



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2013 - 2015
SUBSEDE OCOTAL, NUEVA SEGOVIA**

Tesis para optar al Título de Máster en Salud Pública

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN
LAS MUJERES QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL Y POST NATAL DE LA
COMUNIDAD DE ARMENTA, SAN PEDRO SULA, HONDURAS.**

DICIEMBRE 2014.

Autora:

Estefanía Gissela Dore Monterroso
Doctora en Cirugía Dental

Tutora:

MSc. Marcia Ibarra Herrera
Docente Investigadora

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Febrero 2015

INDICE

	Páginas
i. Agradecimientos.....	i
ii. Dedicatoria:	ii
<u>RESUMEN</u>	iii
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V. OBJETIVOS	6
VI. MARCO TEORICO	7
VII. DISEÑO METODOLOGICO	34
VIII. RESULTADOS	38
IX. ANALISIS DE RESULTADOS.....	43
X. CONCLUSIONES	45
XI. RECOMENDACIONES	46
XII. BIBLIOGRAFIA.....	47
XIII. ANEXOS.....	52

i. Agradecimientos

Agradezco primeramente a Dios la oportunidad de poder estudiar en tan prestigiosa universidad y llegar a este punto del posgrado pues reconozco que sin su ayuda y dirección culminar esta etapa no hubiera sido posible. De igual forma agradezco a mi papá Mario, mi hermano Ale, mis sobrinos y demás familiares por el apoyo que nunca dejaron de darme; por esas palabras de ánimo de mis amigos Andrea, Kathy, Yelena y Julio que llegaron en esos momentos que más los necesitaba.

Le agradezco a todos y cada uno de mis compañeros de maestría, fue un enorme placer el haber compartido con todos ustedes este tiempo, lleno de vivencias y recuerdos inolvidables pero sobre todo por establecer esos lazos de amistad y cariño.

Agradezco a los doctores Víctor Hugo, Ludovico, José Ibrahim, Alejandra y Brenda mis queridos amigos-colegas-maestros y compañeros de esos largos viajes que realizamos durante el curso de la maestría, gracias por todos los consejos, enseñanzas, cuidados, vivencias y sobre todo por esas risas que compartimos que son inolvidables.

Gracias a los docentes, nuestros maestros de la maestría, por ese don de enseñar por amar la docencia y entregarse con pasión en todo lo que hacen, gracias por impartirnos ese conocimiento, por compartir las experiencias y hacernos parte de ellas, son un ejemplo a seguir.

Agradezco a mi querida tutora Dra. Marcia Ibarra por toda su ayuda, apoyo, paciencia y cariño a lo largo de este trabajo, ha sido una enorme bendición conocerle y tenerla cerca. De igual forma agradezco a mi apreciada coordinadora de maestría Msc Rosario Hernández, por ser esa líder enérgica que poco a poco fue puliéndonos en nuestros conocimientos, siempre disponible a nuestro llamado. Y como olvidarse de nuestro director Dr. Miguel Orozco ese carisma que lo distingue del resto, su sentido del humor que lo caracteriza y la nobleza de su corazón no pueden pasar desapercibidos. Mil gracias queridos maestros.

ii. Dedicatoria:

*A mami, porque siempre creíste que yo
Lograría todo lo que me propusiera!*

*A papi, por apoyarme en cada paso que doy,
Y creer en mí en todo momento!*

*Gracias a ustedes soy lo que soy,
Este logro es también de ustedes!*

RESUMEN

La lactancia materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño 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.

La Organización Mundial de la Salud, afirma que los menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna no llegan al 40%. Según el informe mundial sobre el estado de la infancia, publicado en 2004 por la UNICEF, donde se recogen las cifras de incidencia sobre la situación de la lactancia materna en el mundo; muestran resultados desalentadores, ya que el porcentaje de niños que reciben en su alimentación lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad en África subsahariana es de 28%, en el Medio Oriente y Norte de África 37%, en el Sur de Asia 36%, en el Este Asiático y Pacífico 54%, en Latinoamérica y Caribe 38%, la Comunidad Europea y Estados Bálticos 14%, en los Países en desarrollo 39%, en los Países menos desarrollados 35% y en el Mundo 39%.

Actualmente existe la necesidad de promover la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, de tal manera que se contribuya a optimizar la calidad de vida y el disfrute pleno del desarrollo humano incrementando o mejorando la calidad de vida del niño.

El objetivo general del estudio es relacionar los conocimientos, actitudes y practicas acerca de lactancia materna que tienen las mujeres que asisten a control prenatal y post natal de la comunidad de Armenta.

Este es un estudio CAP, el cual se realizó en la unidad de salud de la aldea de Armenta en el municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortes, Honduras en el mes de Diciembre del 2014. La muestra fue a conveniencia con todas las mujeres que asistieron a control prenatal que ya tuvieran hijos previos y las que asistieron a control post natal con hijos menores de 12 meses. Se evaluaron las características sociodemográficas como son: edad de la madre, ocupación, estado civil, la edad del

último hijo, cantidad de hijos. También se evaluaron los conocimientos que poseen las mujeres sobre lactancia materna como ser: los beneficios, las posiciones al amamantar, el tiempo de lactancia materna exclusiva y la complementaria. Se evaluaron las actitudes de las madres con respecto a la lactancia, y como última variable se evaluó si las madres practican la lactancia materna exclusiva y complementaria de la manera correcta, las posiciones adecuadas para amamantar y las técnicas de extracción y almacenaje de la leche materna.

En los resultados obtenidos se pudo observar que el mayor porcentaje de mujeres estudiadas son madres adolescentes en un rango de edad de 16 a 20 años, las cuales solo han cursado la primaria y no cuentan con un trabajo remunerado por lo cual se dedican a las labores del hogar. Las entrevistadas tienen conocimientos básicos sobre los beneficios de la lactancia materna, sobre posiciones para amamantar y la lactancia materna exclusiva y complementaria son muy pocos los conocimientos que poseen y sobre las técnicas para la extracción y almacenaje de la leche materna no tienen conocimientos. La mayor parte de las mujeres tienen actitudes positivas acerca de brindar leche materna a sus bebés, y se observó que en los puntos donde se observaban actitudes negativas era porque ellas tienen muy pocos conocimientos sobre la lactancia materna. En las prácticas la mayoría de entrevistadas están amamantando a sus bebés sin embargo la lactancia materna exclusiva no la están realizando pues les brindan alimentos sólidos a sus bebés a partir de los tres meses de edad, y no practican la extracción y almacenaje de la leche materna.

En conclusión el mayor porcentaje de mujeres entrevistadas está practicando la lactancia materna inducida por costumbres generacionales, existiendo aún desconocimiento de la parte científica y los beneficios que esta práctica significa para sus hijos, lo cual se ve reflejado en que no practican la lactancia materna exclusiva y la extracción de la misma.

I. INTRODUCCION

La lactancia materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño 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 (1).

La lactancia materna aporta al lactante los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, protegiéndolo de enfermedades (2); en la madre disminuye la mortalidad materna, el riesgo de cáncer de mama, fomenta el amor con su hijo; en la familia, contribuye a la integración y a la economía familiar (3). La lactancia materna ofrece además beneficios sociales, como la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, contribuyendo a una población infantil sana y favoreciendo la no violencia (4).

Así mismo la promoción de la salud está ligada directamente con la práctica de estilos de vida saludable que a su vez incrementa o mejora la calidad de vida de cada individuo, por lo que la promoción de la lactancia materna exige la motivación, capacitación y labor coordinada de muchas personas.

Se realizó un estudio sobre conocimientos actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en las mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la unidad de salud de la Aldea de Armenta, del municipio de San Pedro Sula.

Esta Tesis constituye un requisito para obtener la Maestría en Salud Pública del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua CIES-UNAN Managua.

II. ANTECEDENTES

La mala nutrición en la Región de las Américas, continúa siendo un problema muy serio en salud pública. Para 1995 se estimó que más de un millón de niños nacieron con bajo peso; seis millones de niñas y niños menores de 5 años de edad presentaron un déficit severo de peso (peso para edad por debajo de -2 D.E. del patrón de referencia de la OMS), como resultado de la interacción entre la desnutrición y las infecciones entre otros factores (5).

La Organización Mundial de la Salud, afirma que los menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna no llegan al 40%. (7). Según el informe mundial sobre el estado de la infancia, publicado en 2004 por la UNICEF, donde se recogen las cifras de incidencia sobre la situación de la lactancia materna en el mundo; muestran resultados desalentadores, ya que el porcentaje de niños que reciben en su alimentación lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad en África subsahariana es de 28%, en el Medio Oriente y Norte de África 37%, en el Sur de Asia 36%, en el Este Asiático y Pacífico 54%, en Latinoamérica y Caribe 38%, la Comunidad Europea y Estados Bálticos 14%, en los Países en desarrollo 39%, en los Países menos desarrollados 35% y en el Mundo 39%. (8)

En estudios realizados en otros países de América Latina y el Caribe, muestran que una tercera parte de la muertes de los niños menores de 3 años son atribuidas a fallas de alimentación del seno materno y se señaló además que el riesgo de morir de los niños menores de un año alimentados artificialmente es 5 veces mayor que para los que son alimentados con Lactancia Materna Exclusiva.

Las tasas de amamantamiento exclusivo son muy bajas en América Latina y el Caribe como en casi todo el mundo (9), alcanzando un 35 a 60% hasta los 6 meses, con una duración promedio de 2 a 15 meses. En el Perú, las tasas de lactancia materna exclusiva han disminuido entre el 2000 y el 2004, del 72,5% al 69,3% en los niños menores de 4 meses y de 67,2% a 63,9% en los niños menores de 6 meses, a pesar de la promoción intensa del sector salud (10).

Un reciente estudio sobre el tema específico, realizado en Colombia (11), ha mostrado que la mayoría de las madres tienen un nivel aceptable de conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y que las madres que necesitan un programa

educativo para reforzar conductas deseables son las de menor edad, solteras o en unión libre, primíparas y con niveles socioeconómicos y de escolaridad bajos.

En México, un estudio realizado en una muestra representativa de los servicios de salud de Chiapas, Sonora y Ciudad de México, entre 1989 y 1991, reportó un cumplimiento muy bajo de las recomendaciones dadas por UNICEF/OMS y de La Ley General de Salud Mexicana, en lo referente a la atención de los recién nacidos y, por el contrario, lejos de incentivar la LM se muestra un decremento en la expectativa de alimentar exclusivamente con leche materna entre el ingreso hospitalario y el egreso posparto, dando alimentación al recién nacido con soluciones glucosadas y con sucedáneos de leche materna y sin el alojamiento conjunto, hallazgos que demuestran los retos a los que se enfrentaría la aplicación del PHANM (12).

En Costa Rica según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) el porcentaje de niños menores de 6 meses que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva de 1995 al 2005 fue del 35%, y continuaron recibiendo solo un 12% leche materna hasta los 23 meses de edad (13).

Actualmente, en Honduras sólo el 29.7% de bebés menores de seis meses son alimentados exclusivamente con leche materna. Esta cifra, es menor a la de otros países de la región (31.4% de El Salvador ó 49.6% de Guatemala), y muestra una clara descendencia en los últimos años; desde 1996 se ha reducido en más de tres puntos, en relación al crecimiento y desarrollo de las niñas y niños hondureños (14).

En la Aldea de Armenta hasta la fecha no existen antecedentes de que se haya realizado un estudio sobre esta práctica protectora.

III. JUSTIFICACION

Actualmente existe la necesidad de promover la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, de tal manera que se contribuya a optimizar la calidad de vida y el disfrute pleno del desarrollo humano incrementando o mejorando la calidad de vida del niño.

A pesar de todos los beneficios y bondades que aporta la leche materna al bebe y a la madre, la práctica de lactancia materna en muchos casos está condicionada a diversos factores sociales, culturales y económicos.

Por lo tanto desarrollar este proceso investigativo es de relevancia social ya que es un problema de salud pública a nivel mundial, así mismo porque permite identificar los factores socioculturales y laborales que influyen el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de edad de las madres que laboran. Además el producto de esta investigación permitiría diseñar un programa de educación en lactancia materna que contribuya a mejorar los índices de dicha práctica en esta comunidad.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con relación a los diversos aspectos planteados anteriormente, se formula la siguiente pregunta del estudio:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen sobre lactancia materna las mujeres que asisten a control prenatal y post natal de la comunidad de Armenta, Diciembre 2014?

Con relación a la pregunta del estudio se formulan las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de las mujeres en control prenatal y post natal?
2. ¿Cuáles son los conocimientos que poseen estas mujeres acerca de lactancia materna y su importancia?
3. ¿Cuál es la actitud que toman estas mujeres con respecto a los conocimientos en lactancia materna que contribuyan a una adecuada práctica de la misma?
4. ¿Cuáles son las prácticas de lactancia materna que realizan las mujeres en control pre natal y post natal?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Relacionar los conocimientos, actitudes y practicas acerca de lactancia materna que tienen las mujeres que asisten a control prenatal y post natal de la comunidad de Armenta, Diciembre 2014.

Objetivos Específicos

1. Describir las características socio demográficas de las mujeres que asisten a control prenatal y post natal.
2. Determinar los conocimientos que poseen estas mujeres acerca de lactancia materna y su importancia.
3. Analizar la actitud que toman estas mujeres con respecto a los conocimientos en lactancia materna que contribuyan a una adecuada práctica de la misma.
4. Identificar las prácticas de lactancia materna que realizan las mujeres que asisten al control pre natal y post natal.

VI. MARCO TEORICO

Lactancia Materna

La leche materna es considerada como la mejor y más completa fuente de nutrientes en los primeros meses de vida en la especie humana, sin embargo, llama mucho la atención el hecho paradójico del abandono de su práctica en el ser humano (16), provocado en gran medida por la diversidad de tipos de leche y de sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, conjuntamente con factores bio-socio-culturales (17).

La elevada tasa de fecundidad, desnutrición y las enfermedades infecciosas, junto con la urbanización e incorporación de un mayor número de mujeres a la población económicamente activa, han hecho que la lactancia materna vuelva a ocupar un lugar clave en los programas de planificación familiar y supervivencia infantil (18).

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 (19).

La lactancia materna es la forma natural de alimentación de la especie humana que proporciona al recién nacido, el alimento ideal para su crecimiento y desarrollo, además de ejercer una influencia biológica y afectiva inigualable, tanto en el niño como en su madre (20). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida.

Asimismo recomienda que a partir de los 6 meses de edad, la lactancia materna debe mantenerse junto a la introducción de alimentación complementaria en forma progresiva, manteniéndose al menos durante los dos primeros años de vida (21).

El hecho de amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza. Permite tener al niño en contacto físico estrecho, lo que según algunos estudios favorece en el futuro la independencia del niño al incrementarse su autoestima. Esto va absolutamente en contra de la idea muy extendida de que a los niños pequeños no hay que cogerlos en brazos “porque se acostumbran mal”. Los niños en el regazo de la madre o en brazos del padre se sienten seguros y protegidos y eso favorece su desarrollo (22).

La leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros 6 meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos proteínas y grasa y suministra las proteínas (enzimas) digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los bebés necesitan. La leche materna también contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a resistir las infecciones (23).

La Organización Mundial de la Salud ha definido los tipos de lactancia en:

Lactancia materna exclusiva: ningún otro alimento o bebida ni aún agua es ofrecido al lactante, por lo menos los primeros cuatro a seis meses de vida. Se permite que el lactante reciba gotas de hierro, vitaminas u otro medicamento necesario.

Lactancia materna predominante: significa que la fuente principal de nutrimentos es la leche humana pero el lactante ha recibido agua o bebidas a base de agua (agua endulzada, té o infusiones) jugos de frutas o electrolitos orales.

Lactancia materna parcial: Se ofrece al menos un biberón con algún sucedáneo de la leche materna. Esta a su vez se divide en tres categorías:

a) alta: más del 80 % es leche materna

b) mediana: 20 a 80 % de los alimentos es leche materna

c) baja: menos del 20 % es leche materna.

Lactancia materna simbólica: Usada como consuelo o confort, son periodos cortos y ocasionales de menos de 15 minutos al día. (24).

Fisiología de la Lactancia Materna

La leche se forma en los alvéolos mamarios; la unión de 10 a 100 alvéolos forma los lobulillos, que a su vez conforman los lóbulos que desembocan en conductos galactóforos que llegan en forma independiente al pezón. Es así que la secreción de leche involucra un estímulo neural que por vía hipotalámica desencadena una respuesta endocrinológica que libera prolactina que es la encargada de la lacto génesis y la oxitocina que es la que facilita la expulsión de la leche (25).

La regulación de su secreción comprende dos grandes mecanismos:

El primero relacionado con la rapidez de la síntesis y secreción y el segundo con la expulsión en donde intervienen las hormonas prolactina y oxitocina. Ambos mecanismos dependen de la succión o de otro estímulo del pezón (26).

Cambios en la Composición de la Leche Materna Durante la Lactancia

La leche materna varía de una mujer a otra en su contenido nutrimental, e incluso hay variaciones según la etapa de la lactancia y la hora del día.

El calostro: es la secreción de la leche que está presente en los primeros cinco a siete días post-parto, y se caracteriza por una mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa y grasa dando esto lugar a un aporte energético menor comparado con la leche madura. Es una secreción amarillenta por su alto contenido de carotenos. Una buena parte de las proteínas presentes en el calostro son: inmunoglobulinas, lactoferrinas, factor de crecimiento lactobacilos

bífidos, etc. que forman parte de los aspectos inmunológicos de la leche humana. Su volumen puede variar entre 2 y 20 mL en los tres primeros días hasta 580 mL para el sexto día (27).

Leche de transición: Se produce entre el 7^o y 10^o día y sufre modificaciones progresivas hasta alcanzar las características de la leche madura. Ocurre un incremento progresivo de lactosa y disminución de las grasas y proteínas, el volumen alcanzado hacia el 15^o día puede llegar a 660 mL/d (28).

Leche Madura: A partir de los 15 días y puede continuar por más de 15 meses, sin reporte de pérdida de sus propiedades nutritivas. Se produce en promedio 750 mL/d pero puede llegar hasta 1200 mL/d o incluso más cuando se amamanta a más de un hijo (29).

Inmunología de la Leche Materna

Hay un cierto número de componentes de la leche materna que han demostrado un efecto de inhibición o destrucción directa de diversos microorganismos como:

Factor bífido: Estimula en el intestino el crecimiento de bífido bacterias que evitan el establecimiento de entero bacterias patógenas como E. Coli y Shigella.

Elementos Celulares: el número de leucocitos en la leche humana es considerable siendo mayor su concentración en el calostro (neutrófilos, macrófagos y linfocitos), los macrófagos particularmente pueden sintetizar lisozimas, componentes del complemento, lactoferrina y prostaglandinas. Los linfocitos T forman un 50% de los linfocitos del calostro, responden a diversos antígenos vírales y pueden verse implicados en la producción de interferón, también desempeñan un papel en la modulación del desarrollo del sistema Inmunoglobulina A a nivel de la mucosa.

Inhibidores del metabolismo de microorganismos patógenos: La lactoferrina, la proteína que enlaza la vitamina B12 y las que fijan el folato impiden el crecimiento de gérmenes in vitro probablemente negando a los agentes infecciosos nutrientes esenciales para su crecimiento. Se le han encontrado propiedades bactericida, antiviral y moduladora de citocinas, además inhibe la adherencia de E.coli entero-

toxigénica, la capacidad invasiva de *Shigella flexneri* y estimula la proliferación de *Bifidobacterium*.

Enzimas: La lisozima y una mieloperoxidasa catabolizan la oxidación de iones con actividad bacteriostática con capacidad de “lisar” las uniones entre glucoproteínas de las paredes bacterianas de una gran parte de bacterias gram positivas y de algunas gram negativas.

Inmunoglobulinas: La concentración de éstas en el calostro es mayor que en la leche madura, todas están presentes pero es la IgA la que tiene mayor concentración ejerciendo una protección específica contra gérmenes del tracto gastrointestinal.

Lípidos: Los lípidos de la leche humana pueden inactivar virus encapsulados como el Herpes Simple tipo I, sarampión, etc.

Factor anti-estafilococos: Inhibe la proliferación de estafilococos en infecciones por este germen.

Complemento (C3 y C1): Promueve el proceso de opsonización de las bacterias.

Interferón: Inhibe la replicación intracelular de los virus (30).

