



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO Y
CIRUJANO GENERAL**

**FACTORES RELACIONADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA
EN MADRES HABITANTES DEL BARRIO JOSÉ BENITO ESCOBAR - MANAGUA,
AGOSTO – OCTUBRE, 2021**

AUTORES:

CAMILA RENATA RIVAS MARENCO

MARÍA ALEJANDRA RAMÍREZ NÚÑEZ

YELBA LETICIA LÓPEZ MIRANDA

TUTORA:

DRA. FLAVIA VANESSA PALACIOS RODRIGUEZ

MSC SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

MANAGUA, NOVIEMBRE 2021

CONTENIDO

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
OPINIÓN DE LA TUTORA	5
RESUMEN	6
CAPÍTULO I. GENERALIDADES	7
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	2
1.3. Justificación	9
1.4. Planteamiento del Problema.....	10
1.5. Objetivos	12
1.6. Marco Teórico.....	13
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	45
2.1. Tipo De Estudio	46
2.2. Universo.....	47
2.3. Características de la unidad de observación.....	47
2.4. Muestra	47
2.5. Técnica y procedimiento	48
2.6. Plan de tabulación	49
2.7. Plan de análisis.....	49
2.8. Enunciado de las variables por objetivos	50
2.9. Operacionalización de las variables	51
CAPÍTULO III: DESARROLLO	55
3.1. Resultados	56
3.2. Discusión.....	63
3.3. Conclusiones	69
3.4. Recomendaciones	70
CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA	72
CAPÍTULO V: ANEXOS.....	76
ANEXOS 1: TABLAS Y GRÁFICOS	77
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	100
ANEXO 3: ENCUESTA.....	101

DEDICATORIA

A Dios padre y la virgen María por su eterno amor e infinitas bendiciones. A mis padres Luis y Migdalia por su incondicionalidad; por cada sacrificio hecho con amor día a día para cumplir esta meta. Ustedes son mi más grande inspiración. A Mis hermanos Christopher e Isaura por su compañía y por cada sonrisa que lograban sacarme para animarme a seguir adelante. A mi hijo Renatto Josué y su papá, que sacan la mejor versión de mí y me instan a ser mejor cada día.

Camila Renata Rivas Marengo

Primeramente, a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, por ser el manantial de vida y darme lo necesario para seguir adelante día a día y así lograr mis sueños. A mi mamá Maribel (mi Ángel del cielo) quien en vida fue mi mayor razón de ser, y ahora su recuerdo es mi mejor aliciente para enfrentar cualquier obstáculo que la vida me presente. A mi papá Manuel (mi súper héroe) quien me enseñó que para alcanzar mis sueños hace falta extender las alas y volar, que las barreras no se superan imaginando que no existen, sino afrontando los miedos y dando todo de sí para ser el propio artífice de mi felicidad.

María Alejandra Ramírez Núñez

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, A mi madre, por ser el pilar más importante de mi vida y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, a mis Hermanos el mayor y el menor que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que les puedo enseñar. Ojalá algún día yo me convierta en su fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino, a mi esposo que con su apoyo alcanzo de mejor manera mis metas, a través de sus consejos, de su amor, y paciencia me ayudo a concluir esta meta.

Yelba Leticia López Miranda

AGRADECIMIENTO

Nuestro más profundo agradecimiento a Dios por habernos brindado sabiduría, perseverancia, fortaleza y fe en cada momento de este largo camino.

Gracias a nuestras familias que han sido motores y pilares fundamentales en esta aventura regalándonos amor y haciendo sacrificios por lograr alcanzar nuestras metas.

De igual manera estamos infinitamente agradecidos con nuestra tutora Dra. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez por estar siempre dispuesta a esclarecer todas nuestras dudas y por su apoyo constante e incondicional en este trabajo investigativo.

Finalmente, gracias a aquellas personas que han brindado una mano amiga para la realización de este estudio.

OPINIÓN DE LA TUTORA

Presento el trabajo monográfico: Factores relacionados al abandono de la lactancia materna en madres habitantes del barrio José Benito Escobar - Managua, agosto – octubre, 2021. Las autoras Camila Renata Rivas Marengo, María Alejandra Ramírez Núñez y Yelba Leticia López Miranda, egresadas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Con resultados interesantes muestran los factores intrínsecos de las madres que abandonaron la LM como: buen conocimiento sobre definición y las ventajas de la LM, el 36% tenían problemas de producción de leche materna, y los problemas más frecuentes en el amamantamiento son los senos dolorosos y las grietas del pezón. Con respecto a los factores extrínsecos están la falta de consejería en la atención prenatal, el inicio de la LM después de la primera hora de vida y las creencias erróneas sobre la lactancia materna.

Por ello es necesario divulgar estos resultados al centro de salud Roger Osorio a fin que diseñe estrategias con acciones para mejorar la calidad de vida de los niños y niñas de su área de influencia.

Por último, felicito a las autoras por su responsabilidad, disciplina y ética mostrada durante el proceso de investigación e insto a continuar desarrollando sus habilidades del método científico de investigación.

Dra. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez
Tutora

RESUMEN

Este estudio tiene como objeto determinar los factores relacionados al abandono de la lactancia materna en madres con niños menores de un año del barrio José Benito Escobar de Managua, agosto – octubre, 2021. Se diseñó un estudio descriptivo y según la secuencia en el tiempo transversal, con una muestra de 50 madres calculada mediante el programa Open EPI versión 3 en línea con el 90% de IC, seleccionando a través del muestreo probabilístico aleatorio simple, se elaboró una encuesta a través de un formulario de google, este fue auto administrado, los resultados fueron exportados al programa estadístico SPSS versión 25, para obtener tablas y gráficos de frecuencia y porcentajes; se realizaron cruces de variables para un mejor análisis de la información.

En los resultados el 76% de las madres se encontraron en la edad entre 20 a 29 años, el 62% fueron universitarias, casadas 34% y en unión libre 30%, el 66% de ellas trabajan, son asalariadas en el 48%, el 62% son madres primerizas y el 50% tenían un bebé. En los factores intrínsecos todas conocen la definición de LME. Las madres identifican las ventajas y el 40% sabe la existencia de las leyes que favorece la LM. El 64% refiere una producción suficiente de leche y pocos problemas de salud maternos y dentro de los problemas en la LM fueron los senos dolorosos y grietas del pezón, dentro de los problemas en el post parto se encontraron en mínimo porcentaje el parto difícil y pre eclampsia.

Los factores extrínsecos están el inicio de la LM después de la primera hora, la falta de consejería, las creencias erróneas de LM y los factores del niño prevalece que el pecho materno no satisface ni sustenta al niño; además del ingreso del niño en el hospital después del parto.

PALABRAS CLAVES: LACTANCIA MATERNA, ABANDONO, FACTORES RELACIONADOS

CAPÍTULO I. GENERALIDADES

1.1. Introducción.

La lactancia materna es el ideal aporte para los niños pequeños de los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, después la introducción de alimentos apropiados para la edad y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. (OMS, 2016)

Es importante el rol de la leche materna en la protección del lactante ante enfermedades como la diarrea previniendo el 53% de hospitalizaciones por esta patología y un 27% de infecciones respiratorias agudas, causante de desnutrición y la muerte. Así mismo la leche materna promueve el desarrollo sensorial, motor y cognitivo del bebé que son elementos claves para el adecuado crecimiento del niño. (ENDESA, 2011-2012)

La lactancia materna trae beneficios para el lactante, la madre, la familia y la sociedad. Hay reducciones significativas en la hemorragia post parto en un 33 %, el carcinoma de mama en un 26% y el cáncer de ovario hasta en un 37%. Además de estar asociado con un 32% menos de riesgo de contraer diabetes mellitus tipo 2. (OMS, 2014). A nivel familiar fomenta un lazo madre-hijo, además la leche materna contribuye a la integración y la economía porque no genera ningún costo. A nivel social reduce la morbilidad neonatal hasta en un 25%, según la OMS los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados.

Por los muchos beneficios que ofrece y las graves consecuencias que provoca su ausencia, la lactancia materna debe considerarse una meta general de desarrollo social, por ello se propone determinar los factores relacionados al abandono de la lactancia materna en madres habitantes en el barrio José Benito Escobar en Managua en el periodo de agosto – octubre del año 2021.

1.2. Antecedentes

1.2.1. A nivel internacional

Martínez. I.R, (2018), realizó la investigación: *Conocimientos, actitudes y prácticas de la Lactancia Materna en las mujeres que ingresan a la sala de puerperio normal del bloque Materno Infantil, Hospital Escuela Universitario Tegucigalpa, Honduras de Agosto-diciembre 2017* del Centro de Investigaciones y estudios de la salud Honduras. La investigación llegó a las siguientes conclusiones:

1. Las características sociodemográficas las mujeres que ingresan a la sala de puerperio normal se encuentran entre los 19 y 25 años de edad, tienen hijos menores de 1 año, predominando escolaridad primaria y proveniente del área rural.
2. Respecto a los conocimientos sobre la lactancia materna, se encontró que la mayoría de las mujeres que ingresan a puerperio normal conocen los beneficios de la lactancia materna y las posiciones para amamantar. En relación al conocimiento al tiempo de lactancia exclusiva y complementaria y en cuanto al almacenamiento conocen muy poco o desconocen de la información.
3. En general, se informa sobre lactancia materna y tienen una actitud favorable para realizar actividades de cómo usar las técnicas para extraer la leche materna y las técnicas para amamantar.
4. La mayoría de las encuestadas, dijeron tener buenas prácticas en cuanto a las técnicas de posición, técnicas para amamantar, pero al conocer la frecuencia en que la práctica solamente una minoría lo hace. Entre las actividades que realizan para mejorar las técnicas la mayoría de las encuestadas lo hacen correctamente. (Martínez, 2018)

Cañas. Y.L, (2018), realizó la investigación: *Factores asociados al abandono precoz de la Lactancia Materna Exclusiva en lactantes hospitalizados de 0 a 6 meses de la ciudad de Carabobo de Valencia 2018*. La investigación llegó a las siguientes principales conclusiones:

1. Demostró que el abandono de lactancia materna exclusiva se produce a edad temprana, siendo más común durante el primer mes de vida.
2. Destacan como principales causas la producción insuficiente de leche, la frecuencia con la que el lactante requería las tomas y la dificultad para el agarre del pecho.
3. La poca educación prenatal y postnatal que recibieron las madres y la falta de promoción de apego precoz juegan un papel importante en el abandono de la lactancia materna exclusiva, los cuales a pesar de formar parte de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa establecidos por la UNICEF al parecer tienen poco impacto en los centros de la salud de la región. (Cañas, 2018)

Becerra. L.T, (2018), realizó la investigación: *Factores socioculturales asociados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en madres primerizas en el centro de salud Sangarara, comas 2018 de la Universidad Cesar Vallejo Lima-Perú*. La investigación llegó a las siguientes conclusiones:

1. La edad de la madre no influye significativamente como factor de riesgo, de los indicadores estado civil, procedencia y nivel educativo, si influyen determinando la probabilidad de abandono.
2. Los factores socioeconómicos y los factores biológicos no influyen significativamente en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

3. Los factores culturales, el indicador conocimientos si influyen significativamente en el abandono de la lactancia materna exclusiva.
4. Los factores culturales, el indicador creencias si influyen en el abandono de la lactancia materna. (Becerra, 2018)

Chisquipama. S, (2018), realizó la investigación: *Factores de riesgo del abandono de la lactancia Materna Exclusiva en el centro de salud 9 de enero, Chachapoyas-2017, de la universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza de Amazonas-Perú*. Con las siguientes conclusiones:

1. Las madres con niños menores de 6 meses abandonaron la lactancia materna en 53.3 %, esto indica que no brindan lactancia materna en forma exclusiva.
 2. No existe relación entre el factor biológico y el abandono de la lactancia materna.
 3. No existe relación entre el factor psicológico y el abandono de la lactancia materna.
 4. No existe relación con el factor social y el abandono de la lactancia materna.
 5. No existe relación con el factor cultural con el abandono de la lactancia materna.
- (Chisquipama, 2018)

Prado. T, Sermeño. C.L, (2017), realizaron la investigación: *Determinantes sociales del abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en niños a término menores de 6 meses en el centro de salud Mongomarca en San Juan de Lurigancho, 2017 de la Universidad María Auxiliadora Lima-Perú*. La investigación llego a las siguientes conclusiones:

1. De acuerdo con la biología humana, el factor más importante está relacionado a las dificultades de las madres durante la lactancia, específicamente la hipogalactia.

2. Considerando la dimensión medio ambiente y enfatizando los factores socioculturales, la mayoría de las madres trabaja y como grado de instrucción se considera el nivel superior técnico.
3. De acuerdo con los determinantes sociales del abandono de la lactancia materna exclusiva, la mayor parte de madres refiere buena alimentación, dificultad para dar de lactar, tener un trabajo y tener el conocimiento sobre técnicas de lactancia. (Prado & Sermeño, 2017).

1.2.2. A nivel nacional

Flores. F.E, Martínez. A.A, (2018), realizaron una investigación: *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres de 15 a 49 años del Barrio El Pochotillo de la ciudad de Masaya en el periodo Enero-Diciembre 2016 de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua*. La investigación llegó a las siguientes conclusiones:

1. Más del 50% de las entrevistadas estaban entre las edades de 15- 26 años, más del 60% tenían estudios de secundaria, más del 60% de las mujeres eran solteras y amas de casas.
2. Más del 70% de las entrevistadas mostraron un buen nivel de conocimiento; la principal fuente de donde obtuvieron información fue el personal de salud con más del 80%, calificándola en más del 50% como suficiente y útil para dar el pecho.
3. Más del 70% de las entrevistadas tuvieron una actitud favorable ante la lactancia materna exclusiva y solo un 23.3% una actitud desfavorable.
4. Más del 50% de las mujeres encuestadas practicaron la lactancia materna de forma regular, donde el 91.3% de las mujeres la administró durante los 6 meses completos y

el 8.7% en menos de 6 meses, justificando la no conclusión principalmente con la introducción de fórmulas lácteas. (Flores & Martinez, 2018)

Morales. K.M, Gutiérrez. M.F, (2016), realizaron investigación: *Conocimientos, actitudes y prácticas de la Lactancia Materna en mujeres puérperas de 15-24 años, sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas, Septiembre-Diciembre 2015, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua*. El estudio muestra las siguientes conclusiones:

1. Un alto porcentaje de mujeres tenía conocimiento regular; destacándose entre estos los beneficios de la lactancia materna para el niño (a) y su madre; la composición de la leche materna, así como la alimentación que las mujeres deben tener al dar lactancia materna.
2. El mayor porcentaje de las mujeres tenía una actitud desfavorable hacia la lactancia materna, lo que refleja mitos aun arraigados sobre este tema. Las principales actitudes desfavorables fueron: en climas cálidos él bebe necesita agua además de la leche materna, los primeros días posterior al parto no hay suficiente leche y que las madres enojadas no pueden dar lactancia materna ya que le produce diarrea al bebé.
3. Contradictoriamente con la actitud, el mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas tenían una buena práctica, entre las que se destacan: brindar lactancia materna posterior al parto, utilizar las medidas higiénicas y dar lactancia materna en horarios adecuados.

(Morales & Gutierrez, 2016)

Cáceres. S.R, Canales. D.M, (2016), realizaron la investigación: *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva de las madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama en el Departamento de Estelí, en noviembre 2015,*

de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. La investigación llegó a las siguientes conclusiones:

1. Más del 95.4% de las entrevistadas procedían del área urbano, más del 85% tenían estudios de secundaria y universitarios, el 38.5% eran casadas o acompañadas y el 32.3% estaban entre las edades de 20- 24 años.
2. Más del 70% de las entrevistadas mostraron un buen nivel de conocimiento, la principal fuente de información fue el personal de salud y familiares de las entrevistadas; más del 38.5% la escucharon en centros de salud. Siguiéndole en centros de trabajo y los hogares de las entrevistadas.
3. Más del 70% de las entrevistadas tuvieron una actitud favorable ante la lactancia materna exclusiva y solo un 29 % una actitud desfavorable.
4. De las mujeres entrevistadas solo el 76% habían realizado la práctica de la lactancia materna exclusiva, con respecto al horario en que estas alimentaban a sus bebés predominó el pecho a libre demanda; y más del 70% prefirieron la posición de cuna para dar de amamantar. (Caceres & Canales, 2016)

Castillo. J.A, (2016), realizó la investigación: *Factores asociados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en Tres Barrios de la Ciudad de Matagalpa, en el primer semestre del año 2016, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua*. El estudio presenta las siguientes conclusiones:

1. Las mujeres se encontraron en el rango de edad entre los 19 y 34 años, el estado civil eran casadas y acompañadas, con un nivel educativo de secundaria, técnico y universitario, el número de hijos fue entre 1 y 3 hijos, la ocupación que más predominó

fue de amas de casa y trabajo por cuenta propia. La edad es un factor asociado que influye en el tiempo de brindar lactancia materna exclusiva y la ocupación es un factor asociado a su abandono.

