfico N° 30**

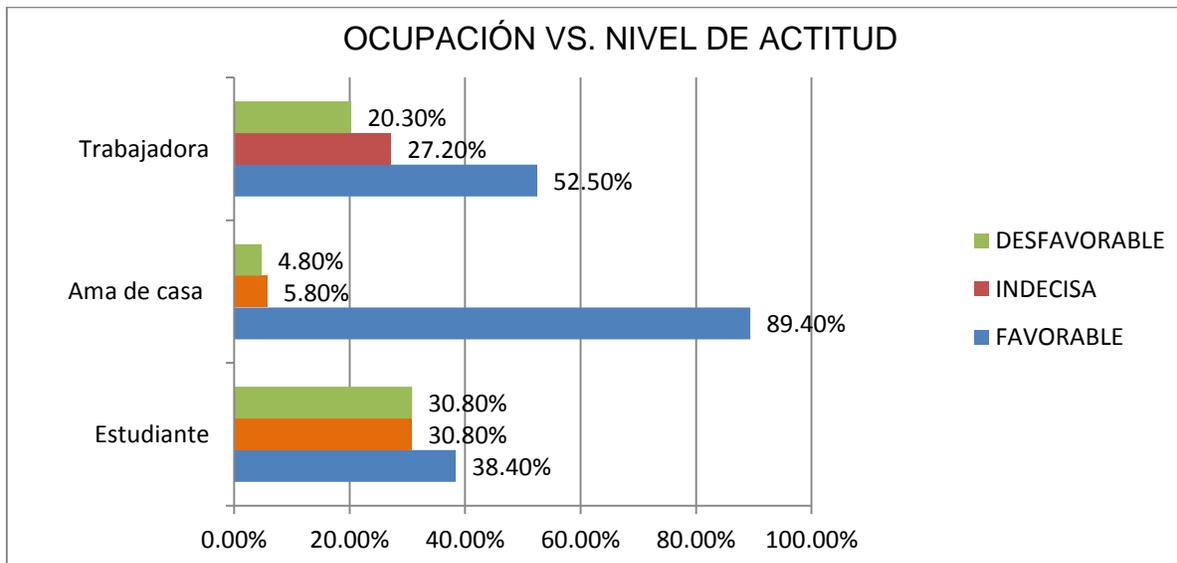
Escolaridad vs Nivel de Actitudes acerca Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 12

**Gráfico N° 31**

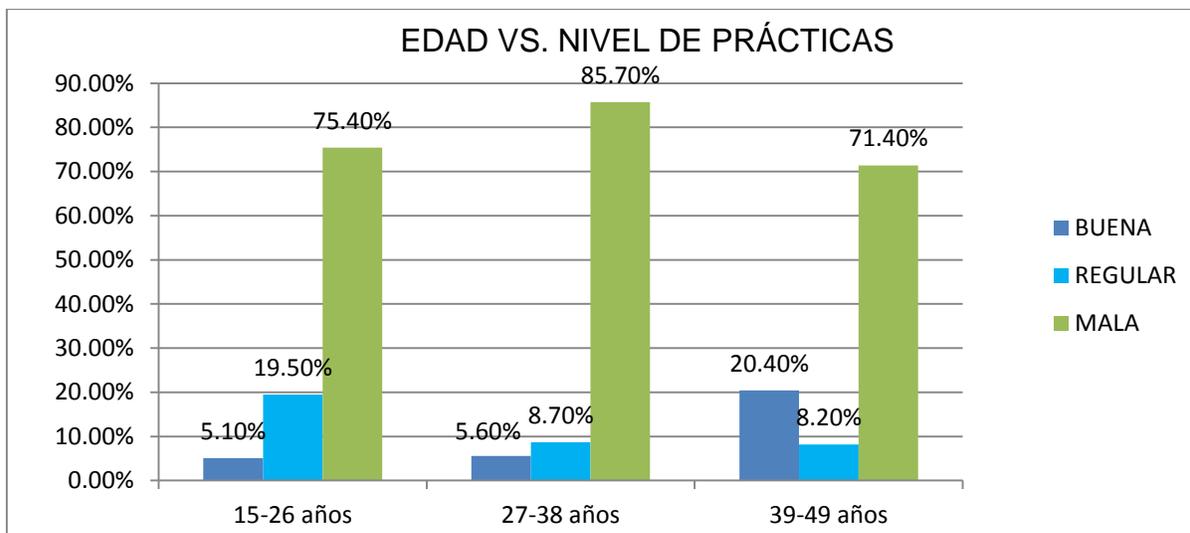
Ocupación vs Nivel de Actitudes en Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 12