Duración y Frecuencia Entre las Tomas

El tiempo que cada bebé necesita para completar una toma es diferente para cada bebé y cada madre y también varía según la edad del bebé y de una toma a otra. Además, la composición de la leche no es igual al principio y al final de la toma, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene 6 meses. La leche del principio es más aguada pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares; la leche del final de la toma es menos abundante pero tiene más calorías (el contenido en grasa y vitaminas es mayor). Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una, es muy variable por tanto no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho “a demanda” (31).

Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio,

durante los primeros 15 ó 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 tomas en 24 horas. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el bebé es el único que sabe cuándo se ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la toma (32).

Lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien se suelte espontáneamente del pecho. Algunos niños obtienen cuanto necesitan de un solo pecho y otros toman de ambos. En este último caso, es posible que el niño no vacíe completamente el último, por lo que la toma siguiente deberá iniciarse en éste. Lo importante no es que el niño mame de los dos pechos sino que se vacíe completa y alternativamente cada uno de ellos, para evitar que el acumulo de leche pueda ocasionar el desarrollo de una mastitis y para que el cuerpo de la madre acople la producción de leche a las necesidades de su hijo. Por ello, se recomienda permitir al niño terminar con un pecho antes de ofrecer el otro (33).

Ventajas de la Leche Materna

La Lactancia Materna presenta una serie de ventajas y beneficios que deben tenerse en cuenta para motivar a las madres al amamantamiento y así brindar al niño una mejor calidad de vida, salud física y emocional. Igualmente ofrece ventajas para las madres y el núcleo familiar que se mencionan a continuación (34).

Para la Madre

- ✓ Favorece la involución uterina por acción de la oxitocina, previniendo la hemorragia post parto.
- ✓ Ayuda a la recuperación de la figura corporal.
- ✓ Se presenta menor incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino. Está demostrado que con períodos prolongados de Lactancia Materna, se disminuye la incidencia de ellos antes de la menopausia.
- ✓ Favorece el espaciamiento de las gestaciones si se lleva a cabo Lactancia Materna Exclusiva, a libre demanda (día y noche) y se mantiene en amenorrea. Si se cumplen estas condiciones la lactancia natural

confiere más del 98% de protección de un nuevo embarazo durante los primeros cuatro meses del puerperio.

- ✓ Favorece la relación Madre-Hijo, ayudando a establecer un estrecho vínculo afectivo.
- ✓ Favorece los sentimientos de plenitud y su realización como madre.
- ✓ Desde el punto de vista psicológico se culmina el "Cielo Sexual", iniciado con el desarrollo y maduración de los órganos sexuales y la menarquia.
- ✓ No se incrementan los gastos de la canasta familiar y los de salud, que repercuten en la economía del estado (35).

Para el Niño

- ✓ Superioridad Nutricional: Se adapta a las necesidades específicas del lactante, aporta los nutrientes necesarios tanto en cantidad como en calidad para proporcionar al niño un adecuado crecimiento y desarrollo.
- ✓ Disponibilidad inmediata y temperatura ideal.
- ✓ Favorece la maduración del Sistema Nervioso Central: Contiene Taurina y Cistina (aminoácidos esenciales para el desarrollo del cerebro). Se ha descrito la actividad en este mismo sentido de ácidos grasos como el linolénico y de sus dos metabolitos el ácido araquidónico y docosa – hexanóico que intervienen directamente en el desarrollo del Sistema Central.
- ✓ Apoyo inmunológico específico que da protección pasiva, pues la madre le transfiere su inmunidad activa a través de la Inmunoglobulina A y de los demás componentes.
- ✓ Ausencia de la agresión físico-química y antigénica. No produce procesos alérgicos ni irritación de la mucosa, por ser un fluido corporal y porque los nutrientes están adaptados a sus necesidades.
- ✓ Interviene en la maduración del tubo digestivo a través de elementos como la Inmunoglobulina A, el tipo de proteína, el lactobacillus bifidus y el factor de crecimiento epidérmico.
- ✓ Facilita el vínculo psico-afectivo Madre-Hijo.
- ✓ Desarrollo de su aparato Motor-Oral estableciendo patrones de succión-deglución, que intervienen en las habilidades posteriores de alimentación y lenguaje.

- ✓ En el niño alimentado al seno, se disminuye la incidencia de problemas de ortodoncia.
- ✓ Previene la malnutrición (desnutrición y obesidad)
- ✓ Disminuye la incidencia de diarrea y de infecciones respiratorias de alta biodisponibilidad y por tener otros factores como cobre y folatos.
- ✓ Los niños alimentados con leche materna, presentan cocientes intelectuales más altos.
- ✓ La Leche materna posee factores contra las amebas, giardia, cólera y monoliasis e interferón que protege contra infecciones por virus.
- ✓ Disminuye la incidencia de caries dental (36).

Para la Familia

- ✓ Es más económica. (La alimentación de un niño de 6 meses con leche de fórmula puede costar la mitad de un salario mínimo mensual).
- ✓ Está siempre lista, no requiere preparación.
- ✓ Está siempre a la temperatura ideal.
- ✓ Es estéril por lo que no hay peligro de contaminación.
- ✓ Favorece la alimentación nocturna (37).

Para la Sociedad

- ✓ Mejora la supervivencia infantil: en el mundo en desarrollo, los niños que no son amamantados corren un riesgo de muerte entre diez y quince veces mayor durante los tres y cuatro primeros meses de vida.
- ✓ Permite conservar recursos naturales al evitar el uso de materiales para el almacenamiento y conserva de los sucedáneos de leche, como cartón y vidrio; así como de caucho utilizado para las tetinas.
- ✓ Ahorro de recursos humanos y materiales ya que los hospitales no tienen que malgastarlos para alimentar a los bebés artificialmente y para combatir las enfermedades e infecciones que causa este método (38).

Técnica de Amamantamiento

El éxito de la lactancia materna depende principalmente de una correcta técnica de amamantamiento. La buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar se logra si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño o niña (39).

Posiciones para Amamantar

Posición sentada o de cuna: Coloque almohadas en los antebrazos de las sillas e indique a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tómelo con el brazo y acérquelo contra el seno en un abrazo estrecho. Manténgalo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.

Posición debajo del brazo, de sandía o de foot-ball americano: El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocarán almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño.

Posición semisentada: Coloque la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Esta posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea).

Posición acostada: Si la madre está acostada en decúbito lateral, utilice almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebé (40).

Procedimiento para Amamantar

Soportar el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues

si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada.

Recordar a la madre que debe acercar el niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón (41).

- ✓ Estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introducir el pezón y la areola. Si se resiste, bajar suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión.
- ✓ Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la Lactancia Materna. Si adopta la posición incorrecta se debe retirar del seno e intentar de nuevo.
- ✓ Es importante que los labios permanezcan evertidos (boca de pescado).
- ✓ Permita al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto.
- ✓ El amamantamiento nocturno aumenta la producción de leche (42).

Extracción Manual de Leche

- ✓ Escoger un lugar tranquilo, tener pensamientos gratos en relación a su niño. La capacidad de relajación favorece el reflejo de eyección de leche.
- ✓ Lavado de manos.
- ✓ Masaje circular de la mama, seguido de otro desde arriba hacia la areola, estimulando suavemente la areola y los pezones para desencadenar el reflejo eyector lácteo antes de extraerse la leche.
- ✓ Extraer la leche hacia un envase limpio de plástico o de vidrio idealmente con una mamadera.
- ✓ Colocar el pulgar y el dedo índice en el borde superior e inferior de la areola, respectivamente. Mantenerlos fijos y no deslizarlos sobre la piel.
- ✓ Realizar una compresión rítmica hacia las costillas con los dedos abiertos y juntándolos luego hacia el pezón. Con la frecuencia del niño al mamar al principio saldrán gotas y luego saldrán chorros de leche.

- ✓ Rotar los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas.
- ✓ Alternar la mama cuando disminuya el flujo de leche y repetir el masaje y el ciclo varias veces.
- ✓ El procedimiento total durará 20 a 30 minutos y puede realizarse cada 4 horas.
- ✓ Cerrar la mamadera y rotularla con la fecha y la hora, para ser guardada en el refrigerador.
- ✓ La extracción de la leche también puede efectuarse con bombas manuales o eléctricas. Estos artefactos requieren de un manejo riguroso de la higiene para evitar la contaminación de la leche (43).

Conservación de la Leche

Se puede utilizar envase de vidrio o plástico limpio. El envase debe lavarse con agua caliente y detergente, dejándolo bien refrigerado. No es necesario hervirlo.

La duración de la leche varía según el tipo de refrigeración usado.

- Temperatura ambiente 12 horas
- Refrigerador (no en la puerta) 72 horas.
- Congelador (refrigerador de una puerta) 14 días.
- Congelador (refrigerador de dos puertas) 3 meses (44).

Utilización de la Leche

Para utilizar la leche congelada ésta debe ser descongelada lentamente, cambiándola del congelador al refrigerador la noche anterior. Después de descongelada debe ser usada dentro de las próximas 24 horas. Para entibiarla, agitar el envase con la leche en agua caliente, no hirviendo. El calor excesivo destruye enzimas y proteínas, lo mismo ocurre con el uso de microondas.

Advertir a la madre que la grasa de la leche extraída se separa al congelar y se homogeniza al descongelarla y agitarla suavemente. La leche puede ser administrada al niño con vaso y cuchara (45).

La Madre en la Crianza de los Niños

Los expertos señalan que uno de los supuestos ideológicos fundamentales que persisten aún en nuestro siglo es el de la “naturalización” del vínculo madre-hijo (a). Es decir, se consideran idénticas la reproducción y la maternidad. De tal manera que el ser madre está ligado a la naturaleza, que ha dotado a las mujeres de la capacidad para reproducir la especie y de cualidades que sirven para que la cría crezca sanamente. Desde este punto de vista, el esfuerzo de las madres en cuanto a la crianza, cuidado y educación de sus hijos, queda absolutamente desvalorizado, el “proceso” de convertirse en madres, desaparece y pasa a ser parte de un hecho ligado a la naturaleza de las mujeres (46).

Haciendo pasar a la maternidad por naturaleza, se olvida que las madres cumplen el rol de incorporar a los niños a la cultura a la que pertenecen. Y este rol demanda un esfuerzo que dura a lo largo de toda la vida del hijo (a) que requiere de ella de maneras diferentes a lo largo de toda su existencia (47).

Cuando una madre alimenta, protege, explica, cuida, habla, enseña a sus hijos, no está siendo una representante de la naturaleza, está haciendo una serie de tareas que requieren esfuerzo, criterio y un aprendizaje que va dándose en el tiempo, conforme el niño crece y la madre va adquiriendo con esfuerzo mayores conocimientos para transformar a un simple organismo en un ser humano (48).

Otro punto importante a tener en cuenta, es que al ser vista la maternidad como natural, se incluyen con ella una serie de funciones que las mujeres desempeñan en el ámbito doméstico, entonces, lavar, planchar, cocinar, limpiar, son actividades que se consideran como parte de la naturaleza femenina porque ellas “naturalmente” las saben hacer. Otra vez desaparece el proceso de aprendizaje por el que las mujeres que saben hacer estas actividades han tenido que pasar a lo largo de sus vidas para adquirir esos conocimientos (49).

La crianza de los niños es parte del mundo privado y se considera parte de la naturaleza de las mujeres, y para la sociedad criar a los niños y ocuparse de las cosas domésticas no tiene el mismo valor que salir a trabajar y traer dinero a la casa, dado que es la naturaleza la que hace el trabajo, volviéndose invisible el esfuerzo de las mujeres (50) (51).

Por otro lado, es sabido de la importancia que tiene la mamá en los primeros meses y año de vida. Tanto que de la relación y del vínculo que se forme entre madre e hijo, dependerá cual será la personalidad del niño y las conductas que más tarde tenga de adulto. Las vivencias, relaciones y vínculos que el niño establezca en el primer año de vida, son claves en el desarrollo de su personalidad (52).

Desde el mismo momento de la concepción, se establece entre madre e hijo, un vínculo muy estrecho a nivel emocional, que se acrecienta con el momento del nacimiento, la lactancia, y más tarde con la crianza en los primeros años de vida. La forma en la que interactúa la madre con su bebé, está relacionada con el comportamiento que tendrán los niños hasta su adolescencia. Es por ello que se puede afirmar que una crianza basada en el amor, en el respeto y en la delimitación de los límites, son las claves para una infancia y una adultez plena (53).

Creencias de la Madre hacia la Lactancia Materna

Existe una serie de mitos y creencias populares que derivan muchas veces de tendencias o modas que pueden afectar en forma directa el logro de una lactancia materna exitosa (54).

Muchos son los mitos y las creencias populares que están radicados en nuestra población, algunos son inofensivos y otros afectan la confianza de la madre a la hora de ofrecer el pecho.

Las creencias erróneas de la madre hacia la lactancia materna perjudican tanto a la madre como a los bebés, poniendo obstáculos a la iniciación de la Lactancia Materna normal (55). Entre algunas creencias están:

- ✓ Amamantar frecuentemente al niño reduce la producción de leche.

- ✓ Una madre necesita amamantar únicamente de cuatro a seis veces cada 24 horas.
- ✓ Los niños obtienen toda la leche que necesitan durante los primeros cinco a diez minutos de mamar.
- ✓ Las madres lactantes deben espaciar las tomas para que puedan llenársele los pechos.
- ✓ A las ocho semanas de edad el niño sólo necesita entre seis y ocho tomas de leche materna; a los tres meses sólo requiere de cinco a seis tomas; y a los seis meses, no más de cuatro o cinco tomas al día.
- ✓ Es la cantidad de leche que el niño consume y no si es leche materna o de fórmula, lo que determina cuánto tiempo aguanta un niño entre dos tomas.
- ✓ Nunca despiertes al niño que duerme.
- ✓ El metabolismo del niño se encuentra desorganizado al nacer y requiere que se le imponga una rutina u horario para ayudar a resolver esta desorganización.
- ✓ Las madres lactantes deben usar siempre ambos pechos en cada toma.
- ✓ Si un niño no aumenta bien de peso, es posible que la leche de su madre sea de baja calidad.
- ✓ Cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos.
- ✓ Una madre debe tomar leche para producir leche.
- ✓ Chupar sin el propósito de alimentarse, no tiene base científica.
- ✓ Las madres no deben prestarse a ser el "chupón" de su hijo.
- ✓ La confusión tetina - pezón no existe.
- ✓ La lactancia frecuente puede dar lugar a la depresión posparto. Alimentar al niño a demanda no facilita el vínculo maternal.
- ✓ El hecho de que sea el niño quien dirija su alimentación (con la lactancia a demanda) tiene un efecto negativo sobre la relación de la pareja.
- ✓ Algunos niños son alérgicos a la leche materna.
- ✓ La lactancia demasiado frecuente causa obesidad cuando el niño crece.
- ✓ Dar el pecho mientras el niño está recostado causa infecciones de oído.
- ✓ La Lactancia prolongada carece de valor, ya que la calidad de la leche se deteriora (56).

Conocimiento de las Madres sobre la Lactancia Materna

El conocimiento se define como datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada, aunque ello no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona tome conciencia de las razones para adoptar o modificar una determinada conducta (57).

Es así que el conocimiento es la suma de hechos y principios y se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de la persona. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y aptitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a menudo que aumenten los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas (58):

- Conocimiento Ordinario o Informal:

Son los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana, a través de la experiencia que tiene una persona al realizarse con el mundo durante toda su vida social y que son captados por los sentidos. Este conocimiento se manifiesta a través de un lenguaje simple y natural. Es por este sistema que las personas aprenden sobre su proceso salud – enfermedad y suelen complementarlo a su vez con otros medios como periódicos, volantes relatos y revistas de publicaciones en general (59).

- Conocimiento Científico o Formal:

Son aquellas representaciones verdaderas que pueden ser probadas y contrastadas científicamente por tener una base teórica en libros ya existentes dentro de nuestra vida social. Se manifiesta a través de un lenguaje más complejo. Estos conocimientos son brindados por los centros educacionales donde se organiza como conocimiento científico por tener un plan curricular. Estos conocimientos son a su vez dentro de su programación, programas de carácter cultural o científico brindados por profesionales o especialistas en un tema específico (60).

El desarrollo de estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil necesitan identificar los conocimientos y creencias que posee la población sobre la lactancia materna. Es así que 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 la seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos (61). 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 (62).

Algunas investigaciones demuestran que la duración de lactancia materna exclusiva se asocia al conocimiento de esta, con la edad y las horas de trabajo de la madre (63).

Actitud de la Madre hacia la Lactancia Materna

Se considera a la actitud como el vínculo existente entre el conocimiento adquirido y el sentimiento que provoca en el individuo, con la acción que realizará en el presente y futuro. Las actitudes de una persona están muy determinadas por su sistema de valores. Por lo tanto la actitud es más bien una motivación social antes que una motivación biológica (64).

La actitud es la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente. Según (Fishbein y Ajzen, 1975, Oskamp 1991) la actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante una situación (65).

La actitud que es la disposición mental particular, hacia una práctica planteada puede ser positiva, neutra o negativa. Las actitudes positivas, se manifiesta en predisposiciones efectivas acordes a las circunstancias, las negativas en relación a un desacuerdo con las experiencias y las neutras con una especie de indiferencia. En la actitud influye las motivaciones, las experiencias pasadas, la voluntad, la inteligencia, las emociones, lo congénito, el ambiente y lo cultural, puesto que somos una unidad bio-psico- social (66).

Dentro de las características de las actitudes tenemos:

- ✓ Las actitudes son dirigidas siempre a un objeto o idea particular y se forma con relación al estímulo específico.
- ✓ Influyen en el comportamiento del sujeto.
- ✓ Pueden ser favorables o desfavorables.

Diversos autores como Ainsworth (1969) coinciden en clasificar a las actitudes en tres dimensiones o componentes.

Componente Cognitivo: Consiste en creencias, valores y estereotipos que tiene el individuo acerca de un objeto determinado, sus conocimientos son siempre juicio de valor, entonces implican una valoración positiva o negativa (67).

Componente Emocional: Se refiere a los sentimientos o emociones vinculado a un determinado objeto que acompaña en mayor o menor grado de actitud, por ejemplo: odio – amor, gusto-disgusto, admiración – desprecio (68).

Componente Conductual: Implica toda inclinación de actuar o reaccionar de una manera determinada ante el objeto de dicha actitud (69).

Medición de la Actitud

Las actitudes como todos los determinantes psicológicos tienen que ser necesariamente indirectas y solo pueden ser medidas sobre la base de inferencias que nos permiten deducir las respuestas de un individuo hacia un objeto, sus acciones explícitas, sus afirmaciones verbales, sus sentimientos y la disposición actuar con respecto al objeto. El Diferencial Semántico es un instrumento de medida, que tiene como propósito medir las reacciones de las personas a las palabras o a los estímulos que percibe (70).

Las actitudes son factibles de ser medidas mediante la escala de Lickert que implica sumar los resultados de un conjunto de enunciados a los cuales los informantes deben asignar un grado de concordancia o discordancia (71).

Naturaleza de las actitudes

Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Algunos psicólogos

afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales. Esta compatibilidad facilita la formación de valores que utilizamos al determinar qué clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible (72).

Para que la lactancia materna tenga éxito, dos factores son cruciales: motivación de la madre de amamantar a su hijo y la provisión de leche. La primera 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 se vincula con la frecuencia del amamantamiento, el vigor de succión, el reflejo de flujo de leche y el uso de anticonceptivos hormonales (73).

Prácticas sobre Lactancia Materna

La práctica es definida como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad o destreza. La práctica es el comportamiento, conducta de procedimientos, reacciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa (74).

El amamantamiento tiene un componente instintivo en relación con el recién nacido, pero también necesita de un aprendizaje de la técnica correcta. Una madre que practica una adecuada técnica de amamantamiento permitirá que tenga buena cantidad de leche y por lo tanto facilitara una adecuada lactancia materna (75).

Los estudios internacionales, nacionales y locales, relacionados a la práctica de la lactancia materna refieren que la interrupción precoz de la lactancia está relacionada con los factores socioeconómicos y culturales de la madre y la familia; sobre las causas de tal interrupción, está el retraso en el primer contacto, el inicio de la alimentación complementaria o el uso de biberón, insuficiencia de leche, prácticas inadecuadas y conocimientos inadecuados o nulos sobre lactancia materna (76).

La práctica de la lactancia materna permite a las familias involucrarse con la crianza y cuidado de los niños y niñas, tal participación repercute en la salud y promueve la integración y unión familiar (77).

Contraindicaciones para la Lactancia Materna

- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Se ha demostrado la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna. La infección materna por VIH constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados.