2. Los factores socioculturales están relacionados y asociados al abandono de lactancia materna exclusiva en madre puérperas. Estos factores en la investigación fueron: Enfermedad del niño, enfermedad de la madre, niños rechazan el pecho de la madre y la madre no produce leche.
3. Entre las madres puérperas que participaron en esta investigación lograron brindar lactancia materna a sus hijos en la primera hora de vida. Las madres puérperas manifestaron que, para brindar lactancia materna exclusiva, recibieron apoyo familiar de su marido y su familia. Se considera que es un factor relevante que las mujeres reciban apoyo familiar para poder brindar lactancia materna exclusiva. (Castillo, 2016).

Almanza. E.S, Sánchez. B.M, Ñurinda. ML, (2015), con la investigación: *Factores relacionados con el abandono y continuidad de la Lactancia Materna Exclusiva en madres con niños mayores de 6 meses en el centro de salud Monimbó Masaya en el II semestre 2015 de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua*. Presenta las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de las mujeres que abandonaron la LME son las adolescentes de 11-19 años que están solteras con predominio de población rural, mientras que la tasa mayor de continuidad son mujeres de zona urbana entre las edades de (20 -35) años.
2. Las madres abandonan la LM por motivos como el trabajo, por los conyugues, por el tiempo, entre otras. En referencia a la motivación para LM están el vínculo familiar y el mejor alimento para él bebe. (Almanza, Sanchez, & Ñurinda, 2015)

1.3. Justificación.

La lactancia materna durante los primeros seis meses es sumamente crucial para la supervivencia, crecimiento y desarrollo de los lactantes y niños (as) pequeños (as). Según datos obtenidos a través de la entrevista a mujeres en sus hogares y efectuando en la encuesta demografía y salud revelan una proporción de quienes reciben lactancia materna exclusiva (durante los primeros seis meses) esta se incrementa en 1 punto porcentual, pasando de 31 a 32 por ciento en 2011/12 con respecto al 2006/07. (ENDESA, 2011-2012)

El abandono del amamantamiento, como forma habitual de alimentación de los lactantes, puede traducir problemas con importantes implicaciones personales, al igual que sociales e incluso sanitarios, en otras palabras, el no brindar lactancia materna no refuerza los lazos afectivos en la familiares, desde luego se precisan más consultas por enfermedad, más medicamentos y hospitalizaciones, aumentando el riesgo de hemorragias postparto y anemia, después de todo se pierden las ventajas inmunológicas son bien conocidas hasta los primeros seis meses de vida, pero la protección frente a muchos patógenos se alarga hasta los dos años y medio.

Este estudio será de utilidad a las madres del barrio José Benito Escobar con información que pueda utilizar el Ministerio de Salud (MINSA) para concientizar la práctica de la lactancia materna y en las autoridades y personal de salud contribuye a promover nuevas estrategias en pro de la lactancia. Así mismo mejorar la calidad de consejería que brinda el personal de salud a la comunidad y con ello fortalecer los conocimientos de las mujeres para evitar la interrupción de la lactancia materna exclusiva.

1.4. Planteamiento del Problema

El Ministerio de Salud en conjunto con la Organización Mundial de la salud trabaja arduamente en la implementación de estrategias y programas en pro de la lactancia materna en el país sin embargo el abandono prematuro es muy frecuente entre las madres trabajadoras, así los niños de las madres que abandonan la lactancia materna se ven más propensos a sufrir enfermedades, generando de esta manera incrementos en la tasa de morbi-mortalidad de nuestro país.

Un estudio etnográfico “Razones por las cuales las mujeres brindan o no lactancia materna a sus hijos, durante los dos primeros años de vida” Rojas, Sergio y col (2016) con el apoyo del MINSA, OPS-OMS y el INCAP en Nicaragua según entrevistadas a madres que no estaban dando lactancia materna (76.9%) mencionaron que existen diversas razones por las cuales suspendieron esta práctica, algunas son de tipo físico, laboral, patológica, familiar, pero otras se derivan de falta de información, influencia externa (médica, familiar, comercial, entre otras). Las más frecuentes se vinculan al regreso al trabajo (41.9%), la percepción de que el niño no se llenaba con el pecho (32.2%) y porque ella se enfermó (14.5%).

Existen otras limitaciones que ocasionan la suspensión de la lactancia materna, como es el inicio de alimentación antes de los 6 meses de edad, porque “no lo sustenta sólo el pecho” (21.3%), “prepararlo para que aprenda a comer” (14.4%) y “por las vitaminas que las comidas contienen” (10.2%). Los resultados del estudio indican que existe un amplio marco de condiciones sociales (salud, laborales, educacionales, etc.) pero predominan aquellas de tipo cultural (creencias, mitos, consejos, recomendaciones familiares, etc.) que inducen a las madres y padres, a introducir alimentos a las/os niñas/os menores de seis meses. Se menciona que al menos 2 de cada 10

personas, introducen alimentos porque el “pecho no lo sustenta” debido a que “hay madres que no producen suficiente leche”.

Otra variable que interviene en este resultado, puede estar vinculada con el alto porcentaje de madres que deben cumplir con actividades laborales y, la poca intervención de los padres en apoyar la alimentación de sus hijas/os, así las mujeres deben enfrentar solas debido a que son madres solteras, divorciadas o separadas.

Así en este mismo estudio en discusión en grupos focales presenta como razones de suspensión de la lactancia materna, una mayoría de las/os participantes mencionan razones estéticas (se caen o se aflojan los pechos) principalmente en las adolescentes y jóvenes, otros casos frecuentes fueron las mujeres que trabajan y que no tienen posibilidades de viajar a su casa a darle leche materna a sus niñas/os, también mencionaron el agrietamiento del pezón y dolor al amamantar, la leche que produce es insuficiente, el niño rechaza la leche materna, enfermedad de algunas madres, embarazo en un lapso de tiempo corto, uso de métodos anticonceptivos y regreso a estudiar. (Rojas, 2016)

En el barrio José Benito Escobar de Managua se ha observado un incremento de madres que han abandonado la lactancia materna y el poco interés que tienen en continuarla, por esto y por lo antes expuesto se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores relacionados al abandono de la lactancia materna en madres que habitan en el barrio José Benito Escobar de Managua en el periodo de agosto a octubre del año 2021?

1.5.Objetivos

1.5.1. Objetivos General

Determinar los factores relacionados al abandono de la lactancia materna en madres que habitan en el barrio José Benito Escobar de Managua, agosto – octubre del 2021

1.5.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar socio-demográficamente a las mujeres en estudio.
2. Describir en los factores intrínsecos en las mujeres en estudio.
3. Identificar los factores extrínsecos en las madres a estudio.

1.6. Marco Teórico

1.6.1. Situación actual de la lactancia materna en América latina y Nicaragua

A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva (OMS, 2015) y aproximadamente un 30% de la población mundial de menos de 5 años, tiene retraso del crecimiento, a consecuencia de una mala alimentación y de infecciones a repetición. Cabe señalar, que la carencia de vitamina “A” afecta aproximadamente a 19 millones de embarazadas y a 190 millones de niños en edad preescolar, siendo más afectadas las regiones de la OMS de África y de Asia Sudoriental. Los lactantes y los niños tienen mayores necesidades de vitamina A para cubrir las necesidades de su rápido crecimiento y para ayudar a combatir las infecciones.

Un 38% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. Cabe recalcar que, la mitad de los recién nacidos, reciben lactancia materna en la primera hora de vida y los países pueden presentar tasas de tan solo 26,4%. (Etienne, 2015)

En Nicaragua, los indicadores de lactancia materna han tenido una evolución significativa, según lo muestran los datos de la Encuesta de Demografía y Salud a nivel nacional desde 1981. En el 2012, los datos de la encuesta muestran que el 31.7% de los niños y niñas menores de 6 meses, reciben lactancia materna exclusiva. Otros datos de la encuesta también reflejan que la lactancia materna es una práctica generalizada, dado que el 79.7 por ciento de las niñas y niños nacidos, recibió lactancia materna en alguna oportunidad de su primer año de vida (INIDE, 2011). De acuerdo a los registros de las Encuestas de Demografía y Salud, de cada 100 niños nacidos, 61 (en la zona rural) y 47 (en la zona urbana) recibían lactancia materna en la primera hora de vida.

En términos generales se observa una tendencia descendente en esta práctica óptima de lactancia materna, según zonas geográficas. En lo que respecta al consumo de suplementos, de cada 100 niños menores de 6 meses de edad, 11 han recibido al menos alguna dosis de vitamina “A”, porcentaje que presenta resultados más alentadores en grupo de edad de menores de 5 años, en donde la tendencia es ascendente con un valor de 67.6% (2011/12) significando un aumento de 85% con respecto a 1998 (2); requiriéndose fortalecer los SILAIS de la RAAN y RAAS, en donde el porcentaje de consumo es de 44 y 60% respectivamente. Por lo anterior, la alimentación y nutrición de las embarazadas especialmente de las madres lactantes, debe ser cuidadosamente monitoreada, al igual que la suplementación con micronutrientes; antes y durante el embarazo y en el período de lactancia, con el objetivo de garantizar una calidad óptima de la leche materna. (Cajina, 2015)

En la actualidad la Iniciativa mundial sobre tendencias de la Lactancia Materna (WBTI, 2016) planteó en un informe la existencia de una base legal que permite el desarrollo de las acciones en salud entre estas leyes se encuentra la Ley de promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna (ley 295), la política Nacional de la infancia y la política Nacional de seguridad alimentaria y nutricional que dan salida a las diferentes estrategias de promoción protección y mantenimiento de la lactancia materna que sean venido realizando en nuestro país.

Nicaragua cuenta con un marco legal que contempla todos los artículos del Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna, permitido apoyo, promoción y mantenimiento de lactancia materna a nivel nacional. Además, se dispone de una red

de colaboradores voluntarios; aproximadamente 3000 consejeras se especializaron en lactancia y alimentación en el niño menor de dos años. (Cajina, 2015)

La leche materna provee toda la energía y los nutrientes (proteínas, grasa, carbohidratos, vitaminas y minerales) que el neonato necesita. Existen evidencias científicas sobre los beneficios en el crecimiento y desarrollo, así como también, reduce el índice de mortalidad infantil causado por enfermedades prevalentes de la infancia, como: infecciones, neumonía, desnutrición, apresura la recuperación durante una enfermedad y ayuda a espaciar los embarazos

El abandono de la lactancia materna tiene consecuencias en la salud de los neonatos. Cuando existen casos de niños alimentados con leche de vaca, a temprana edad desarrollan alergias e intolerancia a algunos alimentos, además, la posibilidad de padecer deshidratación y anemia por falta de hierro. La prevalencia de lactancia materna exclusiva, antes del año, desciende considerablemente mes a mes; a los tres meses, alcanza solo el 28%; al cuarto mes, desciende al 20%; en el sexto mes al 15%; y antes del año solo el 6% de los niños es alimentado a pecho. También se demuestra que otros alimentos, como jugos, papillas, frutas y leche de vaca, son incorporados en la dieta de los bebés antes de que cumplan 6 meses. Además, el 5% de los bebés durante el primer mes toman líquidos, cifra que asciende al 20% cuando los niños alcanzan los 6 meses de edad. (Rodríguez Martínez M, 2018).

La alta tasa de fecundidad, desnutrición y enfermedades infecciosas, junto a ello la incorporación de un mayor número de mujeres a la población económicamente activa, ha permitido que la lactancia materna ocupe un lugar clave en los programas de planificación familiar y supervivencia infantil, solo alrededor del 40% de los niños/as en el mundo reciben lactancia materna exclusiva durante 6 meses.

1.6.2. Definición de lactancia materna

La lactancia materna es la primera experiencia y uno de los importantes derechos que tienen los bebés cuando nacen; a través de la lactancia materna exclusiva la madre no solo transmite a su hijo emociones, fortaleciendo el bienestar emocional del binomio madre e hijo, sino que también asegura el consumo adecuado de requerimientos nutricionales necesarios para mantener su metabolismo, crecimiento y desarrollo normal. Diversos estudios han demostrado, que, a partir del primer año, la leche materna se vuelve más rica en grasas y otros nutrientes, lo que permite complementar una dieta cada vez más diversificada de los niños a partir de dicha edad. La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna.

En el contexto mundial diferentes, organismos como la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reconocen y recomiendan la práctica de la lactancia materna (LM) como uno de los factores que más contribuyen con la salud y la alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años.

1.6.3. Definición de lactancia materna exclusiva

Según la OMS durante los seis primeros meses considera Lactancia Materna Exclusiva, sin recibir otro alimento líquido o sólido durante su práctica las investigaciones epidemiológicas demuestran que la lactancia materna proporciona una serie de ventajas a los lactantes respecto al estado de salud, en el crecimiento y desarrollo del niño; y al mismo tiempo que disminuye significativamente el riesgo de presentar un gran número de enfermedades agudas y crónicas.

La lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos —ni siquiera agua— exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes (OMS, Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales, 2019). Es decir que, es el único medio de alimentación del recién nacido hasta los seis meses, sin introducción de ningún otro alimento. Es el mejor alimento que puede recibir el bebé ya que le proporciona todos los nutrientes requeridos para su desarrollo y crecimiento. En contraste con Lactancia Artificial (LA), que es la alimentación del neonato utilizando leches diferentes a la materna, en especial por medio de fórmulas alimenticias diseñadas para cubrir las necesidades nutricionales del recién nacido.

En los últimos años se ha visto un marcado aumento de embarazos en adolescentes entre 14 y 19 años y junto con ello una disminución de la práctica de la Lactancia Materna, la que no alcanza a llegar a los 6 meses de vida de los lactantes, aunque es considerada la mejor forma de alimentación natural exclusiva para el neonato hasta los 6 meses de edad. La lactancia materna la asociamos muy merecidamente con la epidemiología, porque influye en la reducción de la tasa de morbimortalidad infantil, en los indicadores de salud de enfermedades infecciosas, y por otro lado no menos importante, mejora el desarrollo cognitivo. (Morillo, 2010) Llegando a este punto la lactancia, es un término usado en forma genérica para señalar alimentación del recién nacido y lactante, a través del seno materno. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a su práctica. Estas tienen repercusión en la salud del niño.

La representante de Nicaragua del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) declaró que el " 30% de las mujeres deciden dar lactancia materna, lo cual indica que el 70% no

está dando de lactar en Nicaragua (Conde M. 2010). Aunque la lactancia materna exclusiva es un tipo de alimentación de características únicas que permite que la madre transmita sus mecanismos de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre-hijo. Las malas prácticas de alimentación infantil en consecuencias son uno de los grandes problemas del mundo y un serio obstáculo para el desarrollo social y económico de la familia, la sociedad y el país”.

1.6.4. Componentes de la leche materna

La leche materna es modificada en las diferentes etapas, como el pre-calostro, calostro, leche de transición y leche madura.

Pre-calostro:

Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa y un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactosa.

Calostro:

Durante los primeros 7 días después del parto se produce el calostro, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. En estos primeros días se produce un volumen de 2-20ml por toma, suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

Leche de transición:

Su producción se inicia después del calostro y dura entre siete y quince días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol, fosfolípidos y

vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 ml/día hacia el día 15 postparto.

Leche madura:

Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero, puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple, tiene un perfil estable de sus diferentes componentes:

-Energía: La leche humana contiene de 68-74 Kcal /100 ml, según la población estudiada. Los requerimientos de energía son algo menores en los lactantes, de lo habitualmente recomendado por la FAO /UNICEF/OMS.

-Proteína: La leche humana tiene un contenido en proteínas más bajo que el resto de los mamíferos (0,9-1,1 g/100 ml). Pero esta es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño, es una fuente importante de aminoácidos necesarios para el rápido crecimiento del lactante. Pero, además, muchas de ellas son funcionales, es decir, facilitan la digestión o absorción de nutrientes, maduran el sistema inmune, defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo del intestino.

-Grasa: Es el componente más variable de la leche humana. Su concentración varía desde 2 g /100 ml en calostro a 4-4,5 g/100ml en leche madura. La principal fuente de energía para el lactante son las grasas. La leche materna proporciona el 40-50 % de las calorías en forma de grasa. Además, aportan ácidos grasos esenciales de cadena larga y vitaminas liposolubles.

-Carbohidratos: La lactosa es el principal hidrato de carbono de la leche y es muy abundante (7,3g/dl). Proporciona el 40% de su energía. Aportan energía al sistema nervioso central. La lactosa

es el principal hidrato de carbono que contiene; favorece el desarrollo de la flora intestinal por las bífido bacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por será codificante; mejora la absorción de calcio y mantiene estable la os molaridad de la leche porque conserva bajas concentraciones de sodio y potasio.