**Gráfico N° 32**

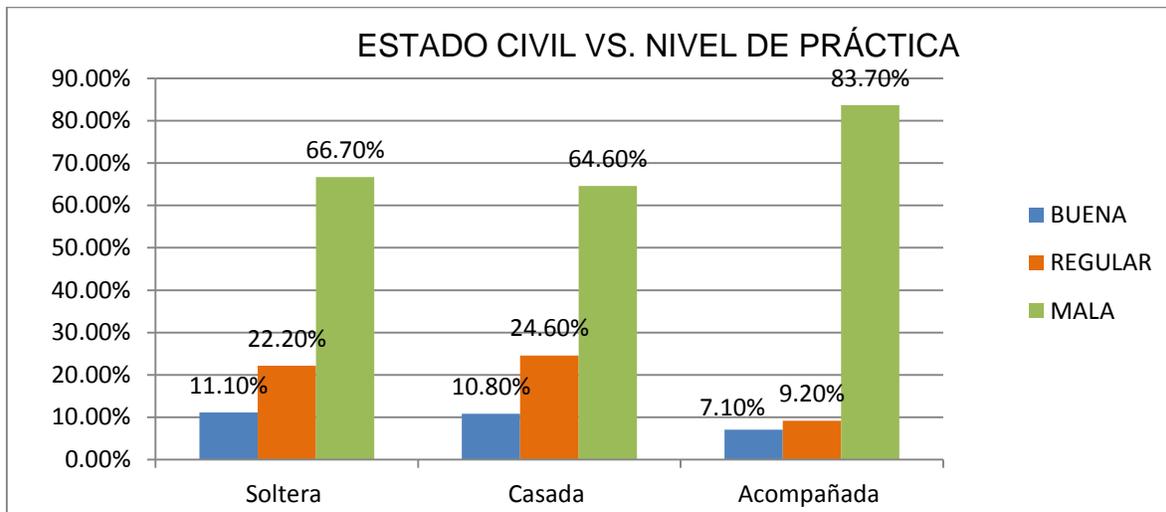
Edad vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 13

**Gráfico N° 33**

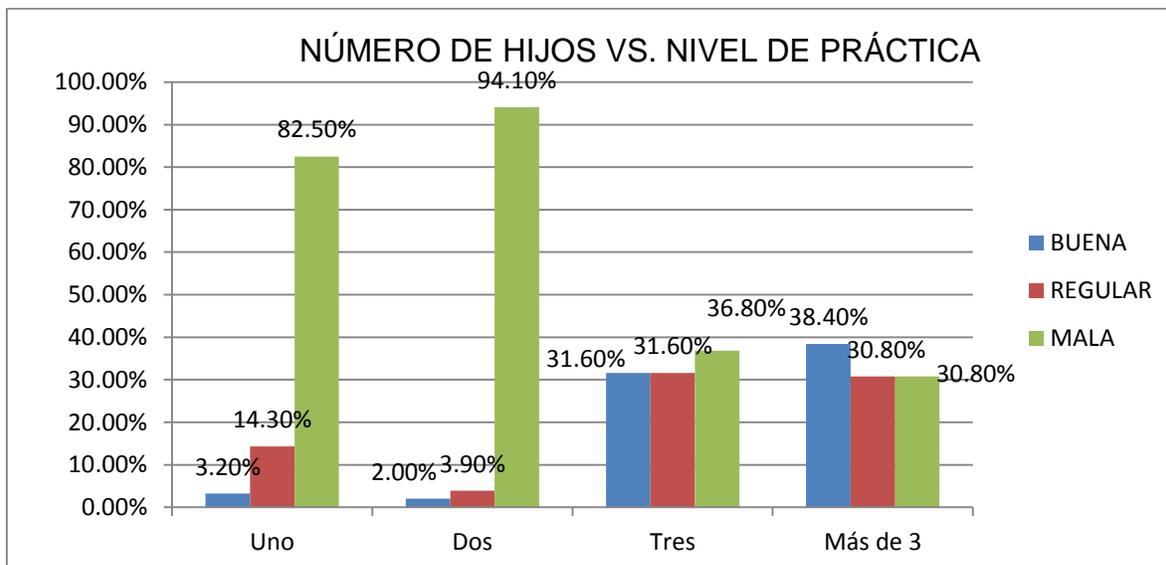
Estado civil vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 13