- Galactosemia.

La lactancia materna está contraindicada en los niños afectados de galactosemia. Estos niños deberán recibir una dieta sin lactosa ni galactosa por la que habrá que excluir la leche y todos los productos lácteos y sustituirlos por fórmulas especiales.

- Fármacos y drogas contraindicadas durante la lactancia

Contraindican la lactancia materna la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del cáncer. La bromocriptina y la cabergolina usada para el tratamiento de los prolactinomas también contraindican la lactancia materna.

El consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana también es incompatible con la lactancia materna. La metadona en cambio, no comporta riesgo para el lactante, ya que pasa en cantidades mínimas a la leche materna; por otro lado, se ha comprobado que la lactancia materna tiene un efecto beneficioso en estos niños, al mejorar la evolución del síndrome de abstinencia neonatal y disminuir los días de hospitalización.

Circunstancias que Requieren una Valoración Individualizada

- Enfermedades infecciosas maternas:

Hepatitis C

El riesgo de transmisión del virus de la hepatitis C a través de la leche materna es bajo, pero aumenta cuando la madre también es portadora del VIH o si se trata de una hepatitis activa, con sintomatología clínica. La infección por este virus no contraindica la lactancia materna, excepto en los casos señalados.

Citomegalovirus

La tasa de infección por CMV en lactantes de madres portadoras es alta (63%). En los lactantes a término la infección cursa de forma asintomática o con síntomas leves y no deja ningún tipo de secuelas. En estos niños la lactancia materna no está contraindicada, pero sí lo está en los lactantes prematuros y los que sufren algún tipo de inmunodeficiencia, que tienen mayor riesgo de presentar síntomas graves y secuelas neurológicas.

Herpes Simple

Únicamente si la madre presenta lesiones herpéticas activas en los pezones o cerca de ellos debe interrumpirse la lactancia materna hasta que las lesiones sanen. Para prevenir el contagio es importante el lavado cuidadoso de las manos y cubrir las lesiones activas de la piel.

Sífilis

La presencia de lesiones cutáneas de sífilis en el pecho o en el pezón contraindica la lactancia materna, ya que pueden contener el treponema. El niño debe ser aislado de la madre y recibir tratamiento con penicilina G si lo precisa.

Infecciones Bacterianas Graves

Cuando la enfermedad produce una importante afección del estado general de la madre, se puede suspender la lactancia durante las primeras 24 horas de tratamiento, continuándola después si se administra a la madre un antibiótico compatible con la lactancia.

Brucelosis

Si la madre ha sido diagnosticada cuando ya ha comenzado la lactancia, es probable que el niño esté contagiado y ambos necesiten tratamiento. No hay acuerdo sobre la necesidad de suspender la alimentación al pecho hasta que se complete el tratamiento.

Enfermedad de Lyme

Si la madre se diagnostica y trata durante el embarazo puede dar el pecho sin riesgo de contagio. Si se diagnostica después del parto la madre debe recibir tratamiento inmediato. Será necesario tratar también al niño si presenta síntomas, como exantema o fiebre. Una vez que se haya iniciado el tratamiento se puede reanudar la alimentación al pecho.

Tuberculosis Activa

Si se diagnostica durante el embarazo debe iniciarse el tratamiento de inmediato para evitar el riesgo de contagio cuando el niño nazca. Si se diagnostica al final de la gestación o después del parto, se debe tratar a la madre lo antes posible, existiendo controversia sobre la necesidad de separar al niño de la madre. La OMS aconseja no separarlos y administrar al niño isoniacida durante 6 meses si la madre llevaba menos de 2 meses de tratamiento, mientras que algunos autores recomiendan la separación hasta que hayan transcurrido las 2 primeras semanas de iniciado el tratamiento y la madre ya no sea contagiosa (frotis de esputo negativo). Cuando termine el período de aislamiento se puede reanudar la alimentación al pecho, aunque la madre continúe con el tratamiento.

Varicela

El virus de la varicela-zoster puede atravesar la placenta y producir un cuadro de varicela congénita o de varicela perinatal. Si el contagio ocurre entre 21 días y 5 días antes del parto, generalmente produce un cuadro leve, debido al efecto protector de los anticuerpos maternos frente a este virus, que han podido ser transmitidos a través de la placenta. Pero cuando el contagio ocurre en los últimos 5 días del embarazo o en las primeras 72 horas después del parto, puede producir una infección grave en el recién nacido (varicela diseminada). Para prevenirla se debe administrar al niño inmunoglobulina específica y aislarlo de su madre de forma temporal hasta que ella no sea contagiosa (unos 6-10 días), hasta que empiezan a secarse las lesiones y no aparecen nuevas lesiones. Durante ese tiempo, la madre puede sacarse la leche. Si no tiene lesiones en la mama, esa leche se le puede dar al bebé, pero si las tiene es mejor que no se la dé porque puede contagiarse al manipular los pechos.

Si la infección materna se produce durante la lactancia, después de las 72 horas siguientes al parto no es necesario aislar al niño, porque se supone que ya ha estado expuesto. Si la madre no presenta lesiones en la mama, puede continuar con la lactancia. Los anticuerpos presentes en la leche materna desde antes de las 72 horas del inicio de la enfermedad, pueden contribuir a mejorar la evolución de la varicela, si el lactante finalmente la contrae. Si tiene lesiones en los pechos, se puede extraer la leche, para evitar el contacto directo, pero en este caso también vale la pena dársela al bebé por los anticuerpos específicos que aportará.

El tratamiento de la madre con aciclovir no contraindica la lactancia.

- Enfermedades no infecciosas maternas:

Miastenia Gravis

En la miastenia gravis adquirida los anticuerpos antirreceptor de Ach pueden atravesar la placenta y ser responsables de un cuadro de miastenia neonatal transitoria, que se manifiesta por insuficiencia respiratoria, succión débil, hipotonía y escasa actividad motora espontánea. Los anticuerpos anti-Ach también pueden pasar por la leche materna, por lo que algunos autores no recomiendan la alimentación al pecho durante los episodios severos en los que la madre presenta una elevación importante de los niveles de anticuerpos. Sin embargo, no se han descrito casos en lactantes que puedan ser atribuidos al paso de anticuerpos maternos a través de la leche. La principal razón por la que no se aconseja el amamantamiento en los casos severos de miastenia gravis, es porque supone un sobreesfuerzo para la madre que puede resultar agotador.

Cáncer de Mama

El diagnóstico de cáncer de mama durante la lactancia obliga a suspender la alimentación al pecho para que la madre pueda someterse a tratamiento lo antes posible. Cuando el embarazo se produce en una mujer con cáncer de mama que ya ha recibido tratamiento, es posible la lactancia por el pecho sano.

Otras Enfermedades Crónicas

Si la madre padece una enfermedad crónica como fibrosis quística, cardiopatías, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, conectivopatías, epilepsia o depresión, la

decisión de dar o no lactancia materna se debe tomar teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad y el grado de incapacidad que origina en la madre.

El hipotiroidismo y el hipertiroidismo materno tampoco contraindican la lactancia.

- Enfermedades del lactante:

Fenilcetonuria

La leche materna tiene un contenido relativamente bajo de fenilalanina, por lo que se puede administrar junto con una leche especial sin fenilalanina, controlando los valores de este aminoácido en sangre (deben estar entre 2 y 6 mg/dl), para ajustar en función de ello la cantidad de leche materna. Se ha demostrado que la lactancia materna parcial permite mantener niveles adecuados de fenilalanina y logra que los niños afectados de esta enfermedad alcancen un mejor coeficiente intelectual que los alimentados solamente con fórmula.

Enfermedad de la orina de jarabe de arce o leucinosis

Rara enfermedad metabólica, en la que al igual que en la fenilcetonuria, puede usarse una combinación adecuada de leche materna y leche especial que no contenga esos aminoácidos.

Hábitos Maternos que no Contraindican la Lactancia Materna pero que se deben Evitar o Reducir

Consumo de Alcohol

El alcohol cambia el sabor y el olor de la leche materna, lo que puede hacer que el niño rechace el pecho. Hay que aconsejar a la madre que no consuma alcohol, o al menos que no lo haga tres horas antes de la toma de pecho y que limite la cantidad a un máximo de 0,5 g/Kg de peso corporal materno (para una mujer de 50 Kg de peso equivale a unos 200 cc de vino, 500 cc de cerveza y 30 cc de licor).

Consumo de Cafeína

Si se consume en cantidades elevadas (más de dos bebidas con cafeína al día, café, té, refrescos con cafeína y chocolate) pueden producir irritabilidad y trastornos del sueño en el niño.

Consumo de Tabaco

La nicotina también puede cambiar el gusto y el olor de la leche provocando rechazo del pecho, también provoca escaso aumento de peso, mayor frecuencia de cólicos, etc. A todo ello hay que sumar los problemas derivados de la exposición pasiva al humo del tabaco: mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias, tos y asma. Si la madre no puede dejar de fumar, no se debe suprimir la lactancia, ya que sus beneficios superan los posibles riesgos. En estas circunstancias se le aconsejará que reduzca lo más posible el consumo de tabaco, que fume cigarrillos bajos en nicotina, que evite fumar durante un período superior a 2,5 horas antes de la toma de pecho y que no fume, ella ni ninguna otra persona, en la misma habitación donde está el niño.

Falsas Contraindicaciones

Infecciones Agudas Comunes

Suspender la lactancia materna cuando la madre presenta síntomas de algún proceso infeccioso común, como resfriado, una amigdalitis o una diarrea, no sólo no está indicado sino que es contraproducente.

Hepatitis A

Si la madre sufre una infección por este virus en el último trimestre de la gestación o durante la lactancia, puede continuar con la alimentación al pecho. Se le aconsejará el lavado cuidadoso de las manos y se administrará lo antes posible (antes de las dos semanas siguientes a la exposición) inmunoglobulina polivalente y la vacuna de la hepatitis A, de forma simultánea, en lugares diferentes de inyección. Esta vacuna, al tratarse de una vacuna inactivada, tiene riesgos mínimos para el lactante.

Hepatitis B

La administración de inmunoglobulina antihepatitis B y la primera dosis de la vacuna antes de las 24 horas de vida, en diferentes lugares de inyección, permite que la madre infectada por el virus de la hepatitis B pueda alimentar al niño al pecho sin riesgos.

Rubéola y Parotiditis

Son compatibles con la alimentación al pecho. Para prevenir el contagio, en lactantes mayores de 6 meses se puede administrar la vacuna triple vírica en las 72 horas siguientes al contacto. Los niños vacunados antes de los 12 meses deben recibir otras dos dosis de triple vírica, a los 12-15 meses y a los 3-6 años.

Salmonelosis, Paludismo y Toxoplasmosis

No se transmiten estas infecciones por la leche materna, por lo que no contraindican la lactancia materna.

Diabetes Mellitus

La lactancia materna no está contraindicada en la madre diabética, e incluso puede tener ventajas. En la diabetes gestacional se ha comprobado que mejora la tolerancia a la glucosa y en diabetes insulino-dependientes disminuye las necesidades de insulina.

Mastitis

La mastitis no sólo no contraindica la lactancia materna, sino que el cuadro mejora dando con frecuencia el pecho afectado.

Patología Mamaria Benigna

La enfermedad fibroquística, los quistes benignos y los fibroadenomas tampoco contraindican la lactancia.

Pezón Plano o Invertido

Ninguna de estas situaciones impide la alimentación al pecho. Actualmente no se recomiendan los ejercicios de Hoffman (estiramiento del pezón) ya que no se ha

demostrado su eficacia, pueden desencadenar contracciones uterinas y disminuye la tasa de amamantamiento al hacer que la madre pierda confianza en su capacidad de dar el pecho. Tampoco es necesario el empleo de conchas formadoras del pezón, al final de la gestación, o después del parto, o entre las tomas, ya que su eficacia no está demostrada y a muchas madres les producen molestias, sudoración e irritación de la piel, por lo que pueden resultar contraproducentes.

Es importante informar a la gestante de que podrá dar el pecho a su hijo, aunque necesitará más ayuda y paciencia al inicio. Durante los primeros días, antes de poner al niño al pecho, se puede emplear un sacaleches eléctrico o manual, bombeando suavemente hasta que el pezón salga.

Piercing en el Pezón

No contraindica la lactancia, aunque deberá quitárselo antes de ofrecer el pecho.

Reanudación de la Menstruación y Embarazo

Estas situaciones no obligan a suspender la lactancia.

Implante Mamario de Silicona

Se puede recomendar la alimentación al pecho en estos casos, sin que sea necesario extraer los implantes ni medir las concentraciones de silicona en la leche materna.

Problemas de Salud del Niño

La alimentación al pecho cuando el niño sufre un episodio de diarrea aguda, no sólo no está contraindicada, sino que además es beneficiosa, ya que la digestión y absorción de los nutrientes contenidos en la leche materna es mejor que la de otros alimentos y aporta factores de defensa y otros factores bioactivos que contribuyen a la recuperación de la mucosa intestinal.

Aldea de Armenta

La aldea de Armenta se encuentra ubicada en la zona N.O. de la ciudad de San Pedro Sula, en la falda de la cordillera del Merendón, que tiene colindancia al lado norte con La Fraternidad que es una colonia vecina reconocida por la municipalidad, pero es considerada parte de la aldea de Armenta, por el sur con Inversiones Palma Rosa, Promotora Educativa S. A. de C. V., Inmobiliaria y Urbanizadora Armenta S. A., por el oeste con la cordillera del Merendón y al este con la propiedad de Ana Lucía Bográn Prieto de Pascua.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a. Tipo de Estudio

Estudio CAP

b. Área de Estudio

El estudio se realizó en la unidad de salud de la Aldea de Armenta, ubicada al Norte y Oeste de la ciudad de San Pedro Sula en el departamento de Cortes, Honduras.

c. Universo

La población de estudio está constituida por todas las mujeres en edad fértil residentes de la Aldea de Armenta que acuden a la unidad de salud de dicha población.

d. Muestra

Es a conveniencia, todas las mujeres que asistieron a control pre y post natal durante el mes de diciembre del 2014 en la unidad de salud que brinda este servicio.

e. Unidad de Análisis

Todas las mujeres embarazadas y aquellas que tienen niños menores de doce meses.

Criterios de Inclusión:

- Las mujeres en periodo prenatal que tengan hijos previos
- Las mujeres en periodo post natal que tienen niños menores de doce meses.
- Mujeres que asisten a la unidad de salud de Armenta.
- Las mujeres que aceptan participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Las mujeres que no estén en periodo pre natal o post natal.
- Las mujeres que no acepten participar en el estudio.
- Las mujeres en periodo post natal con niños mayores de doce meses.
- Las mujeres en prenatal que sean primigestas.

f. Variables de Estudio

Se presentan las variables del estudio acorde a cada uno de los objetivos específicos.

Para el objetivo # 1 Describir las características socio demográficas de las mujeres que asisten a control prenatal y post natal.

- Edad
- Número de hijos
- Ocupación
- Ingresos
- Procedencia
- Estado civil
- Escolaridad
- Estructura Familiar
- Religión
- Empleo Actual

Para el objetivo # 2 Determinar los conocimientos que poseen estas mujeres acerca de lactancia materna y su importancia.

- Beneficios de la lactancia materna
- Postura adecuada para amamantar
- Tiempo adecuado de lactancia materna exclusiva y complementaria
- Extracción de la leche materna
- Almacenamiento de la leche materna
- Dificultades presentadas durante el amamantamiento

Para el objetivo # 3 Analizar la actitud que toman estas mujeres con respecto a los conocimientos en lactancia materna que contribuyan a una adecuada práctica de la misma.

- Beneficios de la lactancia materna
- Postura adecuada para amamantar
- Tiempo adecuado de lactancia materna exclusiva y complementaria
- Extracción de la leche materna
- Almacenamiento de la leche materna
- Dificultades presentadas durante el amamantamiento
- Creencias de la madre sobre lactancia materna

Para el objetivo # 4 Identificar las prácticas de lactancia materna que realizan las mujeres que asisten al control pre natal y post natal.

- Postura adecuada para amamantar
- Tiempo adecuado de lactancia materna exclusiva y complementaria
- Extracción de leche materna
- Almacenamiento de la leche materna

g. Fuente de Información

La fuente de información fue primaria mediante entrevista estructurada a las mujeres participantes del estudio en la unidad de salud de la Aldea de Armenta.

h. Técnica de Recolección de Información

La técnica que se utilizó fue la entrevista estructurada.

i. Instrumento de Recolección de Información

El instrumento utilizado fue una encuesta con preguntas abiertas. El pilotaje del instrumento se realizó en una comunidad similar a la del presente estudio. Se capacitó a los encuestadores para la correcta implementación del instrumento.

j. Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de los datos obtenidos se utilizó Excel para la tabulación de los datos, procesamiento y análisis.

k. Consideraciones Éticas

Para la realización del presente estudio se solicitó autorización a las autoridades competentes de la unidad de salud, así como el consentimiento informado por parte de las mujeres que aceptaron participar, asegurándoles la total confidencialidad de la información obtenida.

l. Trabajo de Campo

El trabajo de campo se realizó por la investigadora y autora de la tesis con la ayuda de dos encuestadores en el Centro de Salud donde acuden las mujeres a sus controles.

VIII. RESULTADOS

Para el Objetivo 1: Características sociodemográficas

- El 86.7% (26 de 30) de las mujeres entrevistadas procedían del área urbana de la ciudad, el 13.3% (4 de 30) del área rural.
- El 30% (9 de 30) de las mujeres entrevistadas se encontraron en el rango de edad de 16 a 20 años, el 23.3% (7 de 30) se encontró en el rango de 26-30 años, el 16.7% (5 de 30) se encontró en el rango de 36 a 40 años, los rangos de edad de 21 a 25 años y 31 a 35 años ambos presentaron un 13.3% (4 de 30) y solo un 3.3% (1 de 30) se encontró en el rango de 41 a 45 años.
- El 33.5% (10 de 30) de mujeres entrevistadas han tenido dos embarazos, el 30% (9 de 30) han tenido un embarazo, el 23% (7 de 30) han tenido tres embarazos, el 10% (3 de 30) han tenido 4 embarazos y solo 3.5% (1 de 30) han tenido 5 embarazos.
- El 93% (28 de 30) de mujeres entrevistadas estaban en estado post natal y el 7% (2 de 30) en estado pre natal.
- El 36.7% (11 de 30) de las mujeres entrevistadas solo tienen 1 hijo, el 30% (9 de 30) tienen 2 hijos, el 20% (6 de 30) tienen 3 hijos, el 10% (3 de 30) tienen 4 hijos y solo un 3.3% (1 de 30) tiene 5 hijos.
- El 46.7% (14 de 30) de las mujeres entrevistadas su ultimo hijo está en edad comprendida de 6-11 meses, el 43.3% (13 de 30) en edad de 1-5 meses y solo el 10% (3 de 30) con más de 12 meses.
- El 53.3% (16 de 30) de las mujeres entrevistadas cursaron la primaria completa, el 26.7% (8 de 30) cursaron la secundaria, el 13.3% (4 de 30) no terminaron la primaria, el 3.3% (1 de 30) tiene un posgrado y de igual forma el 3.3% (1 de 30) es analfabeta.
- El 67% (20 de 30) de las mujeres entrevistadas están en unión libre con su pareja de hogar, el 20% (6 de 30) están solteras y solo el 13% (4 de 30) están casadas.
- El 73% (22 de 30) de las mujeres entrevistadas son amas de casa, el 7% (2 de 30) son comerciantes, el 7% (2 de 30) están estudiando y el 13% (4

de 30) se dedican a la costura, consultorías, aseo y dependiente de tienda.

- El 73% (22 de 30) de las mujeres entrevistadas están desempleadas y el 27% (8 de 30) cuentan con un empleo.
- El 73% (22 de 30) de las mujeres entrevistadas no reciben un salario, el 17% (5 de 30) reciben un salario menor al mínimo, el 7% (2 de 30) reciben un salario mayor al mínimo y solo el 3% (1 de 30) reciben el salario mínimo.
- El 57% (17 de 30) de las mujeres entrevistadas dijeron ser evangélicas, el 37% (11 de 30) dijeron ser católicas y el 6% (2 de 30) dijeron no pertenecer a ninguna religión.
- El 77% (23 de 30) de las mujeres entrevistadas pertenecen a una familia nuclear y el 23% (7 de 30) a una familia extensa.