-Minerales: La leche humana tiene todos los minerales que necesita el niño. Sus concentraciones son más bajas que en los sucedáneos, pero tienen excelente coeficiente de absorción. Su contenido no se modifica sustancialmente por la dieta materna. Destaca el hierro, cuyas concentraciones se reducen a lo largo de la lactancia hasta mantenerse estable a los seis meses. Se absorbe entre 45 y 75% de su contenido total, mientras que la leche de vaca solo es de 10%. La relación calcio/fósforo de la leche materna es de 1.2 a 2; esto es útil en la absorción hasta de 75% del calcio, comparado con solo 20% de la leche entera de vaca. De esto depende la formación del tejido óseo en la infancia.

-Agua: Representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación permitiendo mantener un perfecto equilibrio electrolítico. Cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aún en circunstancias extremas de calor, por lo que no se requieren líquidos suplementarios

1.6.5. Beneficios para la madre

Recuperación útero: Consiste, que cuando el bebé succiona del pezón inmediatamente después del parto, produce la liberación de oxitocina en la madre. Esta hormona favorece el desprendimiento de la placenta que el útero vuelva a su tamaño natural y que haya una menor pérdida de sangre posterior al parto. Prevención de hemorragias y anemias: las hormonas producidas con la estimulación del pezón son responsables de la retracción uterina, disminuyendo

el riesgo de hemorragias postparto. La disminución del sangrado mejora la anemia. Además, la lactancia inhibe la ovulación durante varios meses y esta ausencia de menstruación contribuye a un importante ahorro de hierro. (Vasquez, 2013)

Favorece el contacto físico entre madre y bebé. La oxitocina también se relaciona con el surgimiento de sentimientos positivos, como amor, apego y felicidad. Niveles elevados de esta hormona durante la lactancia materna hacen a la mamá menos propensa a padecer depresión postparto, de paso ayuda a establecer el apego materno con el bebé y a perder peso de forma natural. Dar de lactar consume entre 450 y 500 calorías al día, lo que ayuda a la mamá a perder peso más rápidamente después del embarazo. (INATAL, 2019). En otras palabras, la producción de leche supone un gasto energético, mientras se mantiene la lactancia se irán consumiendo las reservas que la madre ha ido acumulando durante la gestación.

Prevención del cáncer de mama: Al funcionar la glándula mamaria se logra madurez celular y por lo tanto menor incidencia de cáncer mamario entre más prolongada sea la lactancia materna, la incidencia de cáncer es baja, en relación con aquellos que es breve o nula. Se asume que el cese de la ovulación y los cambios hormonales que acompañan a los embarazos y la lactancia prolongada, especialmente una disminución o alteraciones de las fracciones de estrógenos, pueden proteger del cáncer de mama. Aun dentro del contexto el embarazo reduce el riesgo de cáncer de mama, debido a la excreción de agentes carcinógenos lipofílicas por la madre a través de la grasa fetal y el vórnix. Hakansson et al. (1995) y más recientemente, Susanne et al. (2009), informaron que la leche humana in vitro induce a la apoptosis o muerte celular programada de diversas variedades de células cancerosas. A pesar de los resultados de todos esos estudios, todavía existe controversia en relación con las hormonas y sus posibles efectos sobre el desarrollo del cáncer de

mama. Una de las razones, al parecer, se debe a la compleja naturaleza de los tumores de mama. Sin duda, se necesitan más estudios para alcanzar resultados concluyentes. (Aguilar , González, Álvarez, & Padilla, 2010)

Espaciamiento de nuevos embarazos: El estímulo de la mama y del pezón por parte del niño al succionar impide la producción de hormonas necesarias para la ovulación y la madre tendrá un período infértil. Si la madre no amamanta a su hijo durante el período postparto, la concentración de prolactina se reduce rápidamente y el ciclo normal de producción de hormonas ováricas se reanuda, con lo que aumenta la posibilidad de embarazo. (OMS, 2016)

Es decir, este funciona como método natural de espaciar los hijos, la lactancia es muy eficaz durante los primeros 6 meses postparto, siempre y cuando sea una lactancia materna exclusiva y la madre permanezca en amenorrea (sin menstruación). Esto es lo que se ha denominado el método de amenorrea y lactancia el cual tiene una protección frente al embarazo del 98%, es decir, el riesgo de embarazo es menor al 2%. Si no se cumplen esas condiciones, la madre deberá ser instruida para que practique otro método de planificación familiar si no desea embarazarse.

1.6.6. Beneficios de la lactancia materna para el bebé

El fluido biológico de la leche materna beneficia al niño/a de manera óptima protege a los bebés prematuros en relación con infecciones, alergias además de elevar el coeficiente intelectual. La lactancia materna es la forma más apropiada de alimentación del niño desde su nacimiento, por ello se recomienda que sea exclusiva hasta los seis meses y complementada por otros alimentos hasta los dos años en relación a las ventajas inmunológicas son bien conocidas hasta los primeros seis meses de vida, pero la protección frente a muchos patógenos se alarga hasta los dos años y medio.

La leche materna es más digestiva, es rica en probióticos por lo que la flora intestinal de los bebés amamantados presenta menos elementos patógenos. La leche materna tiene mejor sabor que la leche de fórmula. Los alimentos ingeridos por la madre modifican ligeramente su sabor, se cree que esto es la causa de que a los bebés amamantados les cueste menos aceptar la alimentación complementaria. Disminuye las enfermedades crónicas de la infancia. Los lactantes alimentados con leche materna presentan índices más bajos de: celiaquía, cáncer, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, alergias, asma, y dermatitis atópica. Cabe recalcar, que protege contra la diabetes tipo I, porque se retrasa la introducción de la leche de vaca y sus derivados. (Villares, 2016).

En los casos de predisposición genética a la diabetes, está mucho más indicada la lactancia materna y hay que evitar los productos que contengan proteína de vaca hasta el primer año de vida del bebé. Paralelamente a esto, se guarda relación con la capacidad de segregar anticuerpos específicos frente a las bacterias del neumococo, meningococo, no se alcanza hasta el segundo año de vida.

Por lo tanto, la lactancia materna supone un aporte defensivo para luchar contra esta enfermedad. Aún dentro del contexto, en los beneficios se proyecta que el periodo de la lactancia que supera los 6 meses tiene menos posibilidades de presentar leucemia aguda infantil, y linfomas. Los estudios lo han relacionado con la presencia de la proteína alfa-lac en la leche materna. Esta proteína induce a la reducción de células cancerígenas y células inmaduras y favorece el crecimiento de las células ya maduras y estables. Con todo y lo anterior, se asocia también un mayor coeficiente intelectual debido a un mayor crecimiento y desarrollo cerebral. Añádase a este la reducción del riesgo de obesidad infantil; porque tiene leptina, hormona que controla la obesidad

en adultos. Está demostrado que cuanto más tiempo se dé de amamantar menor será el riesgo de padecer obesidad. (Neri, 2014)

1.6.7. Beneficios psicológicos para el bebé

El principal vínculo y el más persistente de todos es habitualmente el que se establece entre la madre y el niño, y se consolida como un vínculo afectivo cuando existe un amor recíproco entre el recién nacido y su madre. Este vínculo será la base sobre la cual se desarrollarán los demás vínculos que establecerá el ser humano con las demás personas a lo largo de vida. El vínculo se desarrolla como consecuencia de las repuestas de la madre ante las conductas innatas del niño.

Desde que él niño/ a nace, empieza a interactuar con la madre a través del contacto piel a piel, las miradas y la interacción entre ambos en el momento de la lactancia. El bebé empieza a reconocer y diferenciar a la persona que lo acompaña y lo cuida siempre, posteriormente mostrará preferencia por esa persona, estará contento con su compañía y se disgustará en su ausencia, éstas son las manifestaciones que indican el desarrollo del vínculo entre la madre y su hijo. (Cerna, 2014)

De aquí, que el apego estimula los sentidos. El íntimo contacto corporal permite al bebé reconocer el olor de su madre además del contacto visual y corporal entre la madre y él bebé durante la lactancia, este contacto es muy importante en el desarrollo psicológico del niño, favoreciendo una sensación de seguridad y una imagen personal positiva. Porque este proceso de contacto físico facilita el desarrollo de la unión, mediante la interacción íntima que se establece entre madre e hijo reforzando los lazos afectivos de ambos, estableciéndose una vinculación especial que aporta confianza y sensación de protección.

1.6.8. Beneficios para la familia

La lactancia materna refuerza los lazos afectivos en la familia, promoviendo el cuidado de los hijos, por ende, previniendo el maltrato infantil y retrasa los nuevos embarazos, obteniendo ventajas económicas al no gastar en leche artificial, biberones, envases, entre otros. Tiene un menor costo en la salud de sus integrantes, repercutiendo en todas las sociedades, disminuyendo la mortalidad infantil en el mundo y la mortalidad en países en vías de desarrollo. (Vasquez, 2013)

1.6.9. Beneficios para la sociedad

La lactancia contribuye a tener una población activa más productiva. Los bebés amamantados precisan menos consultas por enfermedad, menos medicamentos y hospitalizaciones. El costo de atención médica para el Estado es menor. Supone un beneficio para las empresas. Las madres que amamantan faltan menos al trabajo, puesto que sus bebés enferman con menor frecuencia. La lactancia materna beneficia al medio ambiente; evita un mayor consumo de agua, un elevado consumo de energía.

1.6.10. Ventajas del apego precoz

Es importante que los padres sepan cuáles son las ventajas podemos obtener de un apego precoz seguro a medida que los bebés se van convirtiendo en niños, entre las ventajas que se obtienen: es el favorecimiento del vínculo madre e hijo, además, previene el maltrato infantil, tiene efectos positivos en el desarrollo psicológico, social e intelectual de los niños, de igual manera favorece el inicio precoz y duración prolongada de la lactancia materna exclusiva, influye positivamente sobre variables fisiológicas adaptativas del recién nacido; como por ejemplo, prevención de la hemorragia post parto, la adaptación al medio ambiente, el reconocimiento mutuo, el intercambio afectivo que redundará en un gran porcentaje en una lactancia exitosa; en un profundo sentimiento

de ternura y admiración y necesidad de protección al recién nacido. Finalmente, permite que mientras el recién nacido mantiene adecuadamente su temperatura, no produce alteraciones hemodinámicas, ni respiratorias ni aumenta la incidencia de infección.

1.6.11. Patologías que afectan la lactancia materna

La lactancia materna es una acción que "puede ser dolorosa por mastitis, congestión mamaria, conductos de leche obstruidos " (Murray, 2019). El estrés y otros factores también pueden afectar la lactancia e incluso disminuir su suministro de leche. A continuación, se describen algunas enfermedades incompatibles con la lactancia materna

1.6.12. Enfermedades incompatibles con la lactancia

Son muy pocas las enfermedades que excluyen la lactancia materna, ya sea por el riesgo de transmitir la enfermedad al bebé o por los efectos secundarios del propio tratamiento. Es el caso de una madre portadora del virus del sida. Otro caso es la infección provocada por el virus de la leucemia humana de células T, que causan leucemia y algunas formas de linfoma en el adulto.

Ambas se transmiten por la leche materna. Sin embargo, los especialistas insisten en que solo se debe abandonar la lactancia si se dispone de fórmulas adecuadas para la lactancia artificial, Análogamente, Esta es la primera recomendación para las madres portadoras del citomegalovirus. La lactancia no está contraindicada, pero deben extraerse la leche, pasteurizarla y congelarla para disminuir el riesgo de contagio. En cambio, según (AEP, 2019), la tuberculosis activa no excluye la lactancia, ya que es una dolencia que se transmite por vía respiratoria.

De hecho, desde la "Center of Pulmonary and Infectious Disease Control The University of Texas Health" aseguran que los fármacos antituberculosos pasan en poca cantidad a la leche

materna y no son nocivos para el bebé, pero tampoco le confieren inmunidad. Por este motivo, la madre debe utilizar mascarillas para no transmitir la enfermedad al hijo.

En lo que respecta otras patologías que excluyen la lactancia son: la galactosemia, porque los niños deben recibir una dieta sin lactasa ni galactosa desde el nacimiento, la deficiencia primaria congénita de lactasa y la fenilcetonuria, entre otros defectos del metabolismo de los aminoácidos. Es decir, que el niño con Galactosemia no puede digerir la galactosa.

Este es uno de los azúcares que forman la lactosa, junto con la glucosa. Se acumula entonces en el cuerpo. Y así, produce daño en diversas partes del cuerpo. Se detecta con el cribado metabólico que se hace en la prueba del talón al recién nacido.

De igual modo está contraindicada en la madre infectada por el virus de la leucemia humana de células T. Se trata de un retrovirus, como el virus VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). Puede pasar de madre a hijo a través de la leche. En España, la infección por este virus es muy poco frecuente. La infección materna por VIH. Se sabe que el virus del SIDA pasa a través de la leche materna (Aranda R. 2018).

Según la Normativa 118 "Manual de Consejería para el abordaje del VIH" hace mención en la información sobre tratamiento profiláctico antirretroviral, tanto para la gestante que resultara positiva como para el bebé, iniciando terapia antirretroviral a las 14 semanas de gestación y al momento del nacimiento orientar para que al bebé se les realicen pruebas especiales a las 4 semanas, 3 meses de vida y seguimiento hasta los 18 meses. Orientar además sobre otras medidas preventivas (cesárea y suspensión de lactancia materna). Retomadas de la Normativa 093, "Protocolo para el Manejo de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita" del Ministerio de Salud.

En la normativa 118 manual de consejería de VIH, recalca, que en la consejería hay que hacer énfasis en la transmisión mediante la lactancia materna, que constituye un líquido de transmisión viral, se recomienda que la leche materna sea reemplazada por sucedáneos; en el caso que esta medida no sea posible por ser único alimento disponible se sugiere continuar alimentando al bebé con leche materna.

1.6.13. Factores asociados al abandono de la lactancia materna

Definición:

Son los hechos, circunstancias, características o razones de índole física, fisiológica, psicológica, social, etc.; intervienen en el desarrollo de un acontecimiento, específicamente la interrupción de la lactancia materna exclusiva.

Tipos:

Factores Intrínsecos: son aquellos factores relacionados con las características propias del sujeto en estudio, características que definen un comportamiento o determinan los hechos o las situaciones.

Los factores intrínsecos son:

1. Las características físicas: determinan la interrupción de la lactancia materna exclusiva, entre ellas tenemos: la edad, la capacidad de la madre para producir leche, el tipo de parto, dolores o molestias post parto, dificultades físicas, pezones agrietados, infecciones maternas, embarazo precoz, etc. Todas estas pueden influenciar de manera importante en la lactancia determinando su elección o descarte como medio de alimentación del bebé.

La edad se recalca ya que en el grupo de mujeres que abandonan la lactancia la mayoría son mujeres adolescentes ya que carecen de conocimientos de los beneficios y ventajas de la lactancia

materna, con una buena consejería y apoyo estas madres adolescentes no tendría que recurrir a los sucedáneos. A medida que avanza la edad, la mujer toma conciencia de la importancia de su rol materno y aumentan las probabilidades de prolongar la lactancia materna exclusiva. Además, muchas veces los hijos no son deseados, cuestión fundamental para no amamantarlo, cuidarlo, educarlo y de no brindarle amor a su hijo. El grupo de edad de mujeres más jóvenes (15-25 años) son las que presentan porcentajes mayores en cuanto a el tiempo de lactancia materna insuficiente con 19.1% (Méndez N.2015) Otros resultados muestran que las madres adultas tienden a abandonar con más frecuencia la lactancia materna exclusiva, esto permite que las mujeres de mayor edad tardan más tiempo para alcanzar la producción completa de leche, tener experiencias de fracaso en cuanto al amamantamiento en embarazos anteriores, relacionado con el trabajo en el hogar y carecen de apoyo familiar.

2. Estado Civil: Según (Méndez N. 2015) describe en su estudio que las mujeres en unión libre están relacionadas con mayores porcentajes en tiempo de LME insuficiente con 15.7%. En el cual la madre soltera está obligada a trabajar, su jornada de trabajo debe de cubrir el precio de su propia manutención, la de su hijo y además el costo de la atención del niño durante su trabajo todos estos factores influyen a no brindarle la lactancia materna a su hijo/a.