**Gráfico N° 34**

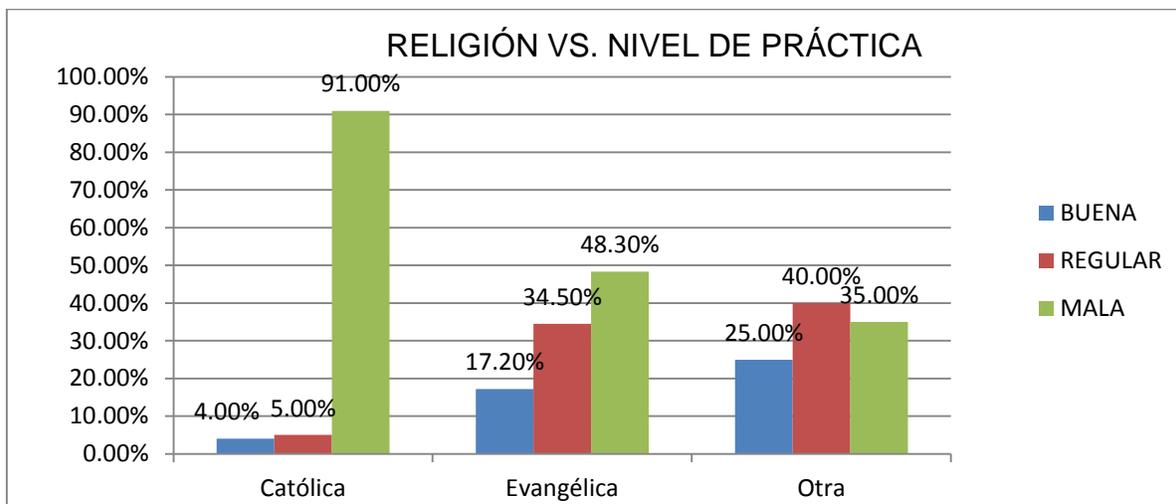
Número de Hijos vs Nivel de Práctica acerca Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 13

### Gráfico N° 35

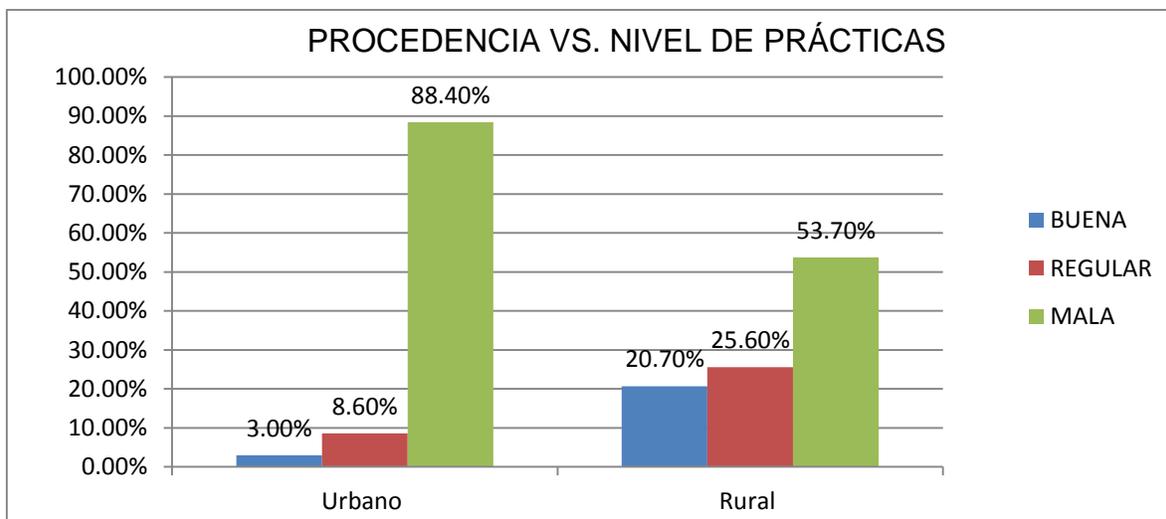
Religión vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 13