Para el Objetivo 2: Conocimientos de Lactancia Materna

- El 73% (22 de 30) de las mujeres entrevistadas dijeron conocer los beneficios de la lactancia materna y el restante 27% (8 de 30) dijeron no conocerlos.
- Los beneficios de lactar que dijeron las mujeres conocer fueron: evita las enfermedades con una frecuencia de 17, mejor crecimiento y desarrollo del bebe con una frecuencia de 15, aporte de vitaminas con una frecuencia de 3, inmuniza con frecuencia de 2 y brinda beneficios a la madre con frecuencia de 2.
- El 60% (18 de 30) de las mujeres entrevistadas dijeron conocer las posiciones para amamantar y el 40% (12 de 30) dijeron no conocerlas.
- Las posiciones para amamantar que dijeron conocer las entrevistadas fueron: acostados con una frecuencia de 17, sentados con una frecuencia de 13 y otras posiciones con frecuencia de 2.
- El 73% (22 de 30) de las mujeres entrevistadas dicen que el tiempo de lactancia materna exclusiva debe ser de 6-11 meses, el 17% (5 de 30) dicen que de 3-5 meses y solo el 10% (3 de 30) expresaron no tener conocimiento alguno.

- El 67% (20 de 30) de las mujeres entrevistadas dicen que el tiempo de lactancia materna complementaria deber ser de 6-11 meses, el 23% (7 de 30) dicen que debe ser de 3-5 meses y el 10% (3 de 30) expresaron no tener conocimiento alguno.
- El 67% (20 de 30) de las mujeres entrevistadas expresaron tener conocimientos acerca de las formas de extracción de la leche materna y el 33% (10 de 30) expresaron no conocer las formas de extracción.
- El 37% (11 de 30) de las mujeres entrevistadas expresaron no conocer las formas de extracción de la leche materna, el 30% (9 de 30) expresaron conocer el extractor, el 26% (8 de 30) dijeron conocer la técnica manual y el 7% (2 de 30) expresaron conocer ambas formas de extracción de la leche materna.
- El 60% (18 de 30) de las mujeres entrevistadas expresaron no conocer el tiempo que debe almacenarse la leche materna una vez extraída solo el 40% (12 de 30) dijeron si tener conocimientos.
- A temperatura ambiente, en el refrigerador y en el congelador el 70% de las mujeres entrevistadas no sabían el tiempo correcto para almacenar la leche, solo el 30% contesto correctamente.
- El 70% (21 de 30) de las mujeres entrevistadas dijeron no conocer los problemas que se presentan al amamantar solo el 9% expreso conocer los posibles problemas.
- Dentro de los posibles problemas al amamantar que dijeron las mujeres conocer están: mastitis con una frecuencia de 4, cáncer de mama o quistes con una frecuencia de 3, rompen y sangran los pezones con frecuencia de 2, infecciones por medio de la leche al bebe con frecuencia de 2 y con una frecuencia de 1 se ripean los pechos si se le da mientras come.

Para el Objetivo 3: Actitudes sobre Lactancia Materna

- En los cuatro enunciados sobre los beneficios de lactar, las entrevistadas tuvieron actitudes positivas.
- En los enunciados sobre las posiciones para amamantar, las entrevistadas tuvieron actitudes negativas.

- En los enunciados sobre el tiempo de lactancia materna exclusiva y complementaria las mujeres entrevistadas tuvieron actitudes positivas.
- En los enunciados sobre almacenamiento de la leche materna las mujeres entrevistadas tuvieron actitudes positivas.
- En los enunciados sobre las dificultades presentadas durante el amamantamiento las mujeres entrevistadas tuvieron actitudes positivas como negativas.
- En los enunciados sobre las técnicas para la extracción de la leche materna las mujeres entrevistadas tuvieron actitudes positivas.
- En los enunciados sobre las creencias de la madre sobre lactancia materna las mujeres entrevistadas tuvieron actitudes positivas como negativas.

Para el Objetivo 4: Prácticas de Lactancia Materna

- El 93% (28 de 30) de las mujeres entrevistadas si amamantaron a su último hijo y solo el 7% (2 de 30) no lo amamantaron.
- El 77% (23 de 30) de las mujeres entrevistadas se encontraban amamantando al momento de las entrevistas y el restante 23% (7 de 30) no lo estaban practicando.
- El 50% (15 de 30) de las mujeres entrevistadas practican o han practicado dos diferentes posturas al amamantar, el 27% (8 de 30) solo practican una postura y el 23% (7 de 30) no han practicado pues no dan de amamantar.
- El 80% (24 de 30) de las mujeres entrevistadas le dan alimentos complementarios con la leche materna, el 20% (6 de 30) no lo hacen.
- Los alimentos brindados como complementarios con la leche materna son por orden de frecuencia: papillas de verduras y frutas 17, sopas (pollo y frijoles) 14, gerber 5, leche de fórmula 4, frutas 4, jugos 4, cereal 2, arroz 2, suero 1, galletas 1, tortillas 1, huevos 1, mantequilla 1.
- El 43% (13 de 30) le brinda los alimentos antes descritos a partir de los 4-6 meses, el 27% (8 de 30) se los brinda a partir de 0-3 meses, el 7% (2 de 30) se los brinda a partir de 7-12 meses, el 13% (4 de 30) no contestaron y el 10% (3 de 30) no aplicaba.
- El 90% (27 de 30) de las mujeres entrevistadas no se extraen la leche, solo el 105 (3 de 30) se extraen la leche.

- De las mujeres entrevistadas que si se extraen la leche el 7% (2 de 30) lo hacen con extractor y el 3% (1 de 30) lo hace manualmente.
- De las mujeres entrevistadas que si se extraen la leche el 10% (3 de 30) la almacenan en el biberón para darla después al bebé.
- De las mujeres entrevistadas que si se extraen la leche el 10% (3 de 30) guardan el biberón con la leche en el refrigerador.
- De las mujeres entrevistadas que si se extraen la leche el 7% (2 de 30) refrigeran el biberón con leche de 2-4 horas y el 3% (1 de 30) restante lo hace de 12- 24 horas.
- De las mujeres entrevistadas que si se extraen la leche el 7% (2 de 30) limpia el biberón antes y después de usarlo correctamente y el 3% (1 de 30) no lo limpia correctamente.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Características Sociodemográficas

- El 30% (9 de 30) de las mujeres entrevistadas se encontraron en el rango de edad de 16 a 20 años, esto coincide con los datos estadísticos de la Secretaria de Salud los cuales indican el alto índice de embarazos en adolescentes en los últimos dos años.
- Como se puede observar la mayoría de las mujeres entrevistadas proceden del área urbana de la ciudad y sus alrededores, esto se debe a la alta migración de la población de ciudades de las afueras hacia San Pedro Sula.
- La mayoría de las mujeres entrevistadas únicamente han cursado la primaria, esto coincide con el alto índice de deserción escolar que hay en varias regiones del país.
- Un alto porcentaje de las mujeres son amas de casa y no reciben un salario, es por eso que estas mujeres muchas veces se ven limitadas en su alimentación y alimentación del bebe y en el acceso a los servicios de salud.

Conocimientos de Lactancia Materna

- El 60% (18 de 30) de las mujeres entrevistadas expresaron no conocer el tiempo que debe almacenarse la leche materna.
- Aunque las mujeres entrevistadas dijeron tener conocimientos acerca de los diferentes aspectos de la lactancia materna como ser beneficios, posiciones, métodos o técnicas de extracción y los tiempos de lactancia exclusiva y complementaria, fueron muy pocas las que dieron una respuesta correcta en estos aspectos.
- Se puede relacionar que el poco conocimiento que tienen estas mujeres se debe al bajo nivel escolar que tienen, asimismo que el hecho de ser en su mayoría madres adolescentes quizás inmaduras a esa edad les resulta difícil comprender los diferentes cuidados y atenciones que requiere un bebé.

- Otro punto a tomar en cuenta es quizás la poca información y educación que se le brinda a la mujer embarazada en los centros asistenciales donde reciben sus controles pre y post natales.

Actitudes sobre Lactancia Materna

- La mayoría de las mujeres entrevistadas en general tienen una actitud positiva acerca de los aspectos de la lactancia materna, sin embargo hay aspectos que tuvieron actitud negativa esto es debido al poco conocimiento que poseen las mujeres acerca de la lactancia materna o mejor dicho la poca instrucción que se les brinda en los centros de salud, y a eso se le suma el bajo nivel escolar que tienen las mujeres entrevistadas.

Prácticas de Lactancia Materna

- El 77% (23 de 30) de las mujeres entrevistadas se encontraban amamantando al momento de las entrevistas. La mayoría de las mujeres entrevistadas practican actualmente o han practicado anteriormente la lactancia materna, esto es un buen indicio en la población. Sin embargo estas mujeres tienen muy malas prácticas con los alimentos que les brindan a los bebés durante el periodo de lactancia materna exclusiva, pues les dan comidas sólidas como tortillas, arroz, frijoles cuando los bebés únicamente deben tomar leche materna.
- Estas mujeres tampoco practican la extracción de la leche materna y su almacenaje para posteriormente brindársela al bebé. Esto se debe al poco conocimiento que tienen sobre las técnicas de extracción de la leche materna.

X. CONCLUSIONES

- 1.** En relación a las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas la mayoría eran adolescentes, con bajo nivel escolar, dedicadas a las labores del hogar.
- 2.** Con respecto a los conocimientos que poseen las mujeres entrevistadas acerca de lactancia materna se concluye que a pesar de que tienen conocimientos básicos acerca de los beneficios, poseen muy pocos conocimientos acerca de las posiciones al amamantar, la extracción manual y la lactancia exclusiva y complementaria.
- 3.** La mayoría de las entrevistadas tienen actitudes positivas ante la lactancia materna sin embargo aún existen muchos mitos y tabúes relacionados a deformidad del cuerpo y la calidad y cantidad de leche que son negativos para las prácticas, debido al poco conocimiento que poseen sobre lactancia materna.
- 4.** El mayor porcentaje de mujeres entrevistadas está practicando la lactancia materna inducida por costumbres generacionales, existiendo aun desconocimiento de la parte científica y los beneficios que esta práctica significa para sus hijos, lo cual se ve reflejado en que no practican la lactancia materna exclusiva y la extracción de la misma.

XI. RECOMENDACIONES

A la Secretaria de Salud

Implementar programas dirigidos a la mujer en periodo de Lactancia Materna, que brinden la información necesaria para la práctica de una lactancia materna exclusiva, para brindar al bebe mayor protección inmunológica.

Diseñar guías y protocolos de atención a la mujer embarazada que brinden a información suficiente y que contribuyan a la práctica de la Lactancia Materna.

Diseñar campañas educativas a nivel nacional que contribuyan a fortalecer los conocimientos que tiene la población a nivel general de los beneficios de la Lactancia Materna.

A los prestadores de servicios de salud

Implementar talleres educativos en los centros de salud donde las mujeres embarazadas adquieran los conocimientos de Lactancia Materna.

Desarrollar consejerías personalizadas para las embarazadas y adolescentes no embarazadas para que vayan adquiriendo los conocimientos relacionados a la Lactancia Materna.

Diseñar de manera periódica murales educativos en la unidad de salud con información actualizada sobre la lactancia materna.

Distribución de material educativo (afiches, murales, volantes) dentro de la comunidad

A la comunidad

Organizar en coordinación con la unidad de salud grupos de apoyo a la lactancia materna que faciliten el acceso a la información y sirvan de apoyo emocional a las mujeres que están brindando lactancia materna en la comunidad, así como también a las embarazadas.

XII. BIBLIOGRAFIA

- (1) OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo. La salud-enfermedad de las mujeres centroamericanas en la década de los noventa un enfoque de género. San José. Imprenta Litografía. 2000.
- (2) Carreño Ochoa G. Conocimientos, saberes y prácticas sobre lactancia materna. Estudio de línea de base. DABS 2003. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá. 2003.
- (3) Bárbara Bowman y Robert Russell. Conocimientos actuales sobre nutrición. Publicación Científica y Técnica N° 592- 8ª ed. OPS/OMS. Washington 2003- pp. 441.
- (4) OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- (5) OMS 59ª Asamblea Mundial de la Salud –Contribución de la OMS a la aplicación de la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente. 2006 pp. 5-23.
- (6) Cecilia Castillo y colaboradores. Lactancia Natural y estado nutricional del lactante. Chile. 1993 pp. 10–15.
- (7) OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- (8) OMS 59ª Asamblea Mundial de la Salud –Contribución de la OMS a la aplicación de la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente. 2006 pp. 5-23
- (9) Lawrence, Ruth A. y Robert. Lactancia Materna. Ed. Mosby. Madrid España. 1996. pp. 240
- (10) OMS 59ª Asamblea Mundial de la Salud –Contribución de la OMS a la aplicación de la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente. 2006 pp. 5-23

(11) Boletín Informativo Hospital Universitario del Valle. Lactancia materna, antecedentes históricos e indicadores de lactancia materna en Colombia, Valley Cali. 2009 pp. 2-25.

(12) Delgado, Aída; Arroyo, Leyla; Díaz, Myriam et al. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [online] 2006, vol. 63, no. 1 [citado 2008-05-31], pp. 31-39

(13) Calvo Quirós, Cindy. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea]. Octubre 2008-Marzo 2009, No. 15 [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf> ISSN1409-4568

(14) Buscador Google

http://www.unicef.org/honduras/14352_23945.htm

(15) OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo. La salud-enfermedad de las mujeres centroamericanas en la década de los noventa un enfoque de género. San José. Imprenta Litografía. 2000.

(16) JB González Delgado. El aspecto social en el fracaso de la lactancia materna. Cuba. 1983. pp. 193.

(17) MC. Cuellar; y colaboradores. Lactancia Materna. Algunos factores que promueven el destete precoz. Cuba. 1989. pp. 7 - 18.

(18) Rodríguez García, Rosalía y Lois Schaef. Nuevos conceptos de lactancia, promoción y educación de los profesionales de la salud Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) 1991. pp. 1-15.

(19) Buscador Google

<http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23963.html>

(20) Buscador Google

<http://www.wordmagicsoft.com/diccionario/esen/lactancia.php>

(21) Buscador Google

<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

(22) Pallas Alonso, Carmen Rosa. Promoción de la lactancia materna. <http://www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm#introd>

(23) Buscador Google

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002450.htm>

(24)(25)(26) Buscador Google

<http://148.239.1.151/uagwbt/nutriv10/guias/lactancia.pdf>

(27)(28)(29) EM Vázquez-Garibay. Alimentación en el primer año de la vida. Sistema de actualización médica en nutrición pediátrica. Libro 1. Academia Mexicana de Pediatría. México D.F. 2005 pp. 9 -23.

(30) Manotas R. Neonatología. Alimentación del Neonato. 1994 Medellín Ed. Universidad de Antioquia. Colombia 1994, pp.225-251.

(31) SeguranyesGuillot, Gloria. Enfermería Maternal- Ed. Elsevier. España. pp.256.

(32)(33) Asociación Española Pediátrica – Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones para la Lactancia Materna – España 2008.

(34)(35)(36)(37)(38) Buscador Google

<http://www.unicef.org.co/Lactancia/ventajas.htm>

(39)(40)Behrman, R.; Kliegman, R.; Jenson Hall. Nelson Tratado de Pediatría.17a ed. España 2004.

(41)Aguilar Cordero, M.J. Lactancia Materna. Ed. Aula magna. España 2004

(42)(43)(44)(45) Buscador Google

<http://www.compendiodenfermeria.com/lactancia-maternalalimento-ideal/>

(46)(47)(48)(49)(50)(51)(52)(53) Buscador Google

<http://www.larepublica.pe/de-familia-parejas/07/05/2009/naturaleza-o->

(54)(55)(56)Paula Pesce Ortega Mitos y Creencias de la lactancia materna. Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería, 1992.

(57)(58)(59)(60)Mario Bunge. La ciencia, su método y filosofía. Buenos Aires. Editorial Siglo XX. 1988. PP: 35.

(61)Carreño Ochoa G. Conocimientos, saberes y prácticas sobre lactancia materna. Estudio de línea de base. DABS 2003. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogota. 2003.

(62)Mateus Cabrera G. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia 2003. Colombia. Medellín. 2004; 35 (3):132-138.

(63)Gamboa D, Edna Magali, NahyrLopez B., Gloria Esperanza Prada G. conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev. Chile. Nutrición. Vol. 35, No 1, Marzo 2008 pp. 43-52.

(64)(65)(66) Buscador Google es.wikipedia.org/wiki/Actitud

(67)(68)(69)(70)(71)Belinda MarquezBazan. Nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del I.M.P. acerca del método canguro Lima 2004 – 2005 pp. 2-45.

(72)Bustamante L, Mariela y Diana Otiniano L. Actitud Materna - Filial Entre Madres Adolescentes Y Adultas Hospitalizadas en Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo 2006 pp. 12-25.

(73)Marín BV. Promoción de la lactancia materna mediante una acción educativa dirigida a mujeres embarazadas. Boletín Oficial Sanitario. Panamá 1988; 104(1): 1 – 9.

(74) Buscador Google
<http://es.thefreedictionary.com/pr%c3%a1ctica>

(75)Navarro, Estrella, y col. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Publica México 2003; 45(4): 276 – 284.

(76) Delgado M, Orellana J J. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. Revista Colombiana Obstetricia Ginecología 2004; 55

(77) Liseth Barquero Vargas. La globalización en la práctica de la lactancia materna. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2008 No 15.

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de Variables

Objetivo # 1 Describir las características socio demográficas de las mujeres que asisten a control prenatal y post natal.

Variable	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de Medición
Edad	% de mujeres por grupo de edad	Tiempo de Existencia	De 14-19 De 20 - 25 De 26- 30 De 31- 35 De 36- 39 Mayores de 40	Continua
Escolaridad	% de mujeres según clasificación de educación alcanzada	Ultimo Grado Aprobado	Analfabeta Primaria 1-3 Primaria 4-6 Secundaria Universitaria Posgrado	Nominal
Número de Hijos	% de mujeres con número de hijos específicos	Cantidad de hijos vivos	1-3 4-5 Más de 5 hijos Número	Continua
Procedencia	% de mujeres según su lugar de procedencia	Lugar de Origen	Rural Urbana	Nominal
Ocupación	% de mujeres según la actividad que desarrollan	Actividad que Desarrolla Diariamente	Ama de casa Estudiante Comerciante Otros	Nominal
Estado Civil	% de mujeres según su estado civil	Relación Personal-Jurídica entre dos Personas	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda.	Nominal
Ingresos	% de mujeres según sus ingresos	Adquisición de Recursos Económicos	Salario mínimo Menor al salario mínimo Mayor al salario mínimo	Nominal

Estructura Familiar	% de mujeres según el tipo de familia	Parentesco con miembros de la familia	Familia Nuclear Familia Extensa Familia Mixta o Ampliada	Nominal
Religión	% de mujeres según tipo de religión.	Religión que profesan	Católica Evangélica Otras	Nominal
Empleo Actual	% de mujeres que trabajan	Empleo Formal	Empleado Desempleado.	Nominal

Objetivo # 2 Determinar los conocimientos que poseen estas mujeres acerca de lactancia materna y su importancia.

Variable	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de Medición
Beneficios de la Lactancia Materna	% de mujeres que conocen o desconocen los beneficios	Conocimiento de los Beneficios de la Lactancia Materna	Si / No Beneficios que conoce	Nominal
Posturas para Amamantar	% de mujeres que conocen o desconocen las técnicas	Conocimiento de las Posturas de amamantar	Si / No Posturas que conoce	Nominal
Tiempo Adecuado de Lactancia Materna Exclusiva y Complementaria	% de mujeres que conocen o desconocen los tiempos de lactancia exclusiva y complementaria	Conocimiento sobre el tiempo adecuado de la Lactancia Materna Exclusiva y Complementaria	Si / No Tiempo de LME 0-3 meses 0-6 meses 0 a 1 año Tiempo de LMC a. 1 mes b. 3 meses c. 6 meses d. 1 año	Nominal
Técnicas para Extracción de la Leche Materna	% de mujeres que conocen o desconocen como extraer la leche	Conocimiento de las técnicas para la Extracción de Leche	Si / No Técnica de extracción de la leche materna	Nominal
Almacenamiento de la Leche Materna	% de mujeres que conocen o desconocen como almacenar la leche	Conocimiento de cómo Almacenar la Leche Materna	Si / No Temperatura ambiente: 2 horas, 12 horas Refrigerada: 24	Nominal

Variable	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de Medición
	materna		horas, 1 semana Congelada: 2 semana, 1 mes	
Dificultades Presentadas Durante el Amamantamiento	% de mujeres que conocen o desconocen las dificultades que se presentan durante el amamantamiento	Dificultades que se presentan en la Lactancia Materna	Si / No Dificultades que se presentan durante el amamantamiento	Nominal

Objetivo # 3 Analizar la actitud que toman estas mujeres con respecto a los conocimientos en lactancia materna que contribuyan a una adecuada práctica de la misma.