3. Nivel cognitivo y escolar: Está relacionado con el nivel de conocimiento que la madre tiene acerca de la lactancia materna, asociado con el nivel escolar ya que mayor sea el grado escolar mayor ventaja de lograr entender las recomendaciones dadas sobre el tema. En el 2006, María Mercedes Ferro Sosa realizó la investigación titulada: “Nivel de Conocimiento en Lactancia Materna y su Relación con Factores Socioculturales En Púerperas del INMPN. Lima-Perú”, según la cual concluye que “El nivel de conocimiento inadecuado predominó entre de regular a malo en

un 70 %. El grupo de adolescentes son las que tienen mayor riesgo a tener un conocimiento inadecuado de lactancia materna; del mismo modo que las mujeres que son solteras, con grado de instrucción de primaria, las empleadas, las primíparas. La ocupación materna no tuvo relación con el nivel de conocimiento en el presente estudio”

Las mujeres que son madres por primera vez tienen el porcentaje más alto de nivel de conocimiento malo (23.5%) a comparación de las multíparas y gran multíparas. Las púerperas que han recibido la información sobre lactancia materna de cualquier otra fuente que no sea el personal de salud; se asocia a malos niveles de conocimiento (63.1%) (Ferro S. 2006) es decir, que el desconocimiento de importancia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de edad por parte de las madres sobre la importancia de la lactancia materna para el bebé lo que ha llevado a la deficiencia nutricional, desarrollo emocional que los niños presenta en su vida, por lo que se le debe brindar una educación acerca del miedo que se afecte la figura y la forma del seno: Algunas mujeres temen que sus pechos cambien de forma con la lactancia y que pierda su atractivo antes los varones. La exagerada importancia como objetos sexuales que se ha dado a las glándulas mamarias se impone con frecuencia sobre su función para alimentar a los niños. Aun cuando los pechos tienen indudablemente una función fisiológica en la excitación sexual, hay muchas otras partes del cuerpo que también las tienen sin correr el mismo riesgo (UNAM, 2019)

Estado emocional: Entre todos los factores que influyen en la lactancia materna, el efecto de los factores psicológicos es quizá el que se conoce desde hace más tiempo. Como han señalado Jeliffe y Jeliffe, es un antiguo conocimiento popular que el sobre salto causado por una noticia desagradable puede hacer que se le retire la leche a la madre. Los sentimientos de temor ante la

nueva maternidad o de fallar en la lactancia materna, así como los trastornos emocionales y la ansiedad perturban y propician una disminución de la secreción láctea.

Factores Extrínsecos: son los factores pertenecientes al entorno que condicionan el desarrollo de un hecho o circunstancia.

Se entienden como el entorno o suma total de aquello que nos rodea y que afecta y condiciona especialmente las circunstancias de vida de las personas o la sociedad en su conjunto. Comprende

el conjunto de valores naturales, sociales y culturales existentes en un lugar y un momento determinado, qué influyen en la vida del hombre. Es decir, no se trata sólo del espacio en el que se desarrolla la vida, sino que también abarca seres vivos, las relaciones entre ellos, así como elementos tan intangibles como la cultura. Así pues, los factores extrínsecos comprenden: el trabajo, la cultura, sistema de salud, entre otros.

1. Laboral: es aquel relacionado con la actividad económica a la que se dedica la madre y que en muchos casos condiciona el abandono de la lactancia materna, de acuerdo con las demandas económicas actuales es común que en el hogar ambos padres tengan ocupaciones laborales fuera de casa y estén obligados a dejar a los niños al cuidado de terceros.

Los planes para regresar al trabajo pueden ser un factor significativo en la elección de la alimentación con biberón, en especial cuando la mujer considera que es demasiado esfuerzo para continuar la alimentación al seno después de regresar al trabajo.

Una sociedad en que la madre debe de trabajar fuera del hogar y no dispone de facilidades especiales para dar el pecho materno en el lugar de trabajo puede ejercer una influencia negativa sobre la capacidad de la madre de brindar lactancia materna. Paralelamente a esto en un estudio

por (Méndez N. 2015) plantea que, en cuanto a la ocupación, las mujeres que menos tiempo de lactancia dan son las que se dedican al hogar con un 23.6%

Son los elementos que intervienen frecuentemente en distintos grupos de madres trabajadoras, y de acuerdo con el tipo de trabajo que tenga la madre va a determinar la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva. Entre estos pueden mencionar el tipo de ocupación, ubicación del centro de labores, condición laboral como trabajadora, duración de la jornada de trabajo y las facilidades dadas para la lactancia materna exclusiva, que en conjunto van a intervenir en la interrupción temprana de la lactancia materna.

2. Culturales: relacionado sobre todo a los mitos y creencias que surgen en torno a la lactancia materna y que en muchos casos entorpece dicha lactancia, conduciendo a la madre al uso del biberón como medio necesario para cubrir las demandas alimenticias de su menor hijo.

Actualmente la sociedad está formada por nacionalidades y culturas bien diversas, que traen consigo sus costumbres, tradiciones, valores, gastronomía, etc., que intentan incorporar a la sociedad donde se instalan y que debería ser fuente de enriquecimiento para todos. Sin embargo, en ocasiones esta diversidad cultural afecta de otra forma a todos los sectores de nuestra sociedad, incluida la sanidad. Es por ello que esta variedad de costumbres, religiones, tradiciones, puede plantear dudas, y ser un reto a la hora de establecer una relación paciente-sanitario de calidad, entendiendo la cultura del otro y cómo esta interactúa con la del lugar de origen, dando lugar muchas veces a situaciones difíciles de abordar, en las que se hace necesario un planteamiento de nuestra actuación, teniendo en cuenta estas circunstancias.

Según la revista Scielo (Gil M. 2017) menciona que los "factores que dificultan el mantenimiento de lactancia materna" son, haber nacido en un país diferente al de acogida es un

factor de riesgo para no optar por la Lactancia Materna exclusiva. La aculturación, por lo tanto, es considerada como un factor determinante tanto en la elección del tipo de lactancia como en su mantenimiento, ya que la migración interrumpe la transmisión de conocimientos culturales, lo que provoca que las mujeres terminen adaptándose a las costumbres del grupo social mayoritario o del país de acogida.

Las creencias culturales afectan el modo en que se alimenta a los niños y a los valores, actitudes y expectativas asociados a este comportamiento. Estas creencias pueden ser más potentes que las recomendaciones de los profesionales de la salud e incluyen, entre otros aspectos, el tipo de interacción entre madres y pequeños, la forma en que se adapta la lactancia a las rutinas familiares, como se lleva a cabo el amamantamiento, las nociones sobre lo que es ser “buena madre” y la relación de la lactancia con tendencias y moda.

También están implicadas en la Lactancia Materna como por ejemplo la práctica de dar agua y otros líquidos tales como té, agua azucarada y jugo a los bebés amamantados durante sus primeros meses de vida son común en la mayor parte del mundo, esta práctica a menudo empieza durante el primer mes de vida, Las razones que las personas indican para dar agua a los bebés varían en las diferentes culturas. Algunas de las razones más comunes son: “Es necesaria para la vida, quita la sed, alivia el dolor (causado por cólicos y estreñimiento), previene, combate los catarros y el estreñimiento, los tranquiliza”.

Estas creencias también influyen en la introducción temprana del agua. Algunas culturas incluso consideran el hecho de ofrecer agua a los recién nacidos como una forma de darle la bienvenida al mundo.

Mitos más comunes: Las madres deben consumir ciertos alimentos y otros no; una alimentación deficiente produce leche mala; la madre enferma no debe amamantar a su hijo; el estado emocional de la madre influye en el niño; se le debe dar agua o infusiones al bebé si no se llena con la leche materna, tiene gases o esta estreñido; la lactancia materna hará que se le “caigan” los pechos a la madre; si la madre lava ropa no puede darle de lactar al bebe, pues puede contagiarle un resfriado. Una alimentación deficiente de la madre produce leche mala; cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos; la producción de leche en la mujer depende del tamaño del seno; la lactancia frecuente puede dar lugar a la depresión postparto. Algunos niños son alérgicos a la leche materna.

En las creencias de la lactancia desde el punto de vista alimenticio se menciona que hay que comer más para tener más leche, que se debe tomar leche para fabricar más y reponer las pérdidas de calcio, que hay alimentos y bebidas que aumentan la producción, que algunos alimentos están prohibidos por producir cólicos o gases y aun dentro del contexto, se maneja que no deben evitarle, sin embargo, que cambian el sabor o la composición de la leche. En el ámbito estético se cree que debe hacerse dieta de adelgazamiento durante la lactancia, por otro lado, que no deben usarse tintes ni colorantes para el pelo, además de que se debe hacerse ejercicio físico antes de dar el pecho y que se pueden practicar intervenciones dentales con anestesia, ni empastes dentales durante la lactancia, paralelamente a esto se cree que la lactancia prolongada deforma los pechos y que no pueden usarse cremas ni productos de belleza durante la lactancia.(Oliveras , 2012).

En las creencias sobre la producción de leche se menciona que 1) se deben ingerir muchos líquidos 2) la falta de leche suele ser un problema familiar que se transmite de madres a hijas, la número 3) las mujeres con poco pecho fabrican menos leche 4) el peso semanal del bebé es la

mejor manera de controlar la producción, 5) las impresiones fuertes cortan la producción de leche, 6) el frío en la espalda disminuye la producción de leche, 7) es mejor esperar a sentir el pecho lleno para amamantar, 8) es importante sentir el “golpe de leche” durante la toma, 9) el escape de leche entre tomas y el chorreo durante la toma es señal de gran producción, 10) los masajes en la espalda favorecen la lactancia, 11) bañarse con agua fría corta la leche, 12) sentir los pechos blandos es señal de abducción en último lugar pero no menos importante se pronuncia que por las tardes se tiene menos leche que por las mañanas (Helsing, 1995).

En campo de la calidad de la leche creen que el calostro no alimenta y debe desecharse, que la leche materna es “aguada”, además que los disgustos se transmiten al bebé a través de la leche y que hay leche de baja calidad que impide que el bebé engorde bien, otro mito es que si la madre queda embarazada debe suspender la lactancia, además cabe recalcar que otro ideal es que la leche de las madres muy nerviosas alimenta menos y transmite los nervios a su bebe y que más allá de los 12 meses, la leche materna no aporta casi nada al niño, adicionalmente se piensa que la lactancia demasiado frecuente causa obesidad en el niño.

En la literatura se abordan los problemas con el pecho como (si los pezones sangran o hay mastitis, no se debe dar el pecho, colocar aceite de oliva para prevenir y curar problemas de los pezones, los masajes con alcohol durante el embarazo lo preparan para la lactancia, Si se tiene poco pezón es útil estirarlo durante el embarazo, las mujeres pelirrojas, de piel blanca y ojos azules sufrirán dolor en los pezones porque tienen pieles delicadas, las hojas de col previenen la ingurgitación mamaria, limitar el tiempo de cada toma previene el dolor en los pezones) paralelamente a este se presentan los relacionados a la técnica de la lactancia (basta con dar 10 minutos, No se debe despertar a un bebé para darle de mamar, el sueño alimenta tanto como la

leche, Es normal que dar el pecho duela, la leche retenida mucho tiempo en el pecho se estropea, se deben dar siempre los dos pechos en cada toma, No hay que permitir que el bebé esté en el pecho si no “le toca” comer, mimar y calmar al bebe en el brazo o al pecho lo malcría es importante que los demás miembros de la familia alimenten al niño para que también ellos desarrollen un vínculo, dar el pecho al bebe mientras está recostado causa infecciones de oído, las tomas de leches nocturnos favorecen las caries en el bebé a medida que crecen los bebés van adquiriendo un horario fijo para las tomas, se pasa creyendo que él bebe dormirá toda la noche), además que coexiste los que reflejan o representan los problemas para la madre , entre los cuales se destacan: las molestias de la espalda empeoran durante la lactancia, dar de mamar impide quedar embarazada que no hay que amamantar si la madre o el hijo tienen diarrea, la lactancia frecuente puede dar lugar a depresión postparto, dar el pecho genera caída del pelo (es un efecto del postparto, no de la lactancia), no deben hacerles radiografías a la madre durante la lactancia y dar el pecho agrava la miopía.

Los pechos experimentan muchos cambios durante el embarazo y la lactancia, pero no debemos olvidar que están compuestos de ligamentos, grasa y tejidos. Independientemente si se va a dar el pecho o no al bebe, los cambios se van a efectuar igual, desafortunadamente las glándulas mamarias se ponen con frecuencia sobre otro tipo de sociedades, las cuales terminan por adoptarlas. Algunas mujeres que sus pechos cambien de forma con la lactancia y que pierdan su atractivo ante los varones, desde luego que llegar a perder, especialmente en mujeres que tengan muchos hijos. Pero el embarazo mismo y no solo la lactancia cambia el cuerpo femenino. Hoy en día muchas mujeres no brindan lactancia a sus bebes ya que tienen la creencia de que esto les deteriora las apariencias de las mamas; también son influenciadas por personas que tienen practicas

modernas que pueden reemplazar a las tradiciones y es debido a esto que muchas pierden parte de su cultura, creencias y adoptan otro tipo de vida. A pesar de todo lo anterior el dar de mamar no es un arte que se esté perdiendo, la mayoría de las madres en todo el mundo aun alimentan a sus hijos con el pecho a pesar de que hoy en día la estética juega un papel importante en la decisión de brindar o no lactancia del seno materno, esto por la explotación del cuerpo femenino como objeto sexual por parte de los medios de comunicación (Helsing, 1995).

Pezones planos o invertidos va a hacer casi imposible la lactancia. Falso. Los pezones van sufriendo cambios al final del embarazo y durante la lactancia. Además, los niños no acaparan sólo del pezón, sino de una buena cantidad de pecho que puede abarcar toda la areola, según el tamaño de la misma. No obstante, si existe dificultad, se puede buscar la ayuda de un profesional experto en lactancia materna.

No tengo suficiente leche. Falso. Los bebés lloran por muchas razones, no necesariamente tiene que ser por leche insuficiente. Los niños que toman el pecho sin restricción, en la duración y frecuencia de las tomas, no suelen tener cólicos. Si parece que llora porque tiene más hambre, se le puede ofrecer más pecho. La leche de la madre es de fácil digestión y se tolera bien.

Enfermedades de la madre: Ante algunas enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, e infecciones agudas, como los resfriados, no solo no es recomendable abandonar la lactancia, sino que, incluso, es contraproducente. Las madres diabéticas que dan el pecho, a pesar de que tienen mayores probabilidades de sufrir mastitis, logran un mejor control de la glucosa y una disminución de las necesidades de insulina. De la misma manera, cuando la madre sufre procesos infecciosos, como resfriados, diarreas o amigdalitis, no es recomendable dejar la lactancia. Entre las enfermedades que no requieren el abandono de la lactancia figuran: hepatitis A, hepatitis B (con

la administración de inmunoglobulina anti-hepatitis B y la primera dosis de la vacuna antes de las 24 horas de vida del bebé), rubéola, parotiditis, salmonelosis, malaria, hipotiroidismo e hipertiroidismo materno, quistes benignos y fibro adenomas en las mamas.

3. Del neonato: son las circunstancias surgidas a partir del neonato que limitan o interrumpen la lactancia materna exclusiva, entre ellas tenemos, alergia a la leche materna (intolerancia a la lactosa) ictericia, malformaciones, enfermedad de la madre (herpes simple en mamas, absceso mamario, VIH, adicciones, tuberculosis activa) etc.

1.6.14. Experiencias sobre la interrupción de la lactancia materna exclusiva

Hasta 22.216 niños se podrían salvar cada año si la lactancia materna fuera una práctica constante durante los primeros 12 meses de la vida de un bebé. Es más, si se diera de forma exclusiva hasta los 6 meses, en 2015 se podrían haber salvado 823.000 niños en 75 países. Partiendo, de que solo el 43% de los bebés a nivel mundial tiene el privilegio de ser alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses. En América Latina y el Caribe esta cifra es aún menor, tan solo el 32%. (Proaño, 2017) por consiguiente, por falta de educación. Persisten barreras culturales y factores socioeconómicos que condicionan el nivel educativo y de acceso a la salud de las madres. También permanecen los prejuicios y tabús sobre amamantar en público.

Una educación prenatal gratuita, que cubra aspectos como qué esperar, qué es normal o no y Así, se puede establecer tempranamente si una madre necesitará apoyo adicional; hay una curva de aprendizaje. Los grupos de apoyo semanales son un componente gigante para las mujeres, así como las sesiones una a una, en otras palabras, "llevar la información hasta las mujeres más temprano, trabajando de cerca con su médico ginecólogo/obstetra, en el cual Cada persona que salga del consultorio médico antes de dar a luz debería tener suficiente información. Los hospitales

también deben involucrarse. No se trata solamente de darles fórmula; hace falta presupuesto para educar mejor al personal médico, especialmente en países con menos recursos". (Proaño, 2017).

Una de las motivaciones por las cual mujeres deciden amamantar es por la comodidad y beneficios que aporta la lactancia materna, pero antes de seguir adelante, el por qué abandonan la lactancia, está fundamentado, por problemas de peso del niño y alteraciones en los pezones, además de amamantar a causa de las experiencias pasadas. Por ende, las mujeres soportan una presión profesional, familiar y social que puede dificultar la lactancia materna. (Saubí, 2016).