### Gráfico N° 36

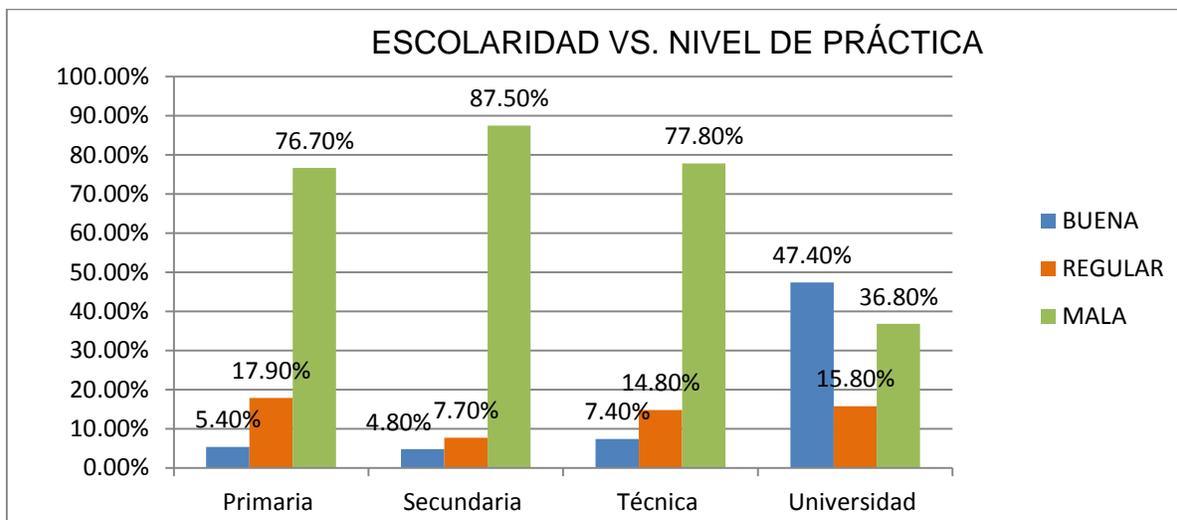
Procedencia vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 13

### Gráfico N° 37

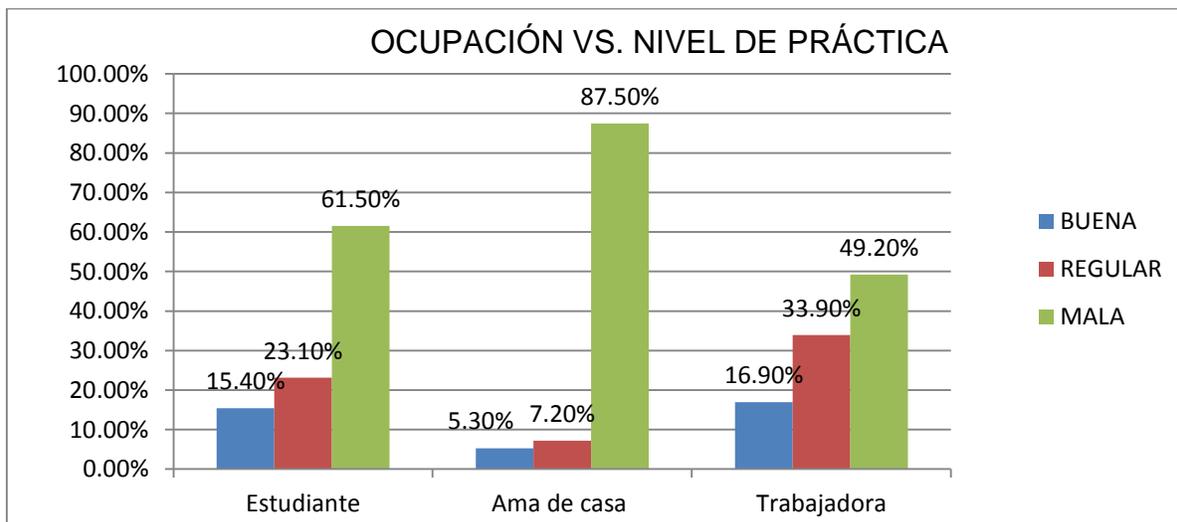
Escolaridad vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 13