Variable	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de Medición
Beneficios de la Lactancia Materna	% de mujeres que tienen una actitud positiva o negativa acerca de los beneficios de lactar	Actitud de La Respuesta Expresada de la Madre Sobre Lactancia Materna	Totalmente de acuerdo De acuerdo	Escala de Likert
Posturas para Amamantar	% de mujeres que tienen una actitud positiva o negativa con respecto a la postura de amamantamiento	Disposición que Tiene para Dar la Lactancia usando las Diferentes Posiciones de Amamantar	Indiferente	
Tiempo Adecuado de Lactancia Materna Exclusiva y Complementaria	% de mujeres que tienen una actitud positiva o negativa con respecto a la lactancia exclusiva y complementaria	Actitud de la Madre ante el Periodo de Lactancia Materna al Bebe	En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	
Técnicas para Extracción de la Leche Materna	% de mujeres que tienen una actitud positiva o negativa sobre las técnicas de extracción de la leche materna.	Actitud de la Madre frente a las Diferentes Maneras de Amamantar		
Almacenamiento de la Leche Materna	% de mujeres que tienen una actitud positiva o negativa sobre el almacenaje de la leche	Actitud de la Madre en Relación al Guardado de la Leche cuando tiene que estar fuera la Madre		

	materna		
Dificultades Presentadas Durante el Amamantamiento	% de mujeres que tienen una actitud positiva o negativa sobre las dificultades presentadas en el amamantamiento	Actitud de la Madre en cuanto a Complicaciones durante el Amamantamiento	
Creencias de la Madre Sobre Lactancia Materna	% de mujeres que tienen creencias positivas o negativas acerca de Lactancia Materna	Actitud de la Madre Frente a Mitos y Tabús acerca de la Lactancia Materna.	

Objetivo # 4 Identificar las prácticas de lactancia materna que realizan las mujeres que asisten al control pre natal y post natal.

Variable	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de Medición
Postura para Amamantar	% de mujeres que practican o no una postura para amamantar	Las Acciones que Practica la Madre en relación a Lactancia Materna	Postura A: Madre sentada – Bebe posición “de sandía” Postura B: Madre sentada – Bebe sentado o posición “caballito” Postura C: Madre estirada – Bebe estirado (ambos acostados) Ninguna Técnica Nunca ha Lactado	Nominal
Tiempo Adecuado de Lactancia Materna	% de mujeres que amamantan o no el tiempo adecuado	Practica Relacionada con el Tiempo o Duración de la Lactancia Materna	LME: 0-3 meses 0-6 meses 0-9 meses 1 año LMC: Al mes A los 3 meses A los 6 meses A los 9 meses A los 12 meses	Nominal
Extracción de Leche Materna	% de mujeres que extraen la leche materna por cada técnica	Practicas Relacionadas con la Extracción Manual o Mecánica de la Leche	Técnica de Extracción Utilizada Manual o Mecánica	Nominal

Almacenamiento de la Leche Materna	% de mujeres que almacenan o no la leche materna	Practicas Relacionadas con el Almacenamiento de la Leche Extraída en caso que haya sido Necesario	Envase plástico de cocina Envase de vidrio Bolsa plástica Biberón	Nominal
------------------------------------	--	---	--	---------

Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN LAS MUJERES QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL Y POST NATAL DE LA COMUNIDAD DE ARMENTA, SAN PEDRO SULA, HONDURAS. DICIEMBRE 2014.

Habiendo sido informado (a) del propósito y de los objetivos de dicha investigación, teniendo la plena confianza de que por la información que se vierte en el instrumento será única y exclusivamente para fines investigativos y confiando en que se utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad, acepto participar en la presente investigación.

Nombre:

Identidad #:

Anexo 3:

ENCUESTA

No.

I. Datos Generales:

5. Lugar de Procedencia:

- a. Rural-fuera de la ciudad b. Urbano- la misma ciudad

2. Fecha de Nacimiento:

3. Edad: _____ Años

4. Número de embarazos:

5. Estado: a. Prenatal b. Postnatal

6. Nº de hijos:

7. Fecha de Nacimiento último hijo:

8. Edad del último hijo:

9. Grado de Escolaridad:

- a. Analfabeta b. Primaria 1-3 grado
c. Primaria 4-6 grado d. Secundaria
e. Universitaria f. Posgrado

10. Estado Civil:

- a. Soltera d. Casada
b. Unión Libre e. Divorciada
c. Viuda

11. Ocupación:

12. Empleo Actual:

- a. Empleado
b. Desempleado

13. Ingresos:

- a. Salario Mínimo Lps. 7,300
- b. Mayor al SM Lps. 7,300
- c. Menor al SM Lps. 7,300
- d. Ninguno

14. Religión:

- a. Católica
- b. Evangélica
- c. Otros _____

15. Estructura Familiar:

Estructura Familiar (con quien vive)	Familia Nuclear		Familia Extensa				Familia Mixta	
	Esposo	Hijos	Mama	Papa	Hermanos	Sobrinos	Amigos	Otros

II. **Conocimientos de Lactancia Materna**

1. ¿Conoce los beneficios de amamantar?

Si / No Podría mencionar algunos

- a.
- b.
- c.

2. ¿Conoce las posiciones para amamantar a su bebe?

Si / No Podría mencionar algunos

- a.
- b.
- c.

3. ¿Cuál es el tiempo que debe brindarle únicamente leche materna a su hijo?

- a. Menor a 3 meses
- b. 3-5 meses
- c. 6 a 11 meses

4. ¿En qué momento se debe complementar la leche materna con alimentos?

5. ¿Ha oído de formas para extraerse la leche y brindársela en momentos posteriores a su bebe?

Si / No Podría mencionarlas:

6. ¿Sabe cuánto tiempo debe conservar y almacenar la leche materna?

Si / No

- a. Temperatura ambiente i. 2 horas ii. 12 horas
- b. Refrigerada i. 24 horas ii. 1 semana
- c. Congelada i. 2 semanas ii. 1 mes

7. ¿Sabe usted si al amamantar puede presentar problemas?

Si / No Podría mencionar algunos

- a.
- b.

III. Actitudes sobre Lactancia Materna

TA: Totalmente de Acuerdo DA: De Acuerdo I: Indiferente

ED: Endesacuerdo TD: Totalmente en Desacuerdo

Nº	ENUNCIADO A: Beneficios Para Él Bebe y Para La Madre	TA	DA	I	ED	TD
1	Los bebes amamantados se enferman más que los que toman leche artificial.					
2	Él bebe amamantado recibe mayor amor, seguridad y afecto de su madre.					
3	La madre que amamanta tiene más posibilidades de padecer cáncer de mama o de otro tipo.					
4	La leche materna le ahorra dinero a la familia.					

ENUNCIADO B:						
Nº	Posiciones Para Amamantar	TA	DA	I	ED	TD
1	Considera usted que la posición de la madre al amamantar es importante.					
2	Acercar el pecho al bebe para amamantarlo disminuye el dolor de espalda en usted.					
3	Considera que la posición al amamantar facilita a que se lastimen sus pezones.					
ENUNCIADO C:						
Nº	Tiempo de Lactancia Exclusiva y Complementaria	TA	DA	I	ED	TD
1	Alimentar solamente con leche materna los primeros 6 meses, hace que los bebes estén mal alimentados.					
2	Desde que nace él bebe se le debe dar agua para calmar la sed.					
3	Considera que aparte de la leche debe dar papillas a su bebe en los primeros 3 meses.					
ENUNCIADO D:						
Nº	Almacenamiento de la Leche Materna	TA	DA	I	ED	TD
1	La leche extraída al no refrigerarla se puede arruinar.					
2	Los sobrantes de leche ya probada se refrigeran para que su bebe tome al día siguiente.					

ENUNCIADO E: Dificultades Presentadas Durante el Amamantamiento		TA	DA	I	ED	TD
1	Cuando él bebe muerde el pezón se debe castigar sin darle de mamar.					
2	Al usted sentir dolor, calentura e hinchazón en uno de los pechos, él bebe no puede seguir mamando.					
ENUNCIADO F: Técnicas Para la Extracción de la Leche Materna		TA	DA	I	ED	TD
1	Antes de extraer la leche se debe lavar las manos muy bien.					
2	Colocar pañitos tibios ayuda a que baje la leche.					
ENUNCIADO G: Creencias de la Madre Sobre Lactancia Materna		TA	DA	I	ED	TD
1	Dar de mamar arruina el cuerpo de la madre especialmente los pechos.					
2	Todas las mujeres producen suficiente leche para amamantar.					
3	Las madres al trabajar fuera de casa ya no pueden dar de mamar.					

IV. Prácticas de Lactancia Materna

1. ¿A su último hijo nacido le dio de mamar? Si / No
2. ¿Actualmente está dando de mamar a su hijo? Si / No
3. Si la respuesta es positiva, ¿Que posturas ha utilizado para amamantar a su hijo la última semana?
 - a. Postura A: Madre sentada – Bebe posición “de sandía”
 - b. Postura B: Madre sentada – Bebe sentado o posición “caballito”

- c. Postura C: Madre estirada – Bebe estirado (ambos acostados)
 - d. Otra postura:
4. ¿Le da otros alimentos además de leche materna a su bebe? Si / No
5. ¿Qué alimentos le da?
6. Desde que mes come esos alimentos su bebe?
7. ¿Se extrae la leche para darla a su bebe después? Si / No
8. ¿Cómo usted hace para extraer la leche materna?
- a. Manualmente
 - b. Extractor mecánico
 - c. Ambos
 - d. Ninguno
9. ¿Tipo de recipiente en que guarda la leche materna que se extrae?
- a. Envase plástico de cocina
 - b. Envase de vidrio
 - c. Bolsa plástica
 - d. Biberón
 - e. Ninguno
10. ¿En dónde guarda el recipiente con la leche materna extraída?
- a. Al aire libre
 - b. Refrigerador
 - c. Congelador
 - d. No la guarda
11. ¿Por cuánto tiempo guarda la leche materna extraída?
- a. 1-3 horas

- b. 4-6 horas
- c. 7-11 horas
- d. 12-24 horas
- e. 1 día a 1 semana
- f. Más de 1 semana
- g. No la guarda

12. ¿De qué forma limpia los recipientes donde conserva la leche materna extraída?

- a. Los enjuaga solamente con agua y los utiliza.
- b. Lavándolos con agua, jabón y los pone a hervir para luego utilizarlos.
- c. Los lava con agua y jabón, luego los utiliza.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo 4: Tablas y Gráficos

Tabla 1 Lugar de Procedencia

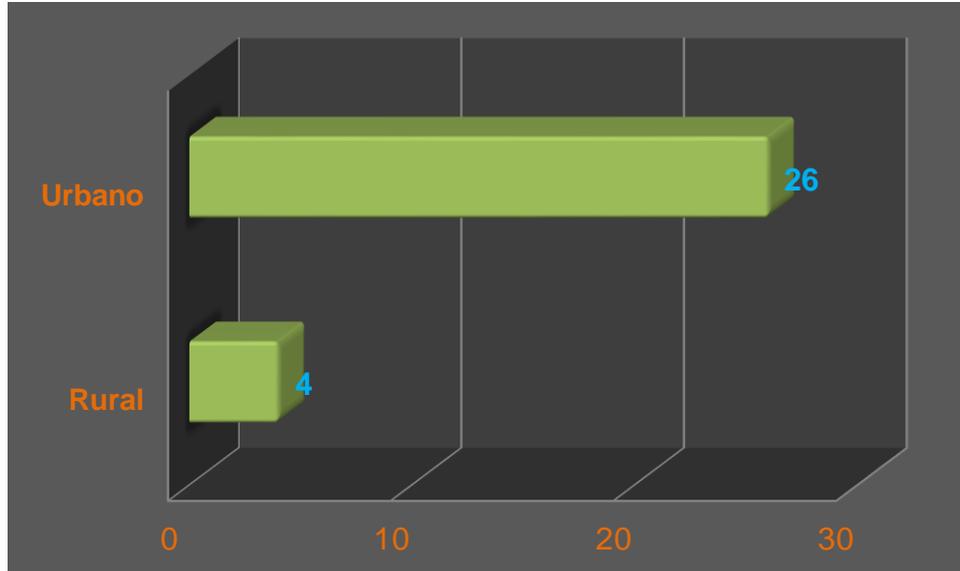
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Procedencia	Absoluto	Porcentaje
Rural	4	13,3
Urbano	26	86,7
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Gráfico 1 Lugar de Procedencia

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 2 Edad

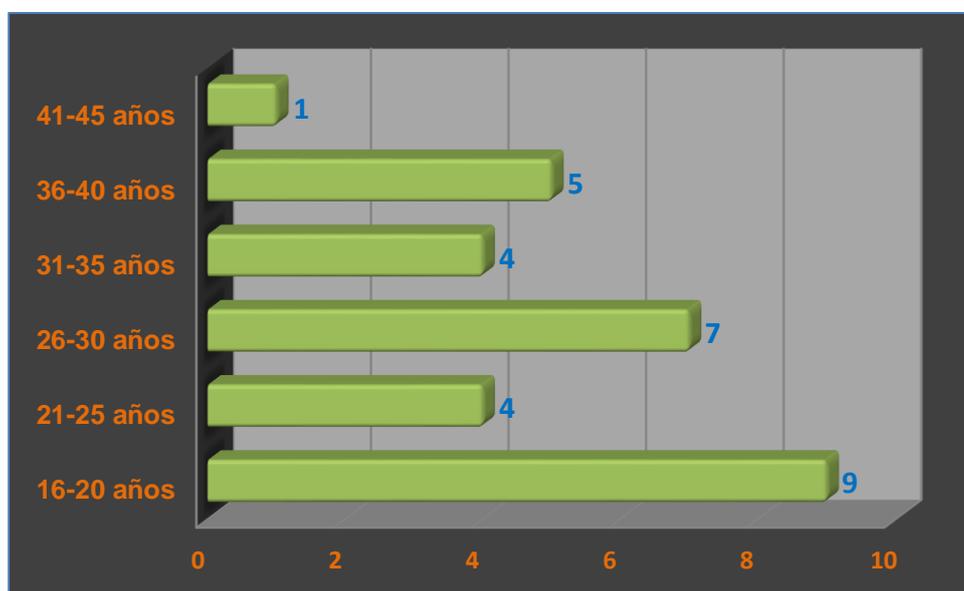
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Rango edad	Absoluto	Porcentaje
16-20 años	9	30,0
21-25 años	4	13,3
26-30 años	7	23,3
31-35 años	4	13,3
36-40 años	5	16,7
41-45 años	1	3,3
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 2 Edad

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.



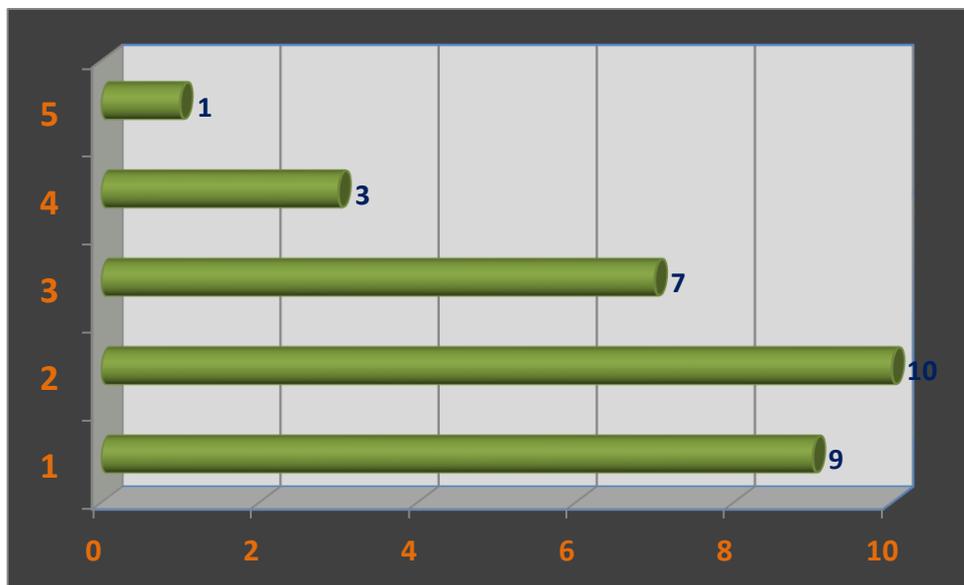
Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 3 Número de embarazos
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Embarazos	Absoluto	Porcentaje
1	9	30
2	10	33.5
3	7	23
4	3	10
5	1	3,5
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 3 Número de embarazos
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 4 Estado gestacional

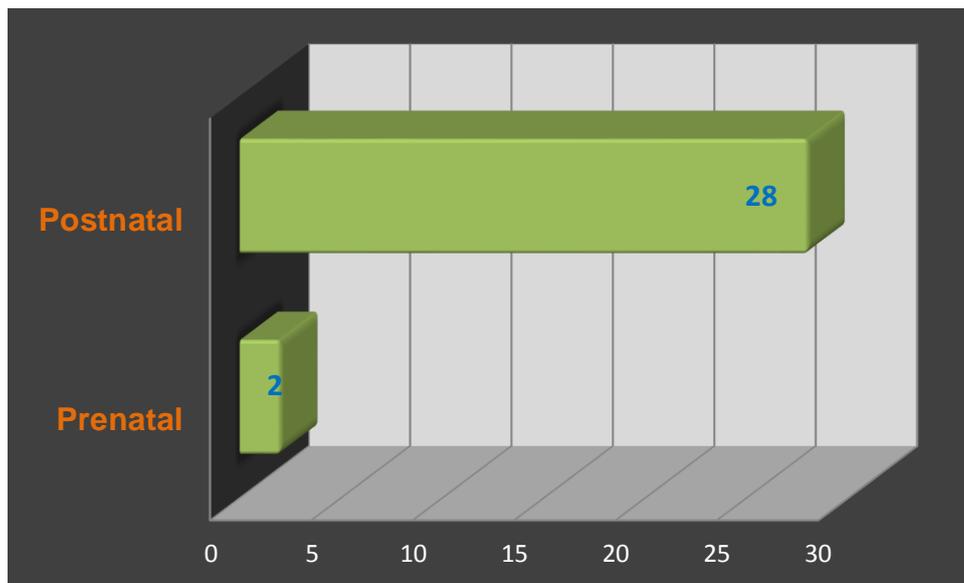
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Estado Gestacional	Absoluto	Porcentaje
Prenatal	2	7
Postnatal	28	93
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 4 Estado gestacional

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.