El valor social de amamantar pasa del simple acto de alimentar a un bebé, y trasciende al ámbito social, lográndose con la lactancia seres humanos resilientes. Sin embargo, es mucho el apoyo que requiere una mujer para llevar con éxito esta etapa de su vida. La decisión de amamantar tiene una influencia multifactorial entre los que se destacan factores sociales, económicos, familiares y culturales (Camargo F. 2011, PP 56-72).

Conviene precisar, que la poca preparación y la edad temprana, determinan un abandono precoz de la lactancia materna, considerándose en cambio que la información, el apoyo familiar y/o de la pareja brindan seguridad y respaldo frente al rol y logran adherencia a la conducta de amamantamiento (UNICEF, 2009).

La valoración del significado de la edad y su consecuente madurez mental sobre la lactancia materna señala a ésta como un factor a tener en cuenta, que puede ser revertido como predisponente negativo a partir de un proceso educativo, que permita la reflexión, la interiorización y el consecuente empoderamiento hacia la alimentación natural del niño.

Según un estudio realizado en Colombia, las mujeres que tienen una unión estable, sea a través de la unión libre o del matrimonio, logran una adecuada “aceptación psicológica del hijo” y con

ella apoyo e incentivos hacia la conducta de lactar (González I, 2002; PP 15- 22). En cuanto a cómo influye el rol laboral, González encontró que la mujer que trabaja requiere mayor apoyo para evitar que el reintegro laboral sea causa de abandono de la lactancia materna. Con esta aseveración se podría deducir que, así como se percibe en la jornada laboral un obstáculo para la lactancia, se podría considerar la falta de actividad laboral como un estímulo para lactar, sin embargo, no se han encontrado evidencias científicas que sustenten esta idea. Es importante considerar lo que algunos especialistas han denominado “el alto costo de la alimentación con biberón, a partir de algunos ejemplos tomados de bibliografía internacional especializada: En Sierra Leona, el costo de la fórmula para alimentar un bebé equivale al 90% del salario mínimo. Si hablamos de América, en los hospitales de Nueva York el costo total para alimentar a los bebés con biberón durante los primeros 4 meses de vida es 15 veces mayor que el necesario para alimentarlos con leche materna. Colombia, según un informe del centro centroamericano de población, lleva la vanguardia en uso de sucedáneos de la leche materna, debido al facilismo que proporciona el uso de estas leches industriales (Veliz J., 2009). Estas cifras muestran el importante activo económico y social de amamantar y el gran costo monetario y en términos de desarrollo de optar por la alimentación artificial.

Según Manuve realizó un estudio denotado "Motivaciones de la madre para amamantar: una experiencia a partir de la capacidad de escucharlas" en el cual las edades de las madres estuvieron en un rango de 15-35 años, con una mediana de 22 años. El promedio de estudios fue primaria completa, no tienen actividad laboral, residen en barrios de estratos 1 y 2, es decir, que son usuarias de una institución de salud de baja complejidad durante el proceso de embarazo, parto, puerperio y atención al niño, lo que indica que tuvieron embarazos de bajo riesgo e hijos a término y todos

con peso adecuado para la edad gestacional. Entre ellas, 36.36% habían tenido la experiencia de lactar a un hijo anteriormente y calificaron la experiencia como buena. El promedio del peso al nacer fue 3120 gramos. Con un rango entre 2.460 y 4.200 gramos y medidas antropométricas dentro de los límites normales. El promedio de edad del lactante al momento de realizar la entrevista fue 3 meses y todos debían tener lactancia materna exclusiva.

Entre los binomios madre-hijo entrevistados 27.27% vivieron la experiencia del contacto piel a piel, ninguno tuvo un tiempo suficiente de contacto como para permitir el “arrastre al pecho”, todas las madres fueron objeto de educación en lactancia materna durante la gestación en el control prenatal y un abordaje muy somero en el puerperio inmediato, calificando este abordaje como bueno. Todas narraron que sus parejas las apoyan en su decisión de lactar y que cuentan con un familiar, en su mayoría la abuela materna del bebé, que realiza las labores hogareñas, para que ellas tengan el tiempo de dedicarse a las labores de lactar. Ambas circunstancias siempre favorecieron la decisión de amamantar.

Al ser interrogadas sobre sus motivaciones para tomar la decisión de amamantar con exclusividad, en general mostraron, en orden descendente, que lo hacen por la salud del niño, por verlo crecer sano feliz, por motivos económicos, por comodidad al no tener que preparar biberones ni fórmulas lácteas y por atender las recomendaciones del personal de salud. También mencionaron la importancia de la influencia familiar, en cuanto a la tradición de amamantar o no en las generaciones anteriores de la familia materna preferentemente. Otro aspecto importante es el apoyo del padre de la criatura, y el hermoso momento que vive cada una de ellas cuando está amamantando y las sensaciones placenteras que vivencian.

Por lo pronto, existe un punto importante donde hay consenso entre las madres, es que los primeros tres días del postparto son críticos y decisivos para la decisión de lactar. Si en estos días hay apoyo del personal de salud, se facilita el pleno establecimiento de la lactancia, sobre todo si se aprende con la práctica la buena posición, los signos para que la madre evalúe sin lugar a duda cuando su hijo está bien agarrado al pecho, y sobre todo para que evalúen lesiones en los pezones, que cuando aparecen son causa de abandono de la lactancia materna. (Vásquez Munive, 2012).

Otra cosa que se requiere entender plenamente es la transición de calostro a leche madura, sobre todo entender que el calostro es poca cantidad, y que cuando llegue la leche madura aumentará la producción, porque la cantidad se traduce para la madre en una prueba tangible de su capacidad de lactar. Por lo expuesto al inicio, "para que los pechos tengan tiempo de ajustarse y para facilitar la transición tanto para la madre como para el bebé, conviene destetarlo de forma gradual, por ende, dejar de amamantar o de extraerse la leche de manera repentina y sin preparación, puede tener repercusiones para ambos, y además puede causar una obstrucción en los conductos lácteos o una infección mamaria. Prosiguiendo con la idea, de que se escoja una sesión de alimentación diaria para comenzar el destete, por ejemplo, la última comida de la mañana" (Children's Minnesota, 2019).

La pérdida de peso en bebe es un problema, aunque aún no se sabe cuánto es ese porcentaje. Se suele decir que lo normal es que pierdan entre un 5% y un 7% del peso de recién nacido, aceptándose como límite un máximo del 10% (si nace con 3,200 Kg, que pierda 320 gramos). Según (González., 2011) realizo un estudio denotado "Pérdida de peso a los 2 días de vida en recién nacidos sanos según tipo de lactancia, edad gestacional, tipo de parto y peso al nacer". El que consto con un total de 261 recién nacidos sanos de ambos sexos, a término, con peso adecuado

para edad gestacional, y madre sin patologías influyentes. Según el tipo de alimentación se dividió a los recién nacidos en dos grupos: uno los alimentados exclusivamente con lactancia materna y otro los alimentados con lactancia artificial. Se recogieron datos su edad gestacional, el tipo de parto y el peso al nacer y la pérdida de peso. Los resultados fueron Del total de la muestra incluida en el estudio de 261 recién nacidos, de los cuales 76,9 % son alimentados con lactancia materna y un 23,1 % con lactancia artificial. Por consiguiente, al comparar la pérdida de peso en los recién nacidos, según el tipo de alimentación recibida se observa que la media del porcentaje de pérdida de peso es significativamente mayor, en los alimentados exclusivamente con leche materna ($6,8 \pm 2,38\%$), frente los alimentados con lactancia artificial ($2,27 \pm 2,24\%$).

1.6.15. Marco legal

El código de familia de Nicaragua en la LEY N°. 870, Aprobada el 24 de junio de 2014. Publicada en La Gaceta, Diario Oficial N°. 190 del 8 de octubre de 2014 en el Art. 2 Principios rectores, plantea la protección, desarrollo y fortalecimiento de la familia es obligación del Estado, la sociedad y los miembros que la integran a través de los vínculos de amor, solidaridad, ayuda y respeto mutuo que debe existir entre sus integrantes para lograr una mejor calidad de vida. De lo anterior en la ley se destacan la protección integral de la familia y todos sus miembros en base al interés superior de los mismos; además de la protección priorizada a la jefatura familiar femenina, en los casos de las madres cuando éstas sean las únicas responsables de su familia; en conclusión, se proyecta la igualdad y protección del matrimonio y de la unión de hecho estable por parte de las Instituciones del Estado; teniendo como respuesta la protección y respeto a la vida privada y a la de la familia.

En Nicaragua La LEY No. 185, Aprobada el 5 de septiembre de 1996. Publicada en La Gaceta, Diario Oficial N°. 205 del 30 de octubre de 1996 hace mención en el acápite de empleadores sobre respetar la jornada de trabajo, conceder los descansos establecidos y fijar el calendario laboral en un lugar visible del centro de trabajo; además de, los beneficios sociales en favor de los trabajadores contenidos en la legislación laboral constituyen un mínimo de garantías susceptibles de ser mejoradas mediante la relación de trabajo, los contratos de trabajo o los convenios colectivos.

La ley de seguridad Social en Nicaragua. Presenta en su decreto No. 974. Aprobado el 11 de febrero de 1982, publicado en La Gaceta No. 49 del 1 de Marzo de 1982, el cual reclaman establece para los nicaragüenses una "cobertura integral en profundidad y diversidad de las múltiples contingencias vitales y la promoción del hombre al máximo nivel de desarrollo de su personalidad y permanente integración al núcleo social" y al proceso revolucionario de reconstrucción y transformación de la sociedad; y aun dentro del contexto, se potencia que el derecho de Seguridad Social, por su sentido de universalidad, está vinculado y debe cubrir a toda la población que constituye la comunidad nacional y "responde a la idea de integridad en cuanto requiere no sólo la protección de las contingencias tradicionales en cuanto a salud y medios económicos de subsistencia, sino la instrumentación de servicios de acción formativa: empleo, vivienda, ahorro, crédito, recreación y demás servicios sociales necesarios para la promoción y desarrollo del hombre". Es decir, que el marco laboral propone decretos que colabore a un entorno favorecedor de los trabajadores, promoviendo la estabilidad y la reconstrucción familiar. Por ende, beneficiaria a las madres con recién nacidos.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo De Estudio

Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo y según la secuencia en el tiempo es transversal. Según Hernández Sampieri (2018) establece que: es cuantitativo porque la información generada puede ser medida y cuantificada; es de carácter descriptivo, ya que se caracteriza a la población en estudio y según su secuencia en el tiempo, es de corte transversal, debido a que los datos se recolectan en un tiempo determinado, agosto - octubre 2021.

Área de Estudio

El estudio se realizó en el barrio José Benito Escobar, ubicado al noroeste de la capital, distrito seis de Managua, el cual limita: al norte- Lago de Nicaragua, sur-Barrio Carlos Núñez, al este- Colegio Las Américas y al oeste – Empresa Café Soluble.

Éste cuenta con una población aproximada de 8021 habitantes de los cuales 4364 son del sexo femenino, dividido en 5 sectores. (INIDE, 2011)

Zona con zonas recreativas como lo son 2 canchas de futbol y una cancha de baloncesto donde se realizan distintas actividades, además de contar con diversos juegos para niños.

Se cuenta con 59.6% de Planificación familiar, que a nivel nacional el 19.6% de las mujeres en unión libre no hacen uso de ningún método de planificación familiar. El 60% de las mujeres embarazadas no mantenían su tarjeta de control prenatal. Hubo un 80% de VPCD de menores de un año estaban actualizados (ENDESA 2011/12)

Este barrio cuenta con un centro de salud llamado Roger Osorio el cual abarca los barrios B-15, Carlos Núñez y José Benito Escobar. Cuenta con un área de emergencia que atiende las 24 horas a las personas que lo requieren. Cuenta además con la realización de diversas actividades como charlas y capacitaciones de los distintos temas a la población.

2.2. Universo

El universo se estableció con 63 madres que abandonaron la lactancia materna con niños menores de 1 año habitantes del barrio José Benito Escobar, registradas en el censo gerencial de embarazadas, puérperas y post natales.

2.3. Características de la unidad de observación

La unidad de observación son las madres con hijo vivo menor de un año quienes abandonaron la lactancia materna, habitante del barrio José Dolores estrada del distrito VI de Managua, además estas madres tuvieron su atención prenatal en el Centro de Salud Roger Osorio.

2.4. Muestra

2.4.1. Tamaño de la muestra

Se

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	63
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	30%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	53
80%	44
90%	50
97%	55
99%	57
99.9%	59
99.99%	61

Ecuación

$$\text{Tamaño de la muestra } n = \frac{EDFF * Np(1-p)}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]}$$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor calculó la muestra con el programa Open Epi, versión 3, calculadora de código abierto, la que se muestra a continuación:

Se toma como tamaño de muestra a 50 madres para un IC de 90%.

2.4.2. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple, con selección al azar de las madres en estudio, primero se enumeró en una lista a las madres que corresponden al universo, luego se coloca el número de unidades totales y se procedió a seleccionar al azar la unidad de análisis en una bolsa hasta completar el número del tamaño de muestra.

2.4.3. Criterios de inclusión

1. Mujeres que acepten voluntariamente participar en el estudio.
2. Que el niño esté vivo y sea menor de 1 año.
3. Se realizó la atención prenatal en el Centro de Salud Roger Osorio.

2.4.4. Criterio de exclusión

1. Madres sordas o con discapacidad mental.
2. Madres que emigraron del barrio a otro país.

2.5. Técnica y procedimiento

Para recolectar la información se utilizó la técnica de la encuesta en las madres, por lo que la fuente de información fue primaria. Se elaboró un instrumento: “Encuesta de los Factores relacionados al abandono de lactancia materna”. Este instrumento consta de preguntas cerradas y se detallan tres partes:

Primera parte corresponde a los datos sociodemográficos: edad, estado civil, escolaridad, ocupación.

Segunda parte se refiere a los Factores Intrínsecos: conocimiento, producción de la leche materna, problemas de salud de la madre, relacionada al parto.

Tercera parte corresponde a Factores extrínsecos maternos y del niño; dentro de los Maternos: Inicio de la LM, Consejería, creencias, mitos y tradiciones; y los factores relacionados al niño.

La encuesta fue validada por experto y de campo, en los que se hicieron cambios mínimos y ajustes a algunas preguntas.

2.6. Plan de tabulación

La encuesta se recolectó a través de un formulario de google en línea, siendo auto administrada, los datos obtenidos se exportaron de Microsoft Excel al programa estadístico SPSS versión 25; para realizar el cálculo de frecuencias absolutas y relativas que se ilustraron en tablas y gráficos de pastel y barras según la clasificación de cada variable.

2.7. Plan de análisis

Para el análisis de los datos se realizó análisis univariado de todas las variables del estudio y los siguientes cruces de variables:

Edad vs Tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses.

Problemas de salud maternos vs Tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses.

Factores relacionados con el niño vs producción de LM

Factores relacionados con el niño vs Edad

Conoce la ley de protección de LM vs Trabaja actualmente

Vía del parto vs inicio de LM en puerperio

Tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses vs Consejería en la atención prenatal.

Tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses vs Número de hijos.

2.8. Enunciado de las variables por objetivos

Objetivo 1: Caracterizar socio-demográficamente a las mujeres en estudio.

- Edad materna
- Escolaridad
- Estado Civil
- Ocupación
- Edad del niño

Objetivo 2: Describir en los factores intrínsecos en las mujeres en estudio.

- Conocimiento de la LM.
- Producción de leche.
- Problemas de salud de la madre.
- Relacionados al parto.

Objetivo 3: Identificar los factores extrínsecos en las madres en estudio.