### Gráfico N° 38

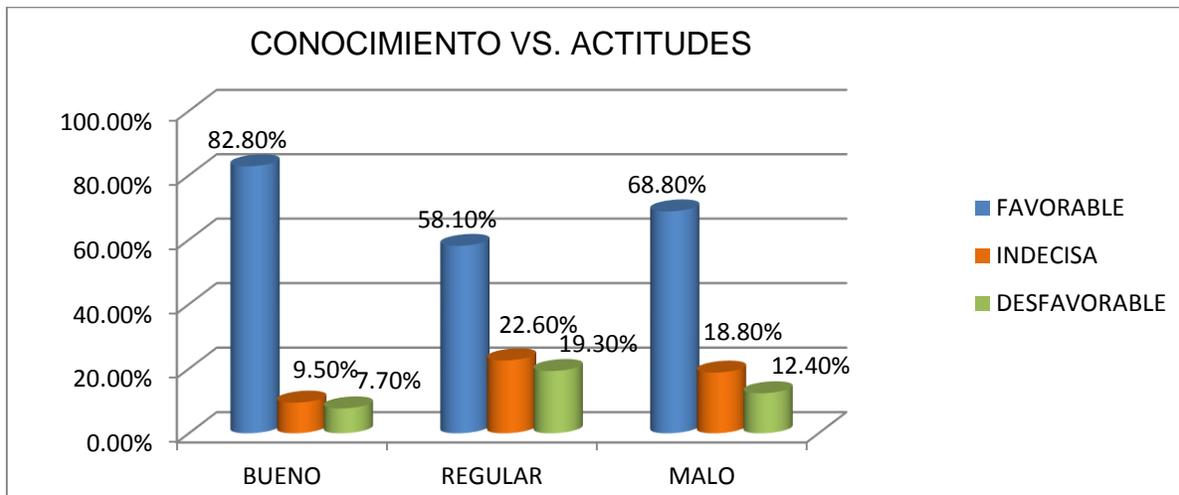
Ocupación vs Nivel de Práctica acerca Lactancia Materna en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 13

**Gráfico N° 39**

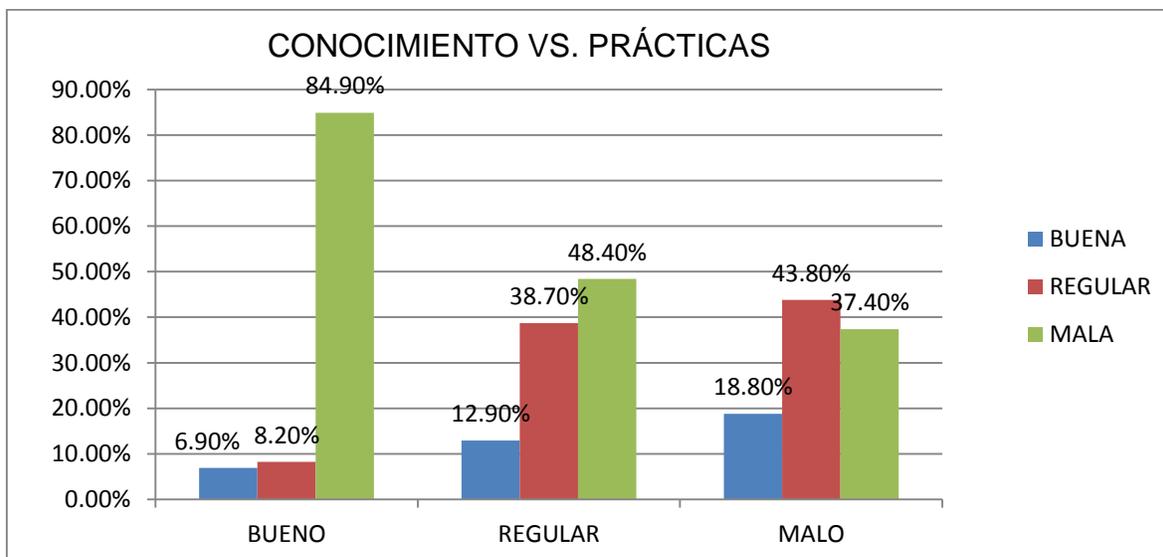
Nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 14

**Gráfico N° 40**

Nivel de conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud de Monimbó, Municipio de Masaya, Departamento de Masaya, en el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 15