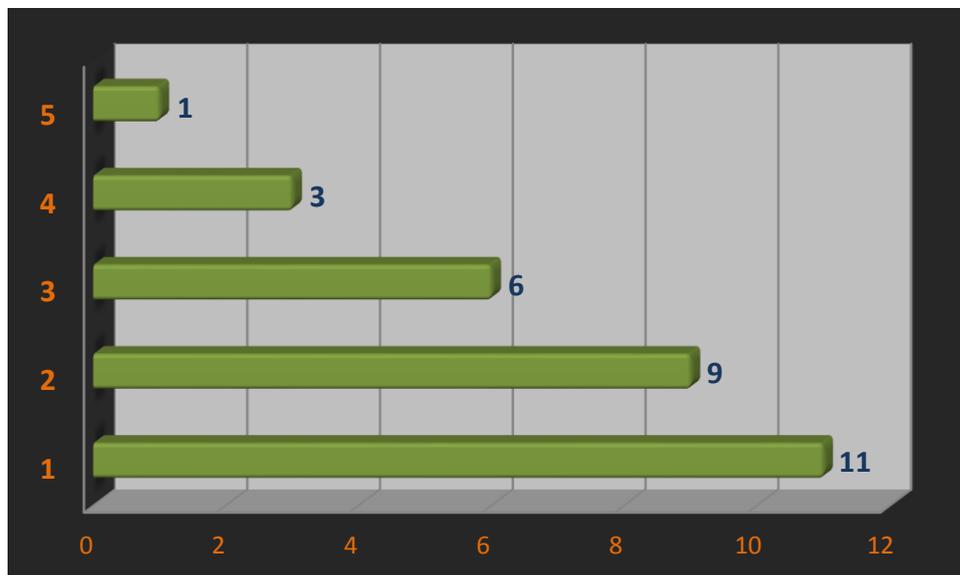
Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 5 Número de hijos
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

Hijos	Absoluto	Porcentaje
1	11	36,7
2	9	30,0
3	6	20,0
4	3	10,0
5	1	3,3
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 5 Número de hijos
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 6 Edad del último hijo

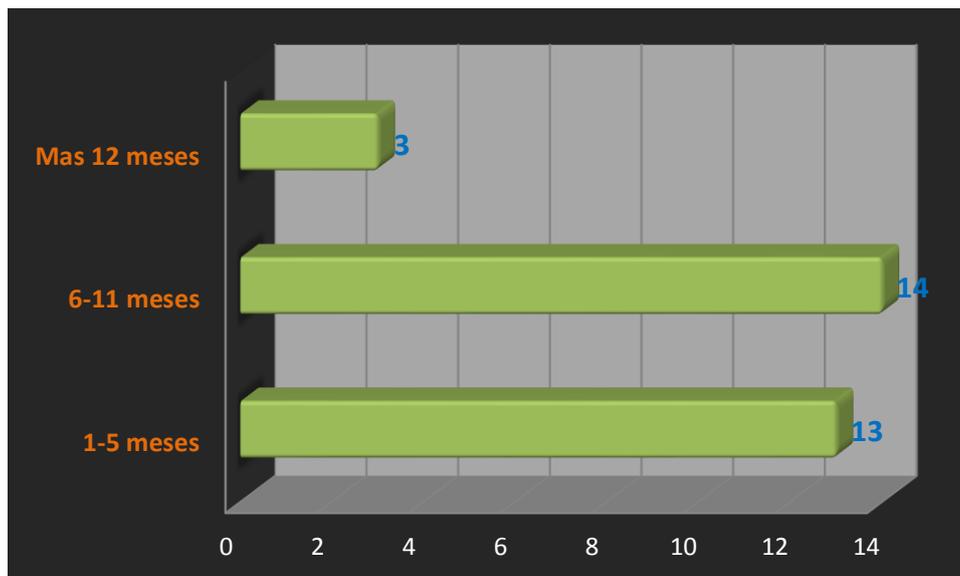
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Edad hijo	Absoluto	Porcentaje
1-5 meses	13	43,3
6-11 meses	14	46,7
Mas 12 meses	3	10,0
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafica 6 Edad del último hijo

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 7 Escolaridad

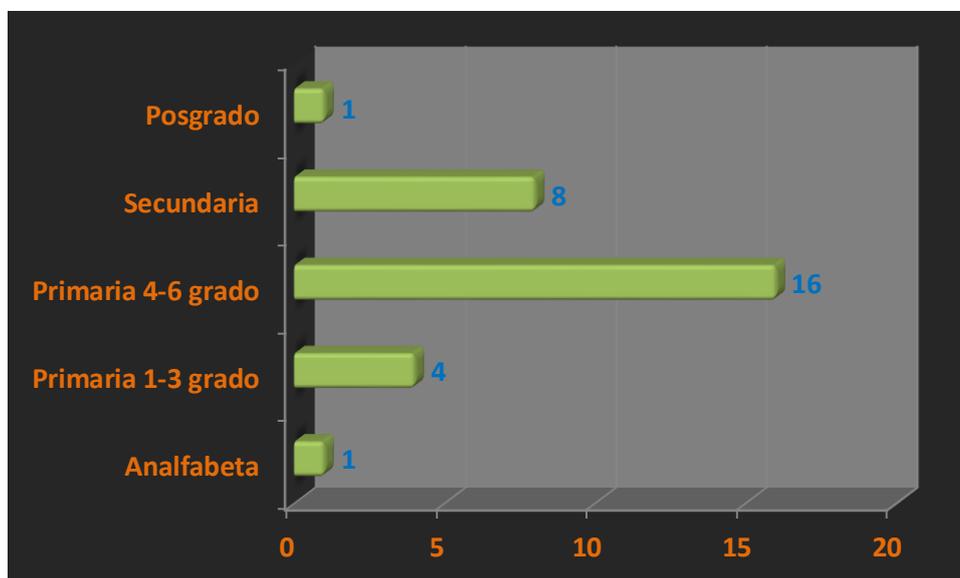
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Escolaridad	Absoluto	Porcentaje
Analfabeta	1	3,3
Primaria 1-3 grado	4	13,3
Primaria 4-6 grado	16	53,3
Secundaria	8	26,7
Posgrado	1	3,3
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 7 Escolaridad

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 8 Estado civil

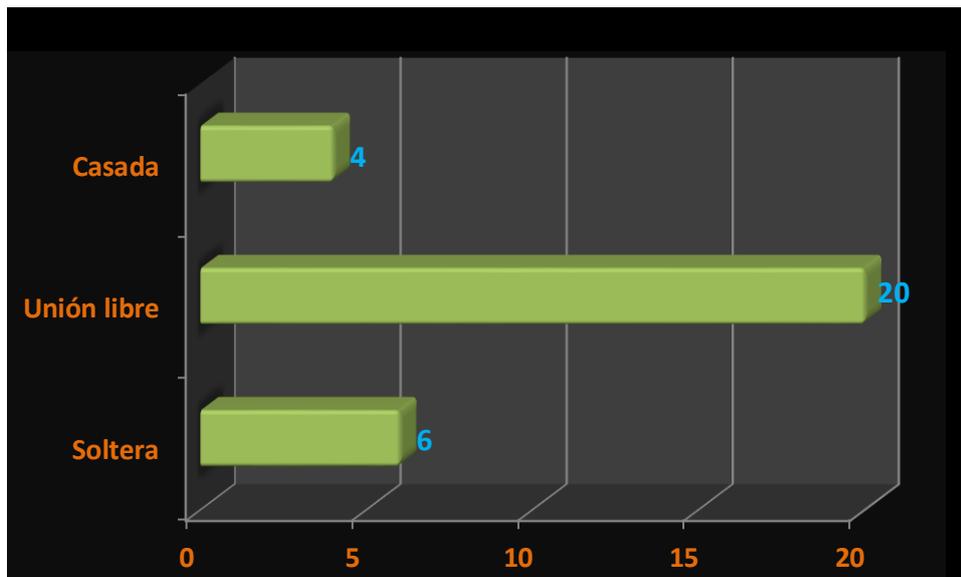
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Estado civil	Absoluto	Porcentaje
Soltera	6	20
Unión libre	20	67
Casada	4	13
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 8 Estado civil

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 9 Ocupación

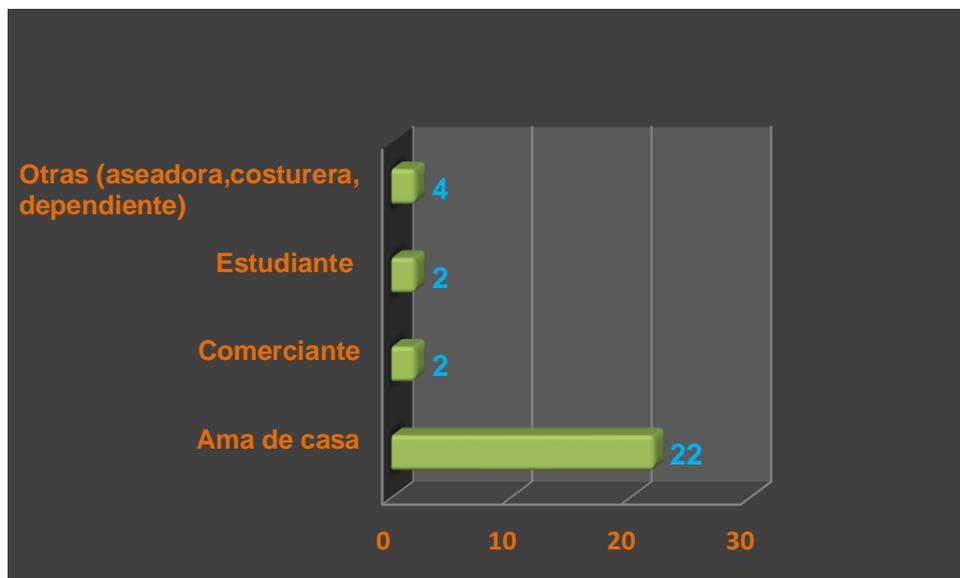
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Ocupación	Absoluto	Porcentaje
Ama de casa	22	73
Comerciante	2	7
Estudiante	2	7
Otras (aseadora, costurera, dependiente)	4	13
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 9 Ocupación

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 10 Empleo

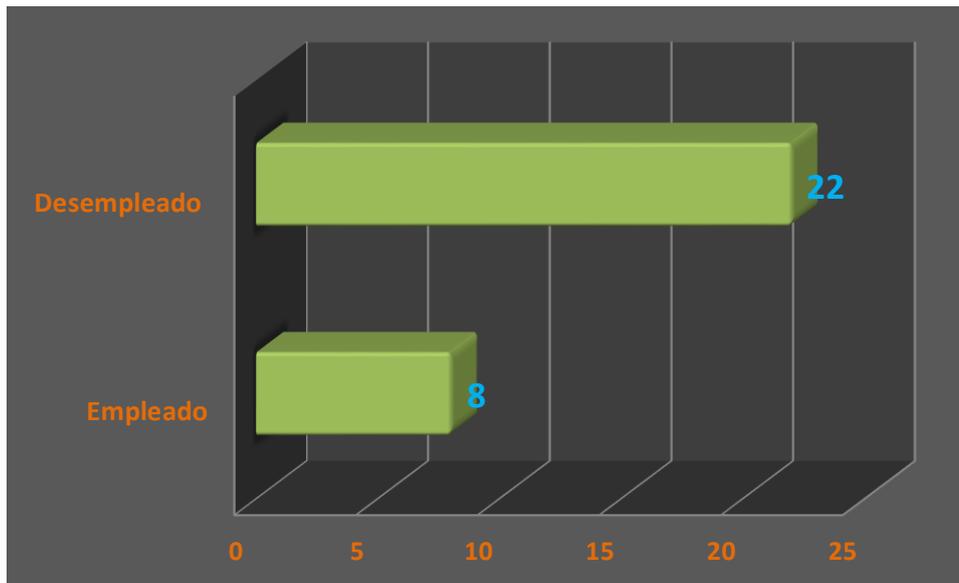
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Empleo	Absoluto	Porcentaje
Empleado	8	27
Desempleado	22	73
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 10 Empleo

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 11 Ingresos

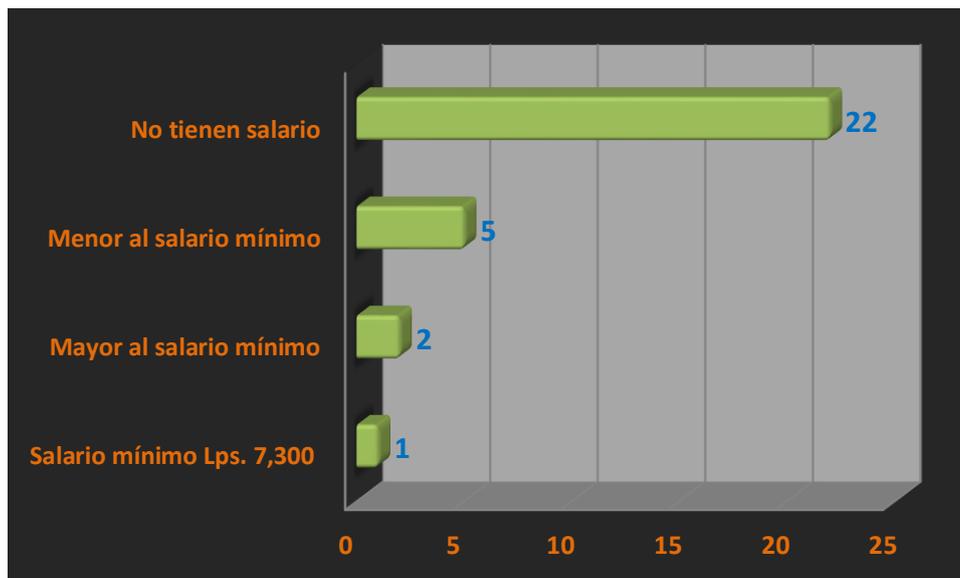
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Ingresos	Absoluto	Porcentaje
Salario mínimo Lps. 7,300	1	3
Mayor al salario mínimo	2	7
Menor al salario mínimo	5	17
No tienen salario	22	73
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 11 Ingresos

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 12 Religión

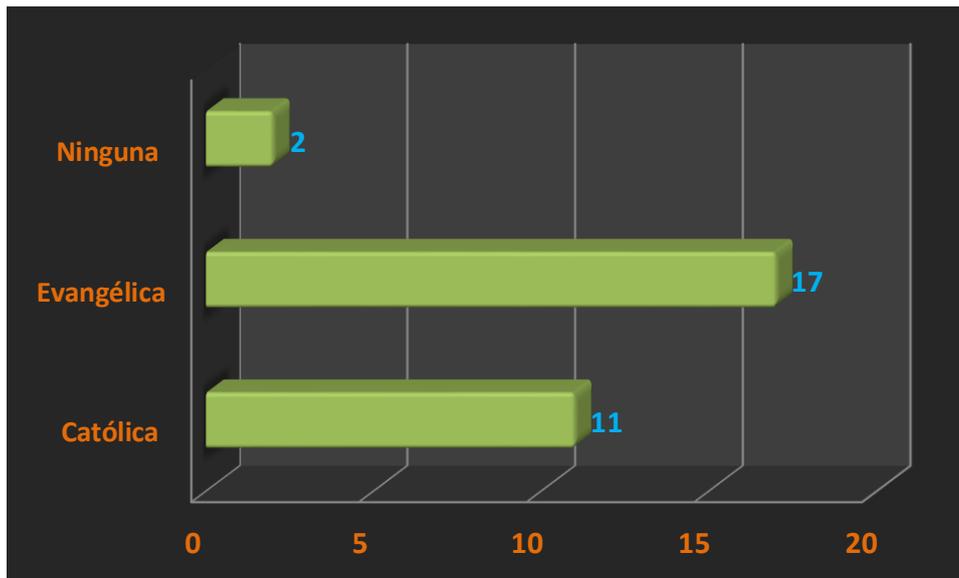
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Religión	Absoluto	Porcentaje
Católica	11	37
Evangélica	17	57
Ninguna	2	6
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 12 Religión

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 13 Estructura familiar

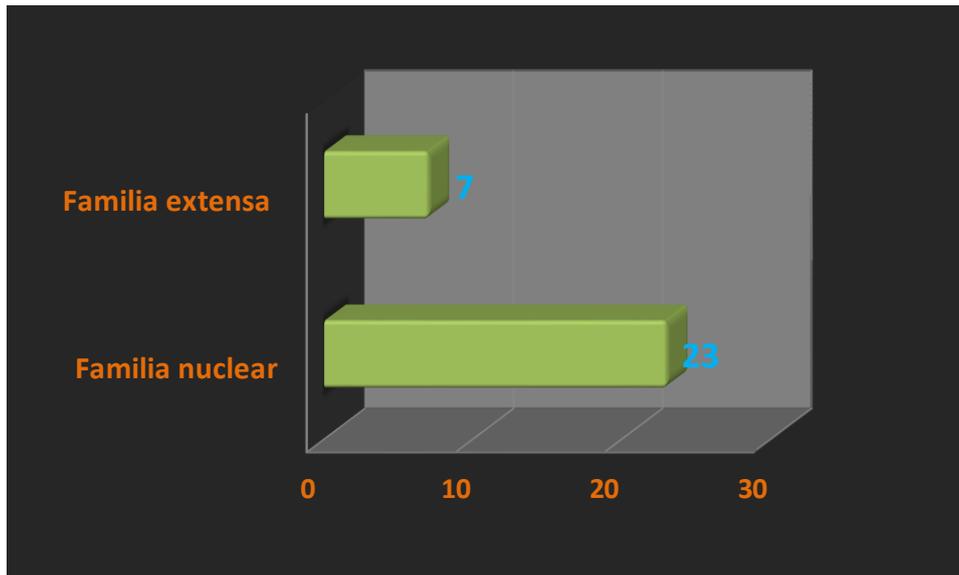
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Estructura familiar	Absoluto	Porcentaje
Familia nuclear	23	77
Familia extensa	7	23
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 13 Estructura familiar

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.



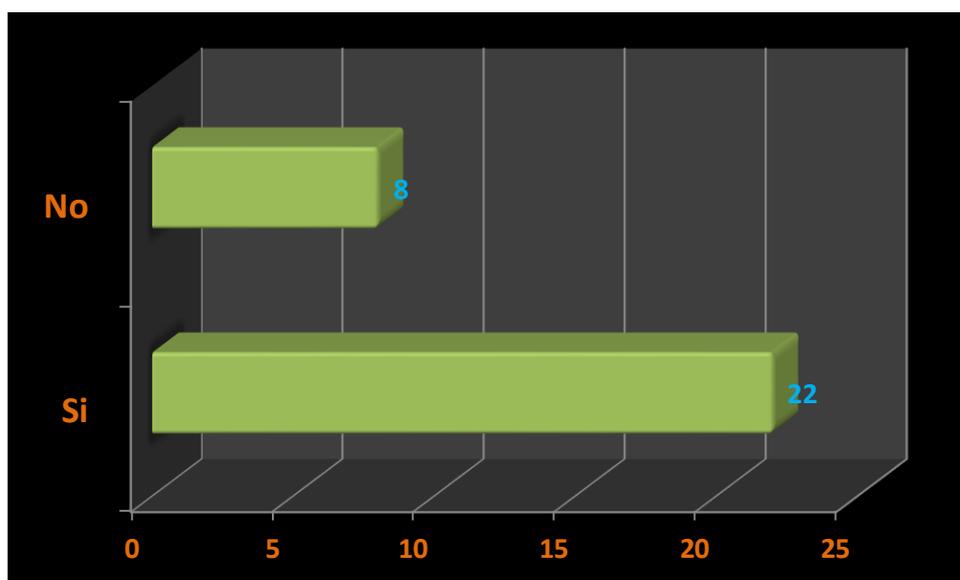
Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 14 Beneficios de amamantar (a)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Conoce los beneficios	Absoluto	Porcentaje
Si	22	73
No	8	27
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Gráfico 14 Beneficios de amamantar (a)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 15 Beneficios de amamantar (b)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Beneficios	Frecuencia
Evita enfermedades	17
Mejor crecimiento	15
Aporte de vitaminas	3
Inmuniza	2
Beneficios a la madre	2

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 15 Beneficios de amamantar (b)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



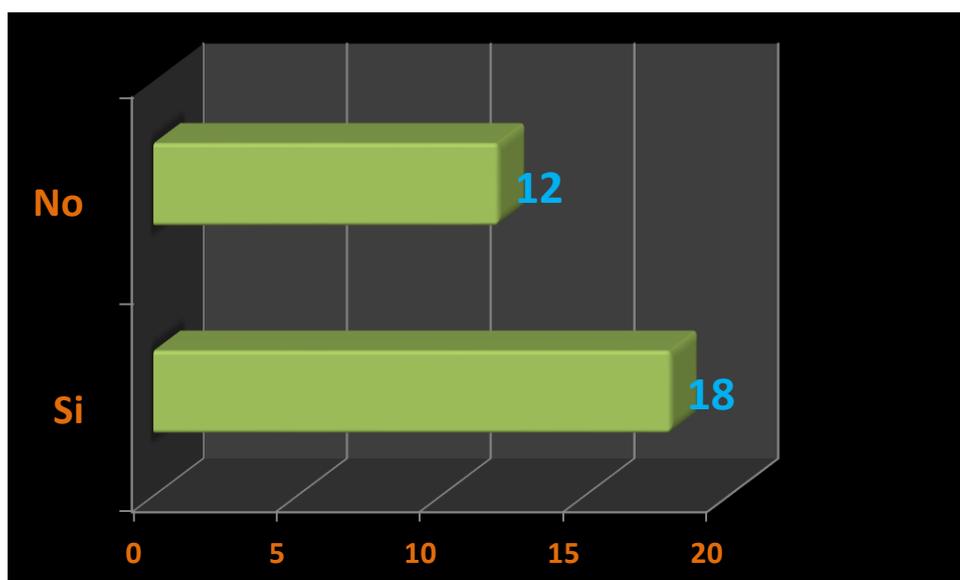
Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 16 Posiciones para amamantar (a)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Conoce los beneficios	Absoluto	Porcentaje
Si	18	60
No	12	40
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 16 Posiciones para amamantar (a)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 17 Posiciones para amamantar (b)