- Relacionadas a factores extrínsecos de la madre
- Creencias, mitos y tradiciones.
- Relacionadas a factores con el niño

2.9. Operacionalización de las variables

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Edad materna	Período de tiempo transcurrido entre el nacimiento y el llenado de la encuesta.		Años cumplidos registrados	< 20 20-29 30-39 Más de 40 años
Edad del niño	Período de tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento de la encuesta.		Meses	Menor de 1 mes 1 – 2 meses 3 – 4 meses 5 - 6 meses 7 – 8 meses 9-10 meses 11 a 12 meses.
Escolaridad	Período de tiempo durante el cual se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios.		Último nivel aprobado	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Universitaria
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.		Relación de pareja	Soltera Casada Unión libre
Ocupación	Trabajo que alguien ejerce y por el que recibe una retribución económica.	Trabajo actual	Presencia	Si No
		Tipo de labor	Tipo	Ama de casa. Negocio propio Asalariada
No de hijos	Número de hijo que tiene actualmente.		Número	1 2 Más de 3
Conocimiento de LM	Información que tiene la encuestada acerca de la lactancia materna.	Definición LME	Calidad del conocimiento	Correcta Incorrecto
		Ventajas de la LM	Identifica las ventajas	Si No
		Conocimiento sobre las leyes en LM.	Conoce las leyes	Si No

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Producción de leche	Información relacionada a la producción de la leche materna por la encuestada.	Produce suficiente leche materna al niño	Presencia	Si No
Problemas de salud materna	Descripción de los problemas de salud de la madre durante la LM.	Aparición de problema de salud durante LM	Presencia	Si No
		Tipo de problema de salud	Tipo de problema de salud	Pechos dolorosos Mastitis Enfermedad crónica Otras especifique:
Relacionados con el parto	Características relacionadas a la atención del parto.	Terminación del embarazo	Tipo	Vaginal Cesárea
		Problemas de salud que le impidieron dar el pecho después del parto	Presencia	Si No
		Problema de salud	Tipo	Con la anestesia Parto difícil. Preclamsia Otros, especifique
Factores extrínsecos maternos	Condiciones no inherentes a la madre que impidieron la lactancia materna.	Alimentación hasta los 6 meses	Tipo	Lactancia materna exclusiva Lactancia materna predominante (leche materna con infusiones, agua, zumos, líquidos...) Alimentación complementaria LM con alimentos sólidos como papillas y/o líquidos como leche artificial)
		Inicio de LM	Horas	Post parto momento que inicia LM Inmediato En 30 minutos 1 hora 2 horas Más de 3 horas No recuerda
		Duración de LM	Meses	Tiempo en meses
		Recibió consejería	Presencia	Si No

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
		Trabajo	Presencia	Dejó de amamantar por incorporación al trabajo.
Creencias, mitos y tradiciones	Ideas erróneas de las madres sobre la lactancia materna.		Presencia	<p>Hay madres que no producen suficiente leche.</p> <p>La madre que amamante debe tener una dieta especial y restringir ciertos alimentos, para evitar gases y cólicos en los niños.</p> <p>Algunas mujeres producen leche de mala calidad y por eso el bebé no aumenta bien de peso.</p> <p>La mamá enferma no puede dar de mamar a su hijo.</p> <p>El estado emocional de la madre influye en el niño.</p> <p>Se le debe dar agua o infusiones al bebé si no se llena con la leche materna, tiene gases o esta estreñido.</p> <p>La lactancia materna hará que se le “caigan” los pechos a la madre.</p> <p>Una mujer tiene que beber leche para producir leche.</p> <p>El niño debe vaciar los dos pechos en cada toma.</p> <p>Los bebés amamantados no duermen bien durante las noches</p> <p>La extracción de la leche materna es una buena forma de saber cuánta leche tiene disponible la madre</p> <p>La baja producción de leche se hereda.</p> <p>La producción de leche en la mujer depende del tamaño del seno.</p> <p>Dar pecho a demanda, genera niños dependientes y trastornos en la pareja.</p> <p>El éxito de la lactancia materna depende del tipo de parto, de la forma de los pezones y del tamaño de los pechos.</p> <p>Algunos niños son alérgicos a la leche materna.</p> <p>Hay que tomar vitaminas para tener leche materna</p> <p>Las mujeres que dan de mamar se ponen delgadas.</p> <p>Las impresiones fuertes cortan la producción de leche</p>

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Factores relacionados con el niño	Son las condiciones de los niños que impiden continuar la lactancia materna.			Tuvo su bebe que permanecer ingresado después del parto Tuvo su bebe algún problema de salud que le impido tomar el pecho Él bebe rechazó el pecho materno. No lo sustenta solo tomar el pecho materno. El pecho no satisface al niño. El médico le recomendó no dar el pecho.

2.8. Aspectos éticos

La presente investigación cuenta con los principios éticos en todo estudio; relacionados con consentimiento informado y el manejo de la confidencialidad. La investigación, se hace énfasis en la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan, es decir, su anonimato.

Se aplicaron los principios de la justicia, beneficencia y no maleficencia; procurando disminuir los riesgos potenciales y maximizando los beneficios para el participante y la sociedad.

La información obtenida fue divulgada con fines estrictamente académicos y de enriquecer el conocimiento de la comunidad científica. En ningún momento se brindó información que pueda identificar a los sujetos de estudios y estos son únicamente expuestos los datos analizados y filtrados que conciernen al estudio.

CAPÍTULO III: DESARROLLO

3.1.Resultados

Caracterizar socio-demográficamente a las mujeres en estudio.

Con respecto a la edad en el rango menor de 20 años 2% (1), de 20 a 29 años 76% (38), de 30 a 39 años con 22% (11); la escolaridad en bachiller 12% (6), primaria 4% (2), secundaria 10% (5), técnico superior 12% (6), universitario 62% (31); el estado civil casada 34% (17), soltera 36% (18), unión libre 30% (15); con respecto a la situación laboral el 66% (33) si trabaja con un tipo de trabajo asalariadas 48% (24) y con negocio propio 18% (9) y sin trabajo declarándose amas de casa el 34% (17); en relación al número de hijos se encuentra con un hijo el 62% (31), con dos hijos 26% (13) y con tres o más hijos 12% (6); con hijos menores de 1 mes 8% (4), de 1 a 2 meses 16% (8), de 3 a 6 meses 26% (13), de 6 a 11 meses 50% (25). Ver anexo tabla 1.

Describir en los factores intrínsecos en las mujeres en estudio.

Dentro de los factores intrínsecos se hace referencia a los conocimientos sobre la lactancia materna, en la pregunta sobre definición de lactancia materna exclusiva: el 100% (50) afirma que es verdadero dar únicamente leche materna, el 14% (7) refiere que es verdadero LME como dar leche materna más infusiones, agua, zumos y otros líquidos, el 78% (39) responde que es falso y 8% (4) no sabe; en esta misma pregunta refiere a la alimentación complementaria como verdadero 46% (23), como falso 46% (23) y no sabe 8% (4). Ver anexo tabla 2.

En la identificación de las ventajas de la lactancia materna: respecto a que si es más nutritiva que las fórmulas respondieron verdadero 98% (49) y 2% (1) no sabe; le brinda los nutrientes que necesita el 96% (48) verdadero y 4% (2) afirma que es falso; el bebé crece sano y saludable el 96% (48) verdadero, 2% (1) falso y 2% (1) no sabe; tiene un buen desarrollo y crecimiento el 96% (48) verdadero y 4% (2) no sabe; evita que el niño se desnutra el 86% (43) verdadera, el 8% (4) falso

y 6% (3) no sabe; evita alergias 70% (35) verdadero, el 6% (3) falso y 24% (12) no sabe; promueve el desarrollo intelectual 82% (41) verdadero, 6% (3) falso y 12% (6) no sabe; es económico 94% (47) verdadero, 2% (1) falso y 4% (2) no sabe; promueve el afecto de la mamá con su bebe 96% (48) verdadero, 2% (1) falso y 2% (1) no sabe; sirve de método de planificación familiar 60% (30) verdadero, 20% (10) falso y 20% (10) no sabe; disminuye el sangrado después del parto 60% (30) verdadero, 20% (10) falso y 20% (10) no sabe. Cuando se pregunta si conoce la existencia de una ley de protección a la lactancia materna el 40% (20) si sabe de su existencia, el 60% (30) no la conoce. Ver anexo tabla 2.

En referencia a los problemas de producción de leche materna el 64% (32) refiere una producción suficiente de leche materna; el 40% (20) refiere la aparición de un problema de salud durante la lactancia materna y sin problemas de salud 60% (30). En referencia a los tipos de problemas de salud 45% (9) tuvo senos dolorosos, 25% (5) presentó grietas del pezón, 15% (3) con pezón plano, 5% (1) aparición de enfermedades crónicas, 5% (1) mastitis y 5% (1) miomatosis uterina. Ver anexo tabla 3.

En lo concerniente a los problemas de salud relacionados con el parto, la vía de terminación del parto vaginal se presentó en un 56% (28) y cesárea 44% (22); los problemas en el post parto que impidieron la lactancia materna el 36% (18) presentó problemas y 64% (32) no presentaron problemas. Los tipos de problemas presentados se encuentran: parto difícil 61% (11), Preeclampsia 21% (4), anestesia epidural 6% (1), hemorragia post parto 6% (1) y miomatosis uterina 6% (1). Ver anexo tabla 4.

Identificar los factores extrínsecos en las madres en estudio

En alusión a los factores extrínsecos maternos se pregunta sobre el tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses, el 64% (32) tuvieron lactancia materna exclusiva, el 24% (12) tuvieron alimentación complementaria y el 12% (6) con lactancia materna predominante. Respecto a cuando inició la lactancia materna el 30% (15) lo hizo de inmediato, 14% (7) de los 30 minutos a una hora post parto, 14% (7) una hora después del parto, 10% (5) dos horas después del parto, 6% (3) más de tres horas después del parto y 26% (13) no recuerda. Con la pregunta por cuanto tiempo tomó el pecho materno 8% (4) menos de un mes, un mes, dos meses y tres meses cada uno respectivamente, cuatro meses 6% (3), a los seis meses 12% (6), a los siete meses 14% (7), a los ocho meses 12% (6) y a los once meses 20% (10). En la pregunta sobre si dejó de dar el pecho por iniciar a trabajar el 33.3% (11) refiere que sí y el 66.7% (22) refiere que no. En referencia a que si recibió consejería de LM durante las atenciones prenatales el 48% (24) expresa que sí y el 52% (26) no. Ver anexo tabla 5.

Las creencias, mitos y tradiciones encontradas en las madres encuestadas se encontraron en las afirmaciones las siguientes respuestas: Hay madres que no producen leche materna 68% (34) dijeron si, 22% (11) no y 10% (5) no sabe; La madre que amamante debe tener una dieta especial y restringir ciertos alimentos para evitar cólicos en los niños 66% (33) si, 34% (17) no; Algunas mujeres producen leche de mala calidad y por eso el bebé no aumenta de peso 30% (15) si, 54% (27) no y 16% (8) no sabe; la mamá enferma no puede dar de mamar a su hijo el 34% (17) si, 48% (24) no y 18% (9) no sabe; se le debe dar agua o infusiones al bebé si no se llena con la leche materna, tiene gases o esta estreñido el 34% (17) si, 60% (30) no y el 6% (3) no sabe; la lactancia materna hará que se le “caigan” los pechos a la madre el 34% (17) si, 60% (30) no y el 6% (3) no

sabe; una mujer tiene que beber leche para producir leche 32% (16) si, 60% (30) no y 8% (4) no sabe; el niño debe vaciar los dos pechos en cada toma el 60% (30) si, 38% (19) no y 2% (1) no sabe; los bebés amamantados no duermen bien durante las noches el 22% (11) si, 72% (36) no y 6% (3) no sabe; la extracción de la leche materna es una buena forma de saber cuánta leche tiene disponible la madre, el 62% (31) si, 26% (13) no y 12% (6) no sabe; la baja producción de leche se hereda, el 24% (12) si, 58% (29) no y 18% (9) no sabe; la producción de leche en la mujer depende del tamaño del seno, el 22% (11) si, el 70% (35) no y 8% (4) no sabe; dar pecho a demanda, genera niños dependientes y trastornos en la pareja el 20% (10) si, el 62% (31) no y 18% (9) no sabe; el éxito de la lactancia materna depende del tipo de parto, de la forma de los pezones y del tamaño de los pechos, el 34% (17) si, 56% (28) no y 10% (5) no sabe; algunos niños son alérgicos a la leche materna, 38% (19) si, el 38% (19) no, 24% (12) no sabe; hay que tomar vitaminas para tener leche materna, 38% (19) si, el 50% (25) no, 12% (6) no sabe; las mujeres que dan de mamar se ponen delgadas, 58% (29) si, 36% (18) no y 6% (3) no sabe; las impresiones fuertes cortan la producción de leche el 44% (22) si, 38% (19) no y el 18% (9) no sabe. Ver anexo tabla 6.

Dentro de los factores relacionados con el niño, al preguntar sobre sí su bebé rechazó el pecho materno 12% (6) lo afirmaron; médico recomendó no dar el pecho por problemas del niño el 6% (3) refirieron que si; el pecho no satisface al niño se presentó 24% (12); no lo sustenta solo tomar el pecho materno 20% (10); tuvo su bebé algún problema de salud que le impidió tomar el pecho el 12% (6); el bebé permaneció ingresado después del parto 26% (13). Ver anexo tabla 7.

Cruces de variables

En la relación de edad materna vs tipo de alimentación de los niños hasta los 6 meses, en el grupo menor de 20 años el 100% (1) tuvo alimentación complementaria; de 20 a 29 años 15.8% (6) tuvo alimentación complementaria, 71.1% (27) con lactancia materna exclusiva, 13.2% (5) con lactancia materna predominante. Ver anexo tabla 8

Los problemas maternos vs tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses se encontró con enfermedades crónicas 8.3% (1) con alimentación complementaria; con grietas en el pezón 6.3% (2) con lactancia materna exclusiva, 50% (3) con lactancia materna predominante; con mastitis 16.7% (1) con lactancia materna predominante; con miomatosis uterina 3.1% (1) con lactancia materna exclusiva; con pezón plano 9.4% (3) con lactancia materna exclusiva; con senos dolorosos 25% (3) con alimentación complementaria, 15.6% (5) con lactancia materna exclusiva y 16.7% (1) con lactancia predominante; sin ningún problema 66.7% (8) con alimentación complementaria, 65.6% (21) con lactancia materna exclusiva y 16.7% (1) con lactancia materna predominante. Ver anexo tabla 9.

Los factores relacionados con el niños vs producción suficiente de leche materna, con niños que rechazó el pecho materno el 50% (3) refirieron no producía suficiente leche y 50% (3) producía suficiente leche; con respecto a que el médico recomendó no dar el pecho el 100% (3) si producía suficiente leche; en referencia a que el pecho no satisface al niño 8.3% (1) no producía suficiente leche y el 91.7% (11) si producía suficiente leche; en alusión a que no lo sustenta solo tomar el pecho materno 40% (4) no producía suficiente leche y 60% (6) si producía suficiente leche; en si tuvo su bebé algún problema de salud que le impidió tomar el pecho el 33.3% (2) no producía suficiente leche y 66.7% (4) si producía suficiente leche; en la pregunta de tuvo su bebé que

permanecer ingresado después del parto, el 61.5% (8) no producía leche, el 38.5% (5) si producía leche. Ver anexo tabla 10.

En los factores relacionados con el niño vs la edad de las encuestadas, se encontró en el bebé rechazó el pecho materno en 83.3% (5) en el rango de 20 a 29 años y en el rango de 30 a 39 años 16.7% (1); el médico le recomendó no dar el pecho el 100% (3) estaban en el rango de 20 a 29 años; el pecho no satisface al niño el 91.7% (11) en el rango de 20 a 29 años, 8.3% (1) en el rango de 30 a 39 años; No lo sustenta solo tomar el pecho en el rango de edad de 20 a 29 años con 50% (5), de 30 a 39 años 40% (4) y en menor de 20 años 10% (1); tuvo su bebé algún problema de salud que le impidió tomar el pecho 83.3% (5) en el rango de 20 a 29 años, 16.7% (1) en el rango de 30 a 39 años; tuvo su bebé que permanecer ingresado después del parto en el rango de 69.2% (9) y en el rango de 30 a 39 años 30.8% (4). Ver anexo tabla 11.

La relación entre sobre si conoce la ley de protección a lactancia materna y si trabaja actualmente, se encontró que el 64.7% (11) no trabaja ni conoce la ley; el 35.3% (17) conoce la ley y no trabaja; los que actualmente trabajan y no conocen la ley el 57.6% (19) y las que trabajan y conocen la ley el 42.4% (14). Ver anexo tabla 12.

Respecto a la vía del parto vs inicio de la lactancia materna, iniciaron de inmediato la lactancia materna el 33.3% (5) cuando fue cesárea y 66.7% (10) por vía vaginal; inició de los 30 minutos a una hora en el 42.9% (3) por cesárea y 57.1% (4) por vía vaginal; cuando inició una hora después del parto el 14.3% (1) en la cesárea y el 85.7% (6) en la vía vaginal; cuando la lactancia materna inició 2 horas después del parto el 40% (2) en la cesárea y 60% (3) por vía vaginal; cuando inició la lactancia materna después de 3 horas a más después del parto en 100% (3) de las cesáreas; las

que no recuerdan cuando inició la lactancia materna 61.5% (8) eran cesáreas y 38.5% (5) por vía vaginal. Ver anexo tabla 13.

La relación entre tipo de alimentación hasta los seis meses vs recibió consejería, con alimentación complementaria 75% (9) no recibieron consejería; 25% (3) si recibieron consejería; con lactancia materna exclusiva 40.6% (13) no recibieron consejería de lactancia materna y 59.4% (19) si recibieron consejería; con lactancia materna predominante el 66.7% (4) no recibieron consejería y 33.3% (2) recibieron consejería durante la atención prenatal. Ver anexo tabla 14.

El tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses y el número de hijos, con alimentación complementaria el 66.7% (8) tuvo un hijo y el 33.3% (4) con tres a más hijos; en lactancia materna exclusiva el 59.4% (19) con un hijo, el 34.4% (11) con dos hijos y 6.3% (2) con tres a más hijos; con lactancia materna predominante 66.7% (4) tienen un hijo, 26% (13) tienen dos hijos y 12% (6) tienen de tres a más hijos. Ver anexo tabla 15.

3.2.Discusión

La lactancia materna es el alimento ideal para los niños, principalmente cuando es exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años; en esta investigación sobre los factores asociados al abandono a la LM, evidencia la necesidad de trabajar en el grupo etáreo de 20 a 29 años, en los resultados se demuestra que el 38 (76%) de las madres han abandonado la LM en el menor de un año y en este mismo grupo etáreo de 20 a 29 años este grupo de edad 27 (71% dentro de este grupo de edad) madres abandonaron la LME; es grupo predominante se relaciona con la edad reproductiva de la mujer, donde suceden la mayor parte de los embarazos, aunque el estudio realizado por Becerra, (2018) establece que la edad de las mujeres no influye significativamente para el abandono.

Sin embargo, la literatura expresa que las mujeres adultas tienden abandonar con más frecuencia la LME, a esto se suma el fracaso de amamantamiento por embarazos anteriores; 13 de las 19 madres estudiadas que ya tuvieron otros hijos anteriores refirieron que sus hijos hasta los seis meses recibieron LME, por lo que estos datos difieren a lo referido en la literatura, mientras que a pesar que el 62% (31) de las madres con su primer hijo abandonaron la LM, 19 de ellas mantuvieron la LME, puede ser que la falta de experiencia y de consejería en la atención prenatal provoque el abandono en las madres primerizas.

El 48% de las madres estudiadas recibieron consejería durante las atenciones prenatales, esto reflejaría la necesidad de sensibilizar al personal de salud de impulsar desde el embarazo una lactancia materna exitosa siendo uno de los pasos establecidos por UNICEF, según estudio de Cañas, (2018), presenta que la poca educación durante la atención prenatal juega un papel importante para su fracaso. Así, dentro de las madres que recibieron consejería el 59.4% tuvieron

LME y 40.6% de las madres con LME no recibieron consejería, sigue siendo importante la consejería para continuar el amamantamiento en el menor de 6 meses, ya que muchas de las madres con alimentación complementaria y lactancia predominante en el menor de seis meses no recibieron consejería.

Para continuar la lactancia materna un factor importante descrito en la literatura es el apoyo del conyuge y de la familia, los resultados presentes en el estudio de Castillo, (2016), establece que la mayoría de las madres eran casadas y acompañadas con resultados similares se encontraron con el 64% las madres estaban casadas o en unión libre y solteras el 34%, así predominan las mujeres con compañero pero no se puede establecer el apoyo del mismo para continuar la LM, más aún sí las madres están trabajando ya que el 66% de ellas trabajan y el 48% son asalariadas, donde se establece una jornada laboral que deben de cumplir.

Según Becerra, la procedencia y el nivel educativo influyen significativamente en el abandono, así en los resultados de la investigación contradictoriamente prevalecen las madres con buen nivel educativo, el 62% eran universitarias y todas pertenecen a un barrio ubicado en una zona urbana, podrían verse presionadas por el trabajo que no les permitió continuar la LM, además que el 50% de ellas tienen su bebe entre los 6 a 11 meses y por ello ya no consideraron necesario seguir lactando.

En los resultados de los conocimientos sobre la lactancia materna, todas las madres reconocen que la LME es únicamente dar leche materna, pero a su vez hay madres que marcaron que LME es darle infusiones y alimentación complementaria, por ello todavía hay dudas sobre el concepto de LME, esto se corresponde con un estudio realizado por Caceres & Canales, (2016) muestra que las madres entrevistadas tuvieron buen conocimiento sobre LM y su principal fuente de

información fue el personal de salud y sus familiares; coincidente al hecho que el 64% de las madres dieron LME, este dato está por encima de la media nacional comparando con ENDESA 2011 – 2012 establece el 32% de los niños recibieron LME. A pesar que la consejería durante la atención prenatal la recibió el 48% y la escolaridad de las madres predomina las madres universitarias, podría estar jugando un papel importante los medios como el internet de fuente de información.

La mayoría de las madres estudiadas identifican las ventajas de la LM, sin embargo existen algunas ventajas que poco las conocen como: que evita alergias a los alimentos, la promoción del desarrollo intelectual, que es un método de planificación familiar y que disminuye el sangrado después del parto. Estos resultados son similares al estudio realizado por Martínez, (2018) presentando que madres puerperas saben los beneficios de amamantar. Según Becerra, los conocimientos influyen significativamente en el fracaso de la LME; de igual manera Prado & Sermeño, (2017) , afirman que las madres que han abandonado LME tienen conocimiento sobre las técnicas de amamantamiento.

Respecto a las madres que trabajan se verifica que el 57.6% de las madres que trabajan conoce la ley de protección a la LM, en el que se propone decretos que colabore a un entorno favorecedor a los trabajadores por ello beneficia a las madres lactante con convenios o acuerdos para horarios y descansos propiciando el apoyo a la LM. Es necesario dar a conocer las leyes, convenios o acuerdos que favorecen la LM entre las madres trabajadoras. Según estudio de Almanza, Sanchez, & Nurinda, (2015), las madres abandonan la LM por motivos del trabajo.

Dentro de los factores intrínsecos están los relacionados con la producción de leche materna, el estudio reveló que el 64% de las madres tuvieron suficiente producción, estos datos coinciden con

las madres con LME y el 60% no tuvo ningún problema de salud muy cerca a las madres que siguieron con LME; los principales problemas fueron los senos dolorosos, las grietas del pezón y el pezón plano a diferencia del estudio realizado por Almanza, Sanchez, & Ñurinda, (2015), la única patología materna encontrada fue la mastitis relacionada con el abandono de la LME; estos problemas pudieron ser abordados en la consejería durante la atención prenatal o bien mediante la participación de los grupos de apoyo a la LM, pero en este barrio no existe grupo de apoyo a la lactancia materna según datos del centro de salud. Dentro de la relación de los problemas maternos y el tipo de alimentación a los niños menores de seis meses, dos madres que dieron LME tuvieron grietas en el pezón y tres madres le dieron LM predominante, los senos dolorosos se presentaron en tres madres que dieron alimentación complementaria en el menor de seis meses y en cinco madres con LME y las 3 madres con pezón plano dieron LME, a pesar de este problema de salud que afecta la LME, las madres lograron el éxito de la LM. La mayoría de las madres (21 de 32 madres) que lograron la LME no tuvieron problemas para amamantar, por lo que para lograr el éxito de la LME influyó para continuar la lactancia.

Los problemas durante el parto tal como lo expresa la literatura afectaron el inicio de la lactancia materna ya que el 61% de los que tuvieron problemas presentaron un parto difícil y de preeclampsia, estos pudieron terminar el embarazo en cesárea.

La terminación del embarazo está relacionado con el inicio de la LM, según menciona la literatura la producción de leche se ve afectada con este inicio que se ve retrasada por causa del parto problemas o si finaliza por cesárea, así la mayoría de las madres que iniciaron inmediatamente la LM con parto vaginal fueron el 66.7%, la mayoría de las madres cuya terminación del parto fue la cesárea iniciaron la lactancia materna después de la hora de vida;

importante la observancia de la normativa del MINSA; por esto será importante promover en los hospitales de la ciudad de Managua, el inicio de la LM en la primera hora de vida con el fin de mejorar la producción de leche materna y disminuir el sangrado en el post parto, beneficios naturales de la LM; tal como aparece en los resultados de Castillo, (2016), donde las puerperas estudiadas iniciaron la LM en la primera hora de vida considerandose como factor relevante para el éxito de la LM.

La duración de la lactancia materna la mayoría de las madres continuaron la lactancia materna después de los seis meses el 62% y un 64% de los niños recibieron LME; esto datos difiere a los resultados presentados por Chisquipama, (2018), que establece que el 53.3% de las madres abandonaron la LME en menores de 6 meses.

Las creencias, mitos y tradiciones son factores extrínsecos que se relacionan con con el fracaso de la LM, los resultados demuestran que todavía las madres creen que algunas mujeres producen leche materna de mala calidad en un 66%, también sobre la producción de lecha depende del tamaño de los senos lo creen en un 70% de las madres; algunos niños son alérgicos a la leche materna en un 38%, las madres que dan de mamar se ponen delgadas lo piensan el 58% de las madres; las impresiones fuertes cortan la producción de leche en el 44% de las madres; si las madres enfermas no pueden amamantar a sus hijos en un 34%. Muchos de estas creencias fueron mencionadas en la literatura por Helsinig (1995), a pesar del tiempo en que fueron descritas todavía las madres siguen transmitiéndose de generación en generación e influyen de manera negativa en las madres lactantes. Otras creencias mencionadas en la tabla 6 todavía persisten un en menor proporción, a pesar de la consejería y el nivel de escolaridad prevalente como es el universitario de las madres estudiadas.

Los factores relacionados con el niño que afectan la lactancia materna son poco frecuentes dentro de las madres estudiadas, solo el 26% de los bebés quedaron ingresados después del parto, es una razón importante para el fracaso de la lactancia materna, pero que depende de la orientación del personal de salud del hospital que se mantenga la lactancia materna en el bebé a pesar que se encuentre hospitalizado; el 24% de las madres refirieron que la leche materna no satisface al bebé, es una de las razones de abandono a la LM, según la literatura que la leche como el alimento ideal del niño por su fácil digestión entre otras razones, aumenta el número de amamantamientos por lo que no significa que la leche materna no satisface al niño y que además se relaciona con el similar resultado de un 20% creen que solo tomar el pecho materno no sustenta al bebé.

Las madres que piensan que la leche materna no satisfacen al bebé están dentro de las edades de 20 a 29 años en el 91.7% y además ellas si producen suficiente leche en el mismo porcentaje; podría influir la falta de educación al respecto que muestre estos resultados. De igual forma los resultados demuestran que madres con suficiente producción de leche materna en un 60% piensa que el pecho materno no sustenta al bebé. La promoción de la Lactancia materna a través de diferentes medios haciendo énfasis en estos factores encontrados servirá para ir desmitificando concepciones erróneas que influyen para el éxito de la LM en los niños y niñas.

3.3.Conclusiones

Respecto a las características sociodemográficas predominaron las madres de 20 a 29 años, de escolaridad universitarias, con estado civil casadas y en unión libre, trabajando actualmente con un empleo asalariado, con un hijo en edad entre 6 a 11 meses.

Con respecto a los factores intrínsecos, la mayoría de las madres tienen conocimiento sobre la definición de lactancia materna exclusiva, pero existen madres que la relacionan con la definición de alimentación complementaria; prevalece la identificación de las ventajas de la lactancia materna y desconocimiento de la existencia de la ley de protección de la lactancia materna. Menos de la mitad de las madres no tuvieron problemas de producción de leche y pocas madres tuvieron problemas de salud que afectaron la lactancia materna. Los principales problemas de salud fueron los senos dolorosos y grietas del pezón; los problemas en el post parto se encontraron un parto difícil y pre eclampsia.

En los factores extrínsecos maternos, sobresalió la lactancia materna exclusiva, iniciando después de la primera hora de vida, manteniéndose en gran parte hasta los 11 meses. Las madres que trabajaban continuaron la lactancia y un poco más de la mitad no recibió consejería durante la atención prenatal. Todavía las madres tienen creencias, mitos y tradiciones erróneas que continúan influyendo en la lactancia materna. Los factores relacionados con el niño predominan que el pecho materno no satisface ni sustenta al niño y la permanencia del niño ingresado en el hospital después del parto.

3.4.Recomendaciones

Al MINSA

Fortalecer el apego precoz en cada parto a las mamás para garantizar la efectividad de una buena lactancia materna exclusiva.

Al Centro de Salud

Formar de club de embarazadas con el fin de brindar información sobre ventajas, posiciones, extracción manual y otros temas de interés preparando a la mujer para una lactancia materna exitosa.

Constituir grupo de apoyo a la lactancia materna en los barrios de influencia para contribuir a mantener la lactancia materna hasta los dos años y confrontar las presiones sociales que impidan a las madres amamantar

Monitorear la realización de charlas y consejerías en el personal de salud que brinda atención prenatal y del niño para romper mitos y creencias entre las madres.

Al personal de salud

Brindar consejería y charlas a las madres durante la atención prenatal y el puerperio favoreciendo la educación de las familias y en especial a las madres.

Promover el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida en el puerperio inmediato para favorecer la producción de leche materna y los beneficios de la madre en el post parto.

Realizar un correcto examen físico de mamas en el control pre natal.

A las madres

Tomar conciencia sobre los beneficios de la lactancia materna para ellas, para el niño o niña, sus familias, la comunidad y la ecología.

Prepararse durante el embarazo para la práctica de la lactancia materna exclusiva y su mantenimiento hasta los dos años de vida del niño o niña.

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

AEP. (2019). *Asociación Española de Pediatría*.

Aguilar , M., González, E., Álvarez, J., & Padilla, C. (2010). Obtenido de Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000600010

Almanza, E., Sanchez, B., & Ñurinda, M. (2015). *Biblioteca Virtual unan managua*.

Becerra, L. (2018). *Google*.

Caceres, S., & Canales, D. (septiembre de 2016). *Biblioteca Virtual unan Managua*.

Cajina, J. C. (03 de mayo de 2015). *OMS/OPS Nicaragua*. Obtenido de https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=715-boletin-informativo-nicaragua-perfil-de-pais&Itemid=235

Cañas, Y. (Junio de 2018). *Google*.

Castillo, J. (agosto de 2016). *Biblioteca Virtual unan managua*.

Cerna, V. V. (2014). Vinculo Afectivo. *Psicología del Desarrollo I*, 23.

Chisquipama, S. (2018). *google*.

ENDESA. (2011-2012). *Encuesta Nicaraguense de Demografía y salud 2011/2012*. Obtenido de <https://nicaragua.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENDESA-2011-12-completa.pdf>

Etienne, C. (13 de Mayo de 2015). *Organización Panamericana de la Salud* . Obtenido de <http://bit.ly/18Dmhq>.

Flores, F., & Martinez, A. (3 de diciembre de 2018). *Biblioteca Virtual Unan Managua*.

Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México.

INATAL. (2019). *Fetal Medicine Barcelona*. Obtenido de 8 beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre: <https://inatal.org/el-parto/lactancia/66-lactancia-materna-por-que/394-8-beneficios-de-la-lactancia-materna-en-la-salud-de-la-madre.html>

INIDE. (2011). *PRINCIPALES INDICADORES DE POBLACIÓN AL MENOR NIVEL DE DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA*. Managua.

Martinez, I. R. (27 de Junio de 2018). *Google*.

Morales, K., & Gutierrez, M. (septiembre de 2016). *Biblioteca Virtual Unan Managua*.

Morillo, J. (2010). Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. *Enfermería Global*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200019&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1695-6141.

Neri, I. A. (2014). Proyecto para la Lactancia. En I. A. Neri, *Proyecto para la Lactancia* (págs. 14-15). España.

OMS. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2014/world_breastfeeding_week/es/

OMS. (2015). Organización Mundial de la Salud. *Temas de nutrición*.

OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

OMS. (2019). *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales*. Obtenido de https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/

Prado, T., & Sermeño, C. (2017). *Google*.

Rodriguez Martinez M, S. V. (2018). Programas de intervencion para promocionar la lactancia materna. *Acta Pediatrica Española*, 564-568.

UNAM. (2019). *Lactancia Materna Exclusiva. Monografía.*

Vasquez, M. (2013). *Lactancia materna: cinco beneficios para la madre.* Obtenido de <https://www.consumer.es/bebe/lactancia-materna-cinco-beneficios-para-la-madre.html>

Villares, J. M. (2016). Flora bacteriana intestinal. En J. M. Villares, *Anales de Pediatría* (págs. 15-19). España.