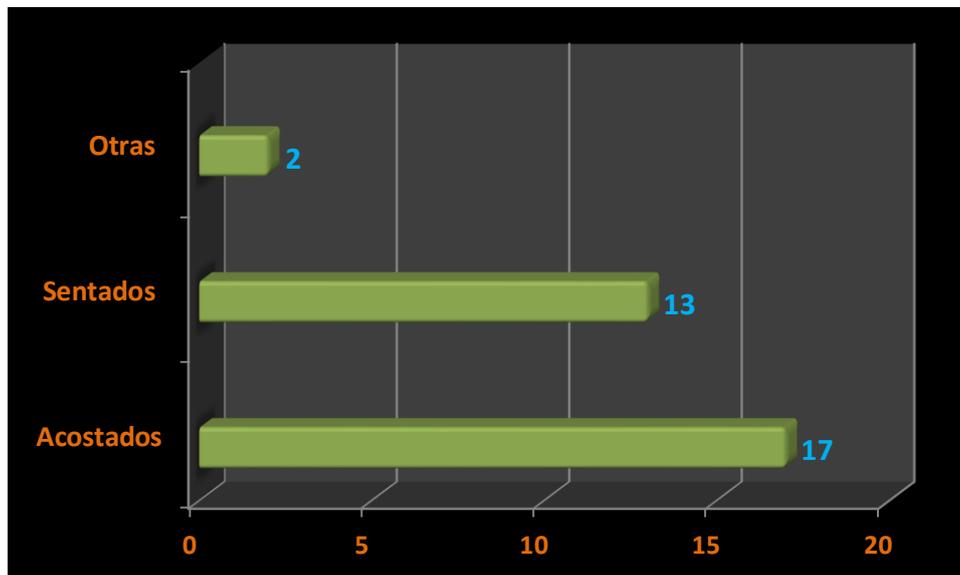
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Posiciones	Frecuencia
Acostados	17
Sentados	13
Otras	2

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 17 Posiciones para amamantar (b)

Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



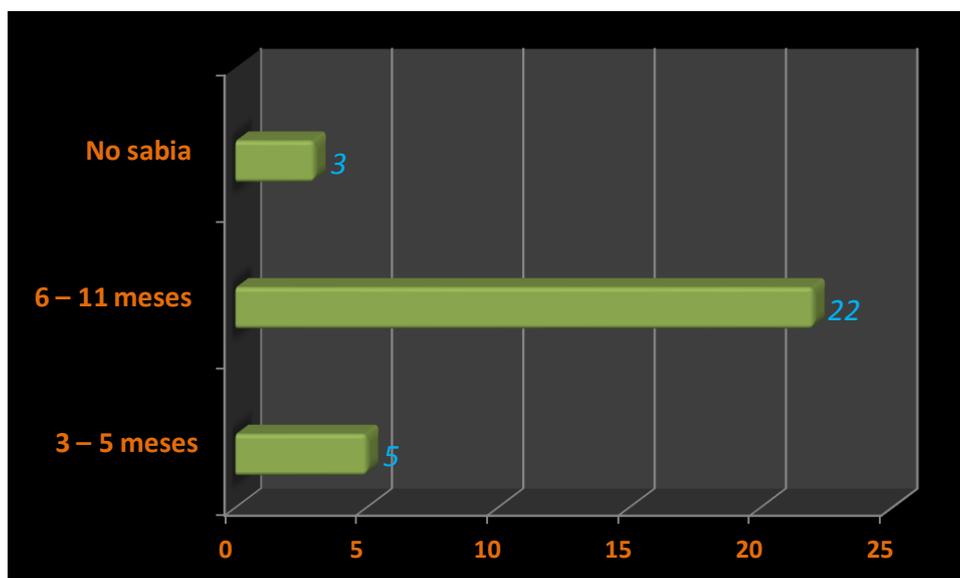
Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 18 Tiempo de lactancia materna exclusiva
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Tiempo	Absoluto	Porcentaje
3 – 5 meses	5	17
6 – 11 meses	22	73
No sabia	3	10
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 18 Tiempo de lactancia materna exclusiva
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



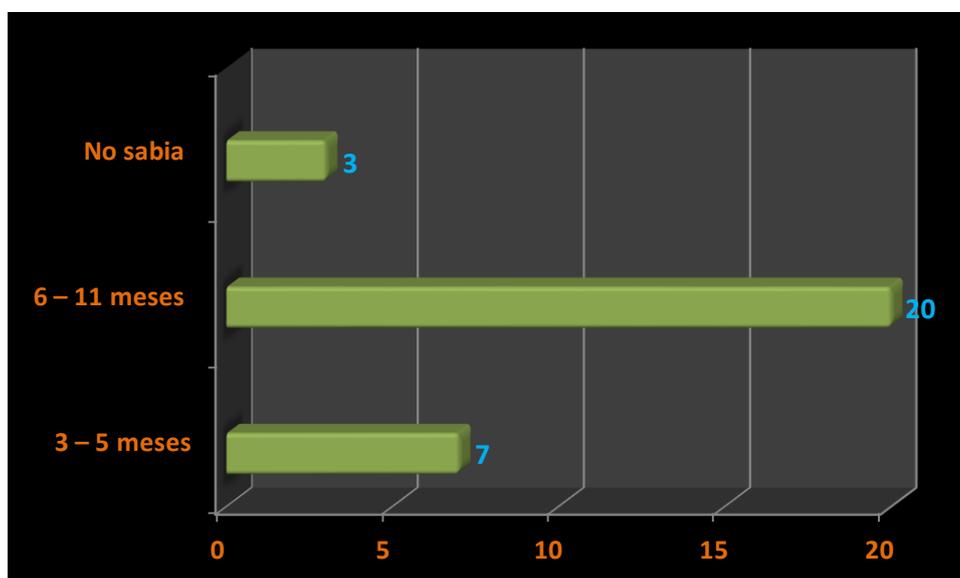
Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 19 Tiempo de lactancia materna complementaria
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Tiempo	Absoluto	Porcentaje
3 – 5 meses	7	23
6 – 11 meses	20	67
No sabia	3	10
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 19 Tiempo de lactancia materna complementaria
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 20 Formas para extracción de leche materna (a)

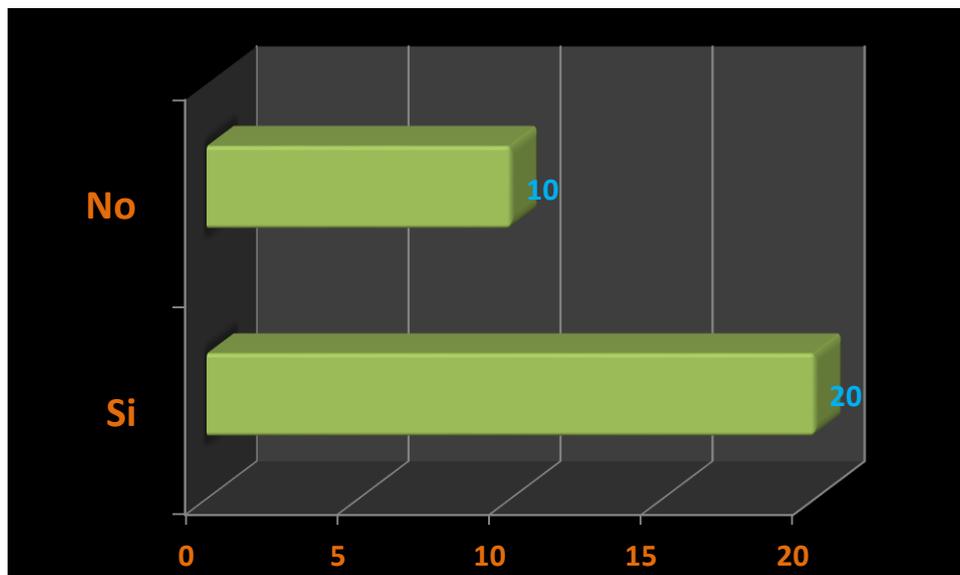
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Conoce las formas de extracción	Absoluto	Porcentaje
Si	20	67
No	10	33
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 20 Formas para extracción de leche materna (a)

Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



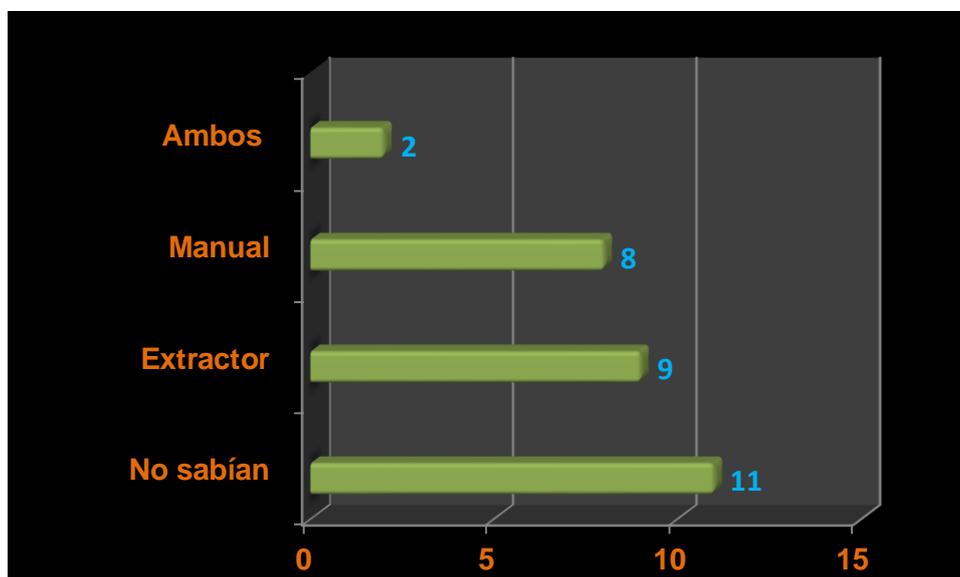
Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 21 Formas para extracción de leche materna (b)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Formas extracción	Absoluto	Porcentaje
No sabían	11	37
Extractor	9	30
Manual	8	26
Ambos	2	7
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 21 Formas para extracción de leche materna (b)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



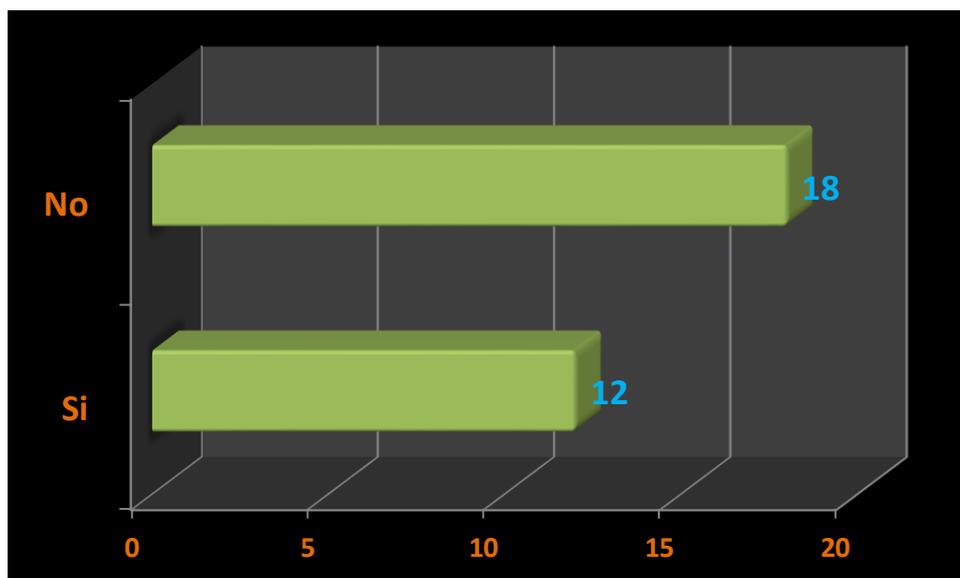
Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 22 Tiempo para almacenar la leche extraída (a)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Conoce los tiempos de almacenaje	Absoluto	Porcentaje
Si	12	40
No	18	60
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 22 Tiempo para almacenar la leche extraída (a)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



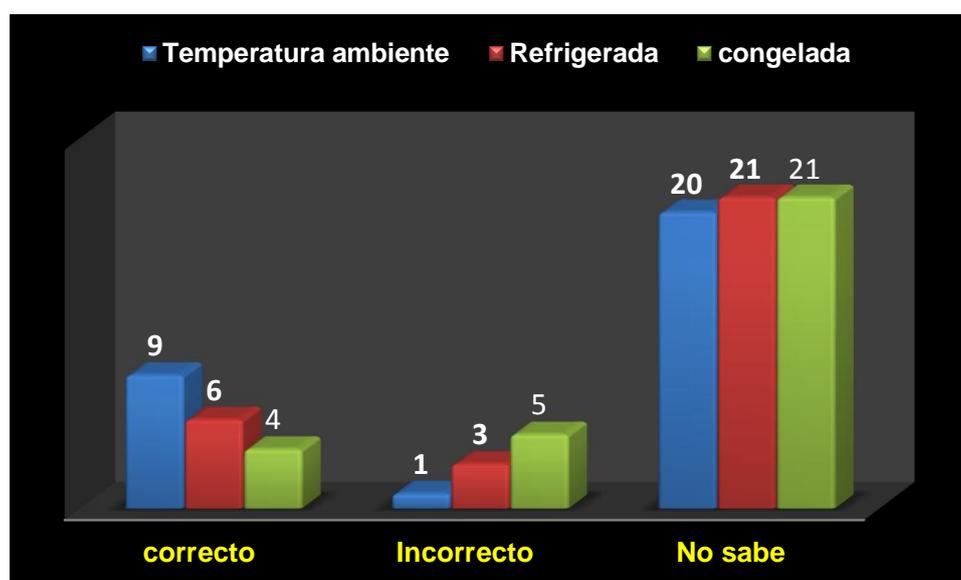
Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 23 Tiempo para almacenar la leche extraída (b)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

	Correcto	Incorrecto	No sabe
Temperatura ambiente	9	1	20
Refrigerada	6	3	21
Congelada	4	5	21

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 23 Tiempo para almacenar la leche extraída (b)
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 24 Problemas al amamantar (a)

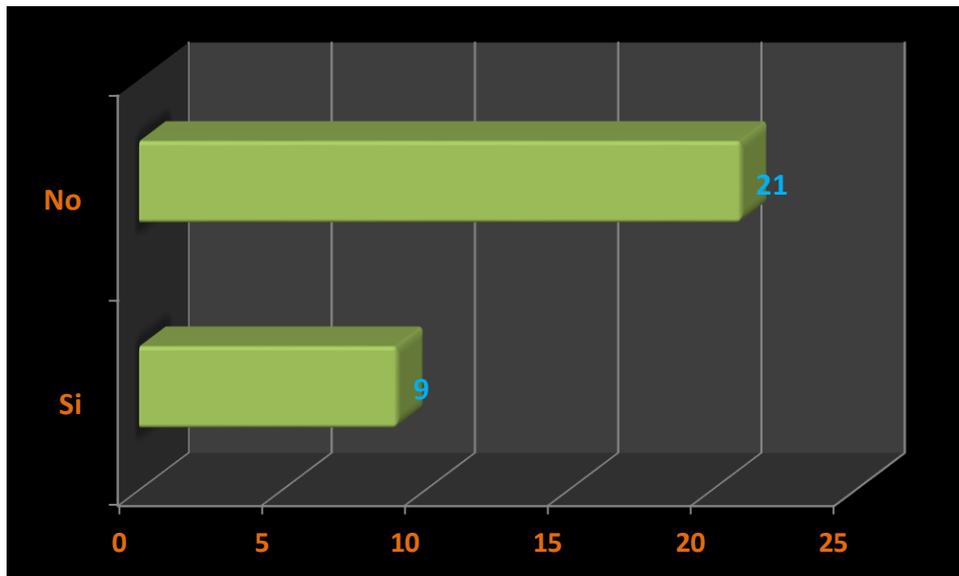
Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Problemas al amamantar	Absoluto	Porcentaje
Si	9	30
No	21	70
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Gráfico 24 Problemas al amamantar (a)

Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 25 Problemas al amamantar (b)

Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Problemas	Frecuencia
Mastitis	4
Cáncer de mama/ Quistes	3
Rompe y sangra los pezones	2
Infecciones por medio de la leche al bebe	2
Se ripean los pechos si se le da mientras come	1

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafica 25 Problemas al amamantar (b)

Conocimientos de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 26 Ultimo hijo amamantado

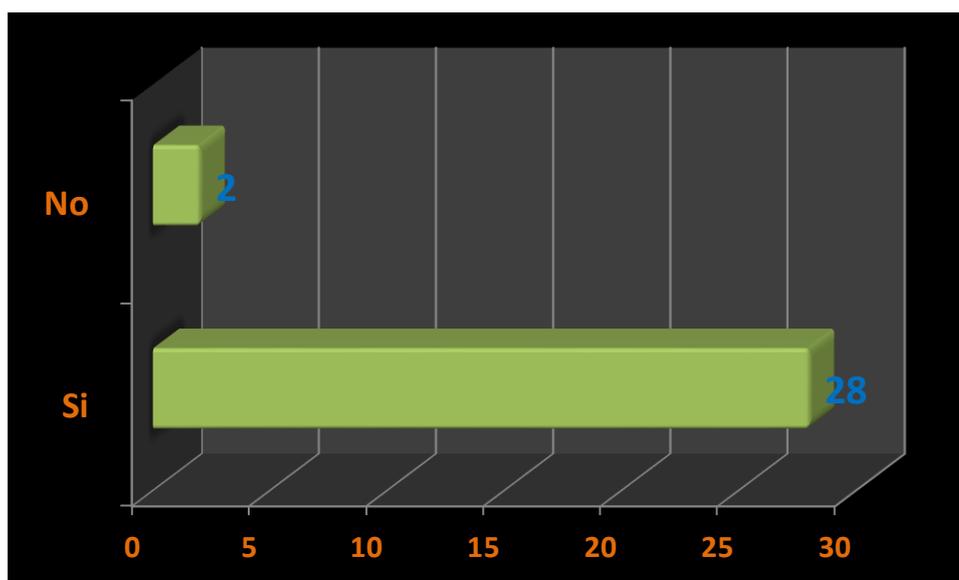
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.

Ultimo hijo amamantado	Absoluto	Porcentaje
Si	28	93
No	2	7
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 26 Ultimo hijo amamantado

Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas.



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 27 Actualmente Amamantando

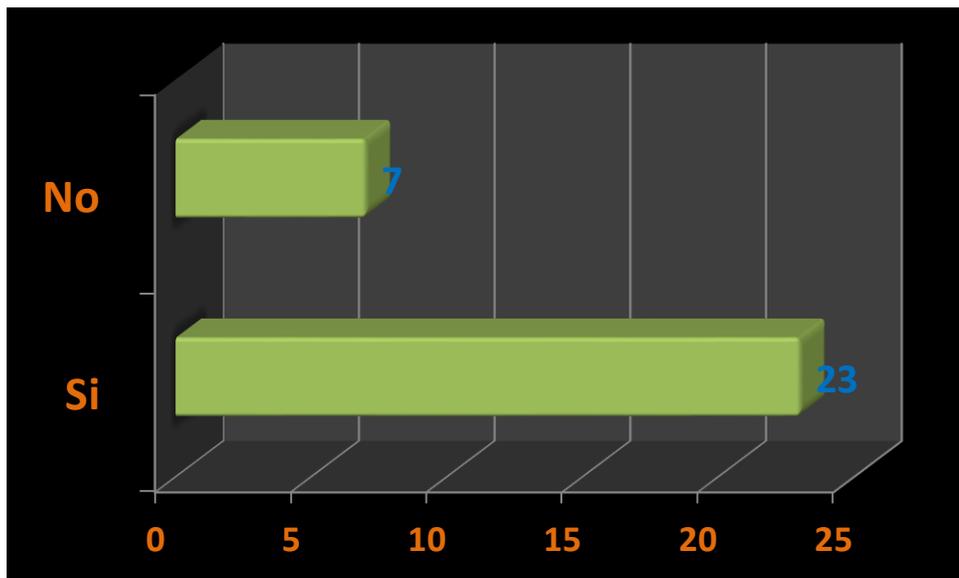
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas

Ultimo hijo amamantado	Absoluto	Porcentaje
Si	23	77
No	7	23
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 27 Actualmente Amamantando

Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 28 Postura utilizada

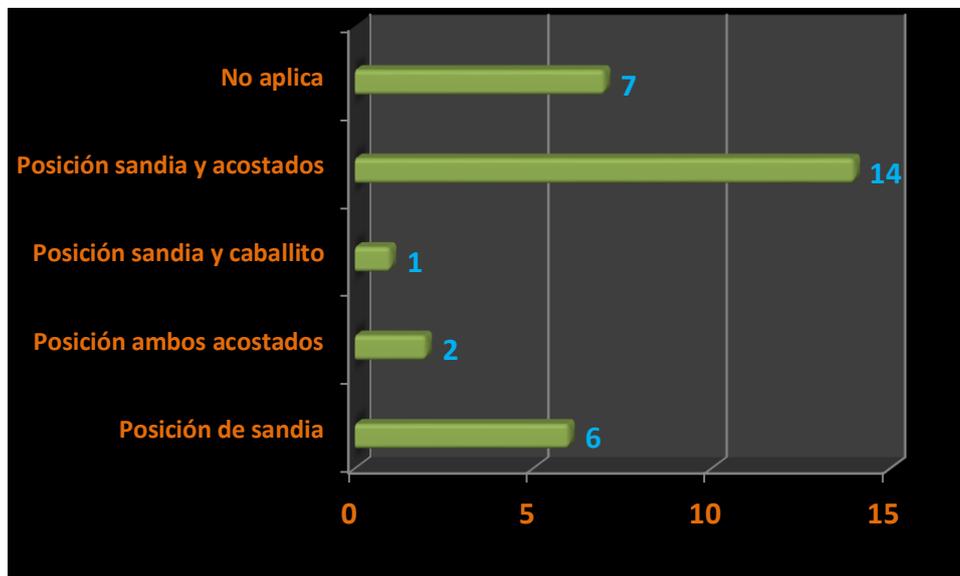
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas

Postura utilizada	Absoluto	Porcentaje
Posición de sandía	6	20
Posición ambos acostados	2	7
Posición sandía y caballito	1	3
Posición sandía y acostados	14	47
No aplica	7	23
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Gráfico 28 Postura utilizada

Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



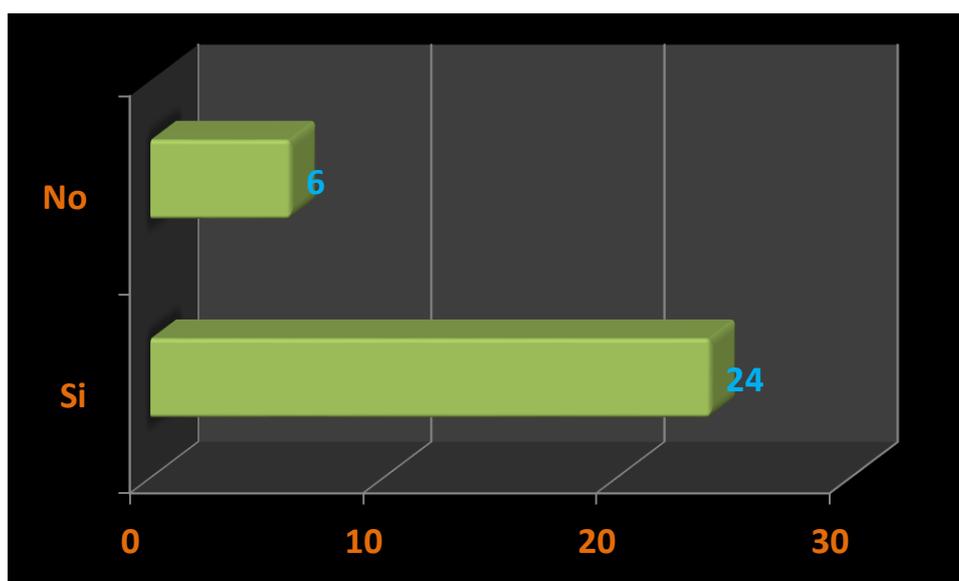
Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 29 Brinda otros alimentos
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas

Brinda otros alimentos	Absoluto	Porcentaje
Si	24	80
No	6	20
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafica 29 Brinda otros alimentos
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 30 Alimentos brindados

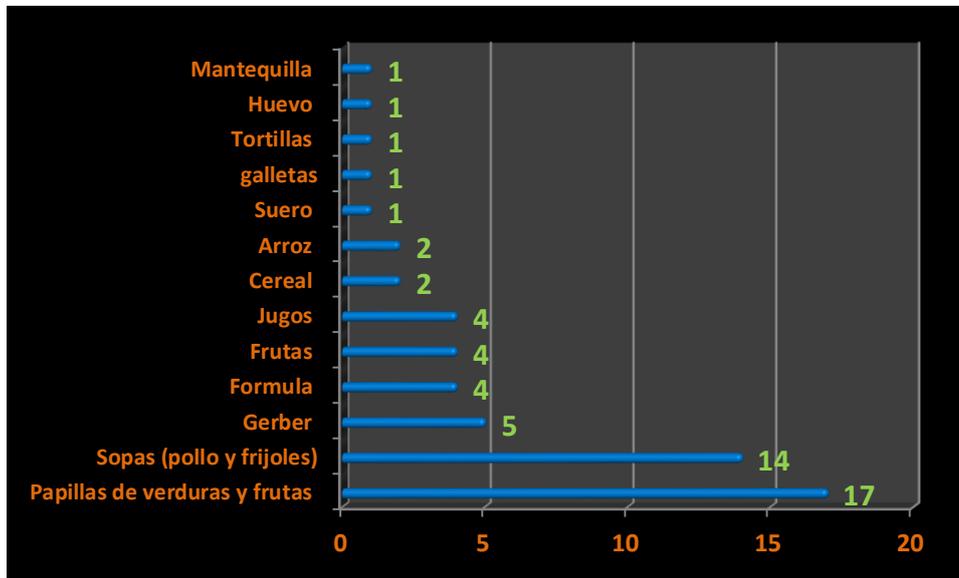
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas

Alimentos brindados	Frecuencia
Papillas de verduras y frutas	17
Sopas (pollo y frijoles)	14
Gerber	5
Formula	4
Frutas	4
Jugos	4
Cereal	2
Arroz	2
Suero	1
galletas	1
Tortillas	1
Huevo	1
Mantequilla	1

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 30 Alimentos brindados

Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 31 Tiempo de lactancia complementaria

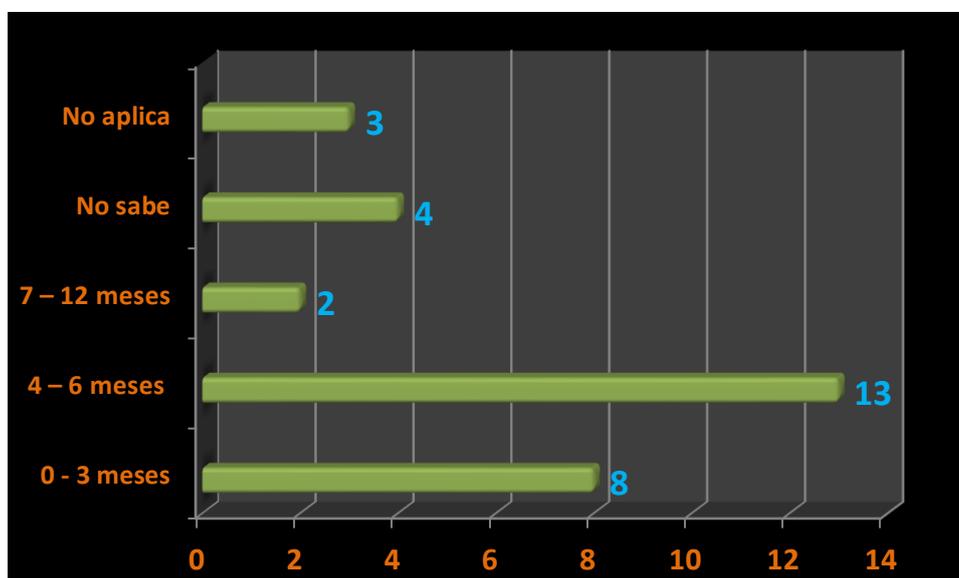
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas

Tiempo de lactancia complementaria	Absoluto	Porcentaje
0 - 3 meses	8	27
4 – 6 meses	13	43
7 – 12 meses	2	7
No sabe	4	13
No aplica	3	10
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Gráfico 31 Tiempo de lactancia complementaria

Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 32 Extracción de la leche (a)

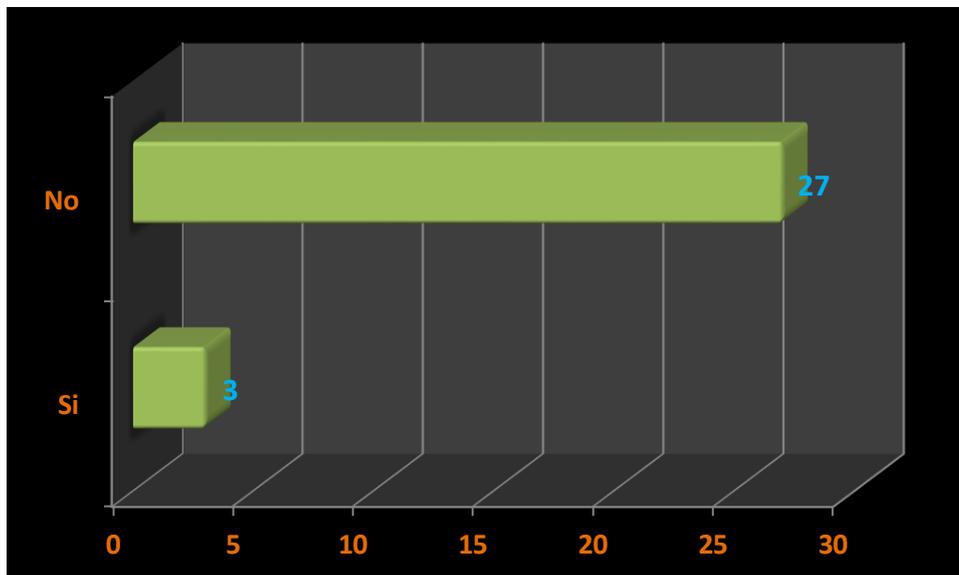
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas

Extracción de la leche	Absoluto	Porcentaje
Si	3	10
No	27	90
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 32 Extracción de la leche (a)

Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 33 Extracción de la leche (b)

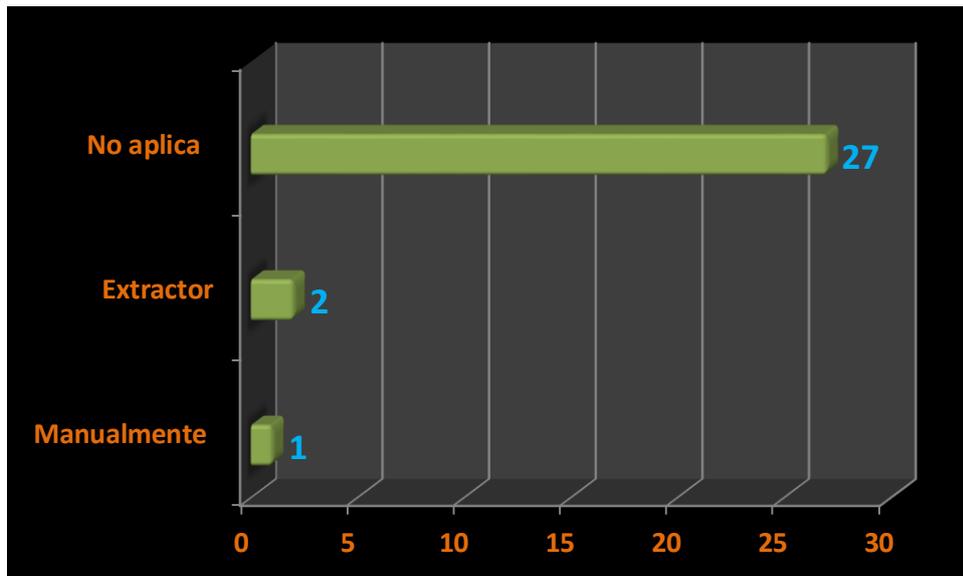
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas

Extracción de la leche	Absoluto	Porcentaje
Manualmente	1	3
Extractor	2	7
No aplica	27	90
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafica 33 Extracción de la leche (b)

Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 34 Recipiente para almacenar

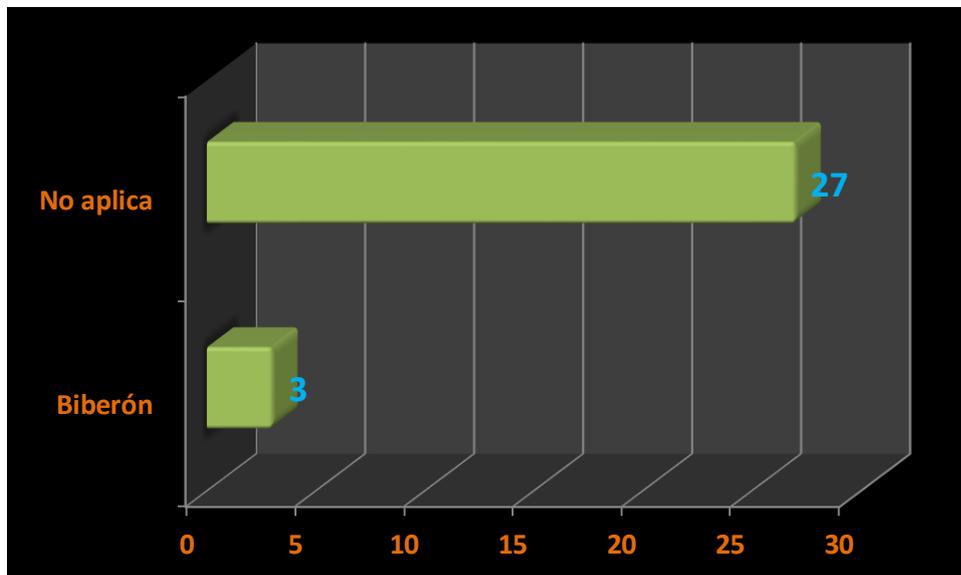
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas

Recipiente para almacenar	Absoluto	Porcentaje
Biberón	3	10
No aplica	27	90
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 34 Recipiente para almacenar

Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 35 Lugar donde almacena el recipiente

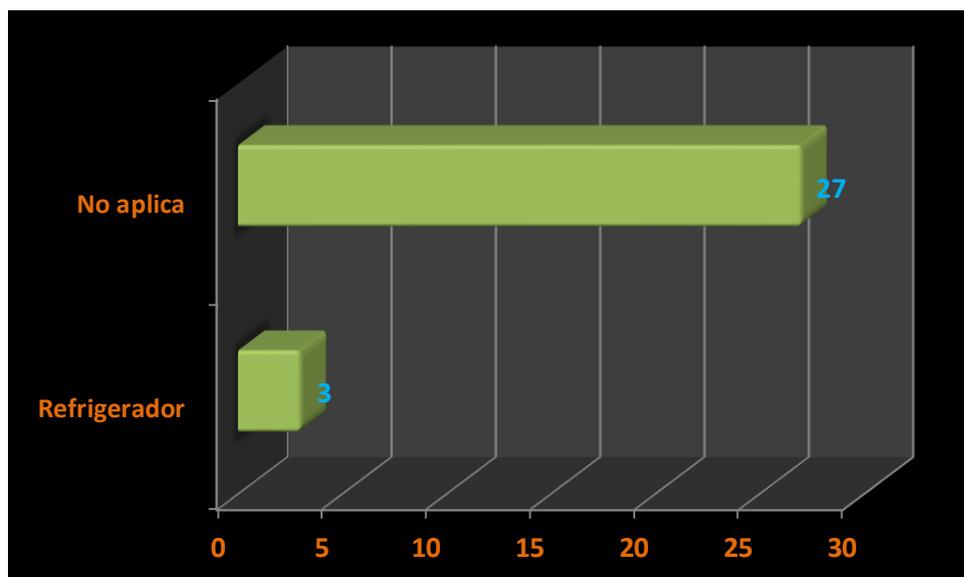
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas

Lugar donde almacena el recipiente	Absoluto	Porcentaje
Refrigerador	3	10
No aplica	27	90
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 35 Lugar donde almacena el recipiente

Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 36 Tiempo que almacena el recipiente con leche

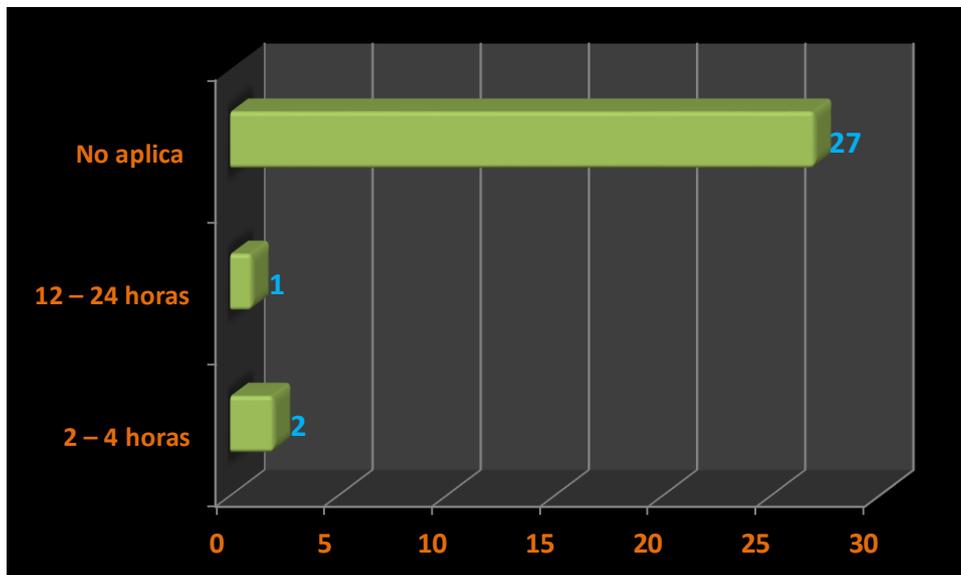
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas

Tiempo que almacena el recipiente	Absoluto	Porcentaje
2 – 4 horas	2	7
12 – 24 horas	1	3
No aplica	27	90
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Gráfico 36 Tiempo que almacena el recipiente con leche

Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Tabla 37 Limpieza de los recipientes

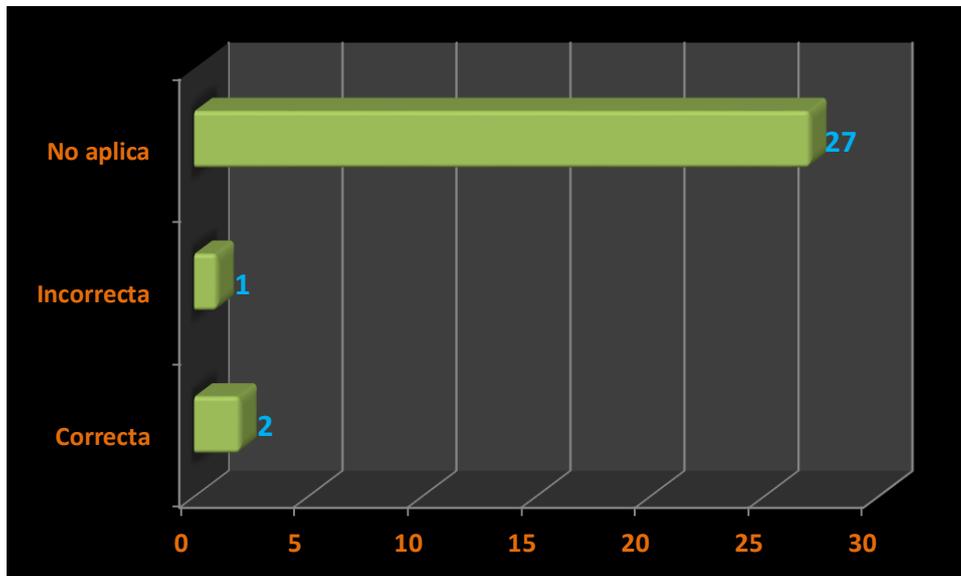
Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas

Limpieza de los recipientes	Absoluto	Porcentaje
Correcta	2	7
Incorrecta	1	3
No aplica	27	90
Total	30	100

Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014

Grafico 37 Limpieza de los recipientes

Prácticas de lactancia materna de las mujeres entrevistadas



Fuente: entrevista realizada a mujeres que asisten a control prenatal y post natal en la comunidad de Armenta. Diciembre 2014