WBTI. (2016). *INICIATIVA MUNDIAL SOBRE TENDENCIAS DE LA LACTANCIA MATERNA.* Obtenido de http://www.ibfan-alc.org/WBTi/inf_2016/Colombia%20WBTi%202016.pdf

WBTI. (2016). Iniciativa Mundial sobre tendencias de lactancia materna. *WBTI.*

CAPÍTULO V: ANEXOS

ANEXOS 1: TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1

Características sociodemográficas de las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Septiembre, 2021

n=50

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20 años	1	2.0
De 20-29 años	38	76.0
De 30-39 años	11	22.0
Escolaridad		
Bachiller	6	12.0
Primaria	2	4.0
Secundaria	5	10.0
Técnico Superior	6	12.0
Universitario	31	62.0
Estado Civil		
Casada	17	34.0
Soltera	18	36.0
Unión libre	15	30.0
Trabaja		
Sí	33	66.0
No	17	34.0
Tipo de trabajo		
Ama de casa	17	34.0
Asalariada	24	48.0
Negocio propio	9	18.0
No de hijos		
1 hijo	31	62.0
2 hijos	13	26.0
3 o más hijos	6	12.0
Edad del último niño		
Menor de 1 mes	4	8.0
1 a 2 meses	8	16.0
3 a 6 meses	13	26.0
6 a 11 meses	25	50.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 2
*Conocimientos de las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto –
 Octubre, 2021*

Conocimientos sobre LME	n=50					
	Verdadero		Falso		No sabe	
	No	%	No	%	No	%
Es dar únicamente leche materna	50	100	0	0	0	0
Es dar leche materna predominante más infusiones, agua, zumos y otros líquidos.	7	14.0	39	78.0	4	8.0
Alimentación complementaria	23	46.0	23	46.0	4	8.0
Ventajas de brindar el pecho materno						
Más nutritiva que las formulas	49	98.0	0	0	1	2.0
Le brinda los nutrientes que necesita.	48	96.0	2	4.0	0	0
El bebe crece sano y saludable.	48	96.0	1	2.0	1	2.0
Tiene un buen desarrollo y crecimiento	48	96.0	0	0	2	4.0
Evita que el bebé se desnutra	43	86.0	4	8.0	3	6.0
Evita alergias	35	70.0	3	6.0	12	24.0
Promueve el desarrollo intelectual.	41	82.0	3	6.0	6	12.0
Es económica	47	94.0	1	2.0	2	4.0
Promueve el afecto de la mamá con su bebe	48	96.0	1	2.0	1	2.0
Sirve de método de planificación	30	60.0	10	20.0	10	20.0
Disminuye el sangrado después del parto.	30	60.0	10	20.0	10	20.0
Conoce la existencia de una ley de protección de la LM.	20	40.0	30	60.0	0	0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 3
Problemas de producción de leche y de salud de las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto –Octubre, 2021

n=50

Problemas de producción de leche	Frecuencia	Porcentaje
Presentó suficiente producción de leche materna	32	64.0
Problemas de salud		
Aparición de problema de salud durante LM	20	40.0
Ningún problema de salud	30	60.0
Tipo de problema de salud		n= 20
Senos dolorosos o Pechos dolorosos	9	45.0
Grietas en los pezones	5	25.0
Pezón plano	3	15.0
Enfermedades crónicas	1	5.0
Mastitis o infección en las mamas o pechos	1	5.0
Miomatosis uterina	1	5.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 4
Problemas relacionados con el parto de las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021

n=50

Relacionados al parto	Frecuencia	Porcentaje
Terminación del embarazo		
Vía vaginal	28	56.0
Cesárea	22	44.0
Problemas en el post parto que impidieron la LM		
Si	18	36.0
No	32	64.0
Tipos de problemas en el post parto		n=18
Parto difícil.	11	61.0
Preeclampsia	4	21.0
Anestesia epidural	1	6.0
Hemorragia Post Parto	1	6.0
Miomatosis Uterina	1	6.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 5
Factores extrínsecos maternos de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua,
Agosto – Octubre, 2021

n=50

Factores extrínsecos maternos	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de alimentación de su niño (a) hasta los seis meses		
Lactancia materna exclusiva	32	64.0
Alimentación complementaria	12	24.0
Lactancia materna predominante	6	12.0
¿Cuándo inicio su niño (a) a tomar el pecho?		
Inmediato	15	30.0
30 minutos a una hora	7	14.0
1 hora después del parto	7	14.0
2 horas después del parto	5	10.0
Más de 3 horas después del parto	3	6.0
No recuerda	13	26.0
Por cuanto tiempo tomó el pecho materno		
Menos de un mes	4	8.0
1 mes	4	8.0
2 meses	4	8.0
3 meses	4	8.0
4 meses	3	6.0
6 meses	6	12.0
7 meses	9	18.0
8 meses	6	12.0
11 meses	10	20.0
Dejó de dar el pecho a su niño (a) por iniciar a trabajar		
		n=33
Si	11	33.3
No	22	66.7
Recibió consejería sobre LM durante las atenciones prenatales		
Si	24	48.0
No	26	52.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 6
*Creencias, mitos y tradiciones de las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar,
 Managua, Agosto – Octubre, 2021*

Creencias, mitos y tradiciones	n=50					
	Si		No		No sabe	
	No	%	No	%	No	%
Hay madres que no producen suficiente leche materna.	34	68.0	11	22.0	5	10.0
La madre que amamante debe tener una dieta especial y restringir ciertos alimentos, para evitar gases y cólicos en los niños	33	66.0	17	34.0	0	0.0
Algunas mujeres producen leche de mala calidad y por eso el bebé no aumenta bien de peso.	15	30.0	27	54.0	8	16.0
La mamá enferma no puede dar de mamar a su hijo.	17	34.0	24	48.0	9	18.0
Se le debe dar agua o infusiones al bebé si no se llena con la leche materna, tiene gases o esta estreñido.	17	34.0	30	60.0	3	6.0
La lactancia materna hará que se le “caigan” los pechos a la madre.	17	34.0	30	60.0	3	6.0
Una mujer tiene que beber leche para producir leche.	16	32.0	30	60.0	4	8.0
El niño debe vaciar los dos pechos en cada toma.	30	60.0	19	38.0	1	2.0
Los bebés amamantados no duermen bien durante las noches.	11	22.0	36	72.0	3	6.0
La extracción de la leche materna es una buena forma de saber cuánta leche tiene disponible la madre.	31	62.0	13	26.0	6	12.0
La baja producción de leche se hereda.	12	24.0	29	58.0	9	18.0
La producción de leche en la mujer depende del tamaño del seno.	11	22.0	35	70.0	4	8.0
Dar pecho a demanda, genera niños dependientes y trastornos en la pareja.	10	20.0	31	62.0	9	18.0
El éxito de la lactancia materna depende del tipo de parto, de la forma de los pezones y del tamaño de los pechos.	17	34.0	28	56.0	5	10.0
Algunos niños son alérgicos a la leche materna.	19	38.0	19	38.0	12	24.0
Hay que tomar vitaminas para tener leche materna	19	38.0	25	50.0	6	12.0
Las mujeres que dan de mamar se ponen delgadas.	29	58.0	18	36.0	3	6.0
Las impresiones fuertes cortan la producción de leche	22	44.0	19	38.0	9	18.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 7

Factores relacionados con el niño de las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto –Octubre, 2021

Factores relacionados con el niño	Frecuencia	Porcentaje
¿El bebé rechazó el pecho materno?	6	12.0
¿El médico le recomendó no dar el pecho por problema de salud del niño?	3	6.0
¿El pecho no satisface al niño?	12	24.0
¿No lo sustenta solo tomar el pecho materno?	10	20.0
¿Tuvo su bebe algún problema de salud que le impido tomar el pecho?	6	12.0
¿Tuvo su bebe que permanecer ingresado después del parto?	13	26.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 8

Edad vs Tipo de alimentación de los niños hasta los 6 meses en las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021

Edad vs Tipo de alimentación hasta los seis meses	Alimentación Complementaria		LM Exclusiva		LM Predominante		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
	Menor de 20 años	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
De 20-29 años	6	15.8	27	71.1	5	13.2	38	100.0
De 30-39 años	5	45.5	5	45.5	1	9.1	11	100.0
Total	12	24.0	32	64.0	6	12.0	50	100.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 9
Problemas de salud maternos vs Tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021

Problemas de salud maternos vs Tipo de alimentación hasta los 6 meses	Alimentación Complementaria		LM Exclusiva		LM Predominante		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
	Enfermedades crónicas	1	8.3	0	0.0	0	0.0	1
Grietas en los pezones	0	0.0	2	6.3	3	50.0	5	10.0
Mastitis	0	0.0	0	0.0	1	16.7	1	2.0
Miomatosis uterina	0	0.0	1	3.1	0	0.0	1	2.0
Pezón plano	0	0.0	3	9.4	0	0.0	3	6.0
Senos dolorosos	3	25.0	5	15.6	1	16.7	9	18.0
Ninguno	8	66.7	21	65.6	1	16.7	30	60.0
Total	12	100.0	32	100.0	6	100.0	50	100.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 10
Factores relacionados con el niño vs producción suficiente de LM encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021

Factores relacionados con el niño vs producción suficiente de LM	Produce suficiente leche				Total	
	No		Si		No	%
	No	%	No	%	No	%
¿El bebe rechazó el pecho materno?	3	50.0	3	50.0	6	100.0
¿El médico le recomendó no dar el pecho?	0	0.0	3	100.0	3	100.0
¿El pecho no satisface al niño?	1	8.3	11	91.7	12	100.0
¿No lo sustenta solo tomar el pecho materno?	4	40.0	6	60.0	10	100.0
¿Tuvo su bebe algún problema de salud que le impido tomar el pecho?	2	33.3	4	66.7	6	100.0
¿Tuvo su bebe que permanecer ingresado después del parto?	8	61.5	5	38.5	13	100.0
Total	18	36.0	32	64.0	50	100.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 11
Factores relacionados con el niño vs edad de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar,
Managua, Agosto – Octubre, 2021

Factores relacionados con el niño vs edad materna	Edad						Total	
	20-29 años		30-39 años		Menor 20 años		No	%
	No	%	No	%	No	%		
¿El bebe rechazó el pecho materno?	5	83.3	1	16.7	0	0.0	6	100.0
¿El médico le recomendó no dar el pecho?	3	100.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0
¿El pecho no satisface al niño?	11	91.7	1	8.3	0	0.0	12	100.0
¿No lo sustenta solo tomar el pecho materno?	5	50.0	4	40.0	1	10.0	10	100.0
¿Tuvo su bebe algún problema de salud que le impido tomar el pecho?	5	83.3	1	16.7	0	0.0	6	100.0
¿Tuvo su bebe que permanecer ingresado después del parto?	9	69.2	4	30.8	0	0.0	13	100.0
Total	38	76.0	11	22.0	1	2.0	50	100.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 12
Conoce la ley de protección a LM vs trabaja actualmente de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021

Conoce la ley vs está trabajando actualmente	Conoce la ley de protección a LM				Total	
	No		Si		No	%
¿Actualmente estas trabajando?	No	%	No	%		
No	11	64.7	6	35.3	17	100.0
Sí	19	57.6	14	42.4	33	100.0
Total	30	60.0	20	40.0	50	100.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 13

Vía del parto vs inicio de LM en puerperio inmediato de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021

Vía del parto vs inicio de la LM puerperio inmediato	Cesárea		Vaginal		Total	
	No	%	No	%	No	%
Inmediato	5	33.3	10	66.7	15	100.0
30 minutos a una hora	3	42.9	4	57.1	7	100.0
1 hora después del parto	1	14.3	6	85.7	7	100.0
2 horas después del parto	2	40.0	3	60.0	5	100.0
Más de 3 horas después del parto	3	100.0	0	0.0	3	100.0
No recuerda	8	61.5	5	38.5	13	100.0
Total	22	44.0	28	56.0	50	100.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Tabla 14

Tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses vs recibió consejería en atención prenatal de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021

Tipo de alimentación hasta los 6 meses vs recibió consejería	Recibió consejería				Total	
	No		Si		No	%
	No	%	No	%		
Alimentación Complementaria	9	75.0	3	25.0	12	100.0
LM Exclusiva	13	40.6	19	59.4	32	100.0
LM Predominante	4	66.7	2	33.3	6	100.0
Total	26	52.0	24	48.0	50	100.0

Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

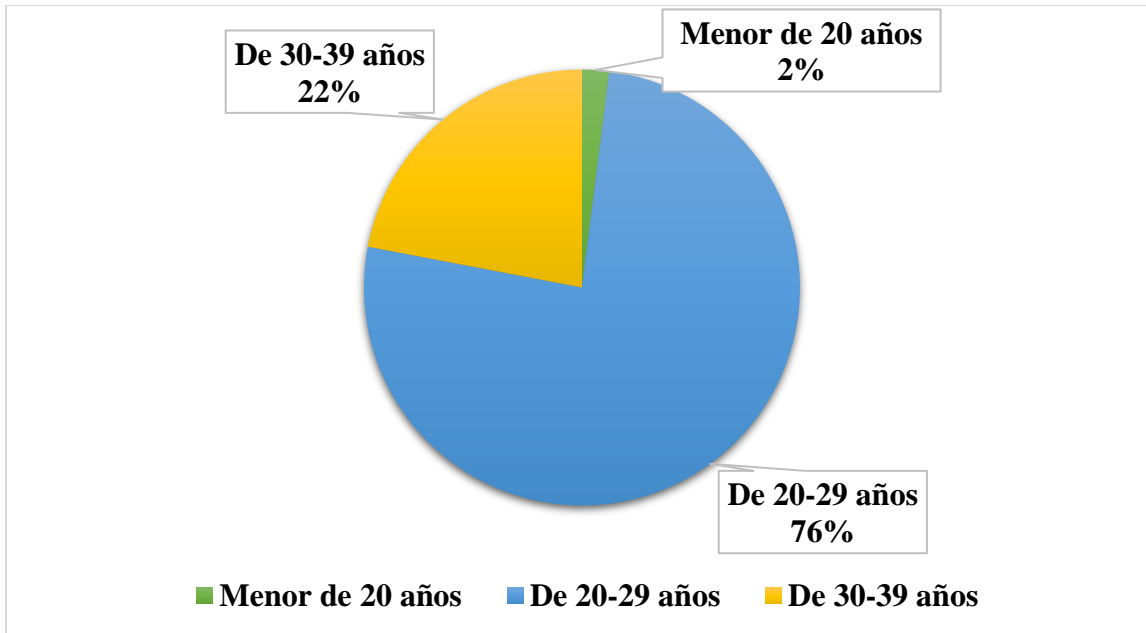
Tabla 15

Tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses vs número de hijos de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021

Tipo de alimentación hasta los 6 meses vs número de hijos	No de Hijos						Total	
	1 hijo		2 hijos		3 a más hijos		No	%
	No	%	No	%	No	%		
Alimentación Complementaria	8	66.7	0	0.0	4	33.3	12	100.0
LM Exclusiva	19	59.4	11	34.4	2	6.3	32	100.0
LM Predominante	4	66.7	2	33.3	0	0.0	6	100.0
Total	31	62.0	13	26.0	6	12.0	50	100.0

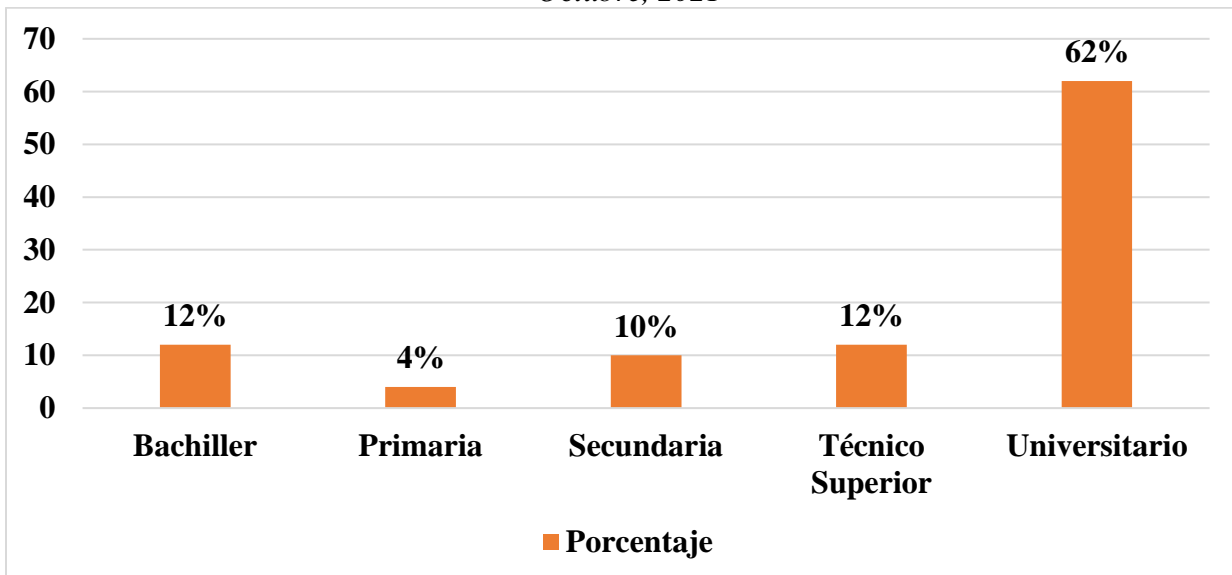
Fuente: Formulario de google Encuesta de Lactancia Materna.

Gráfico 1
 Edad de las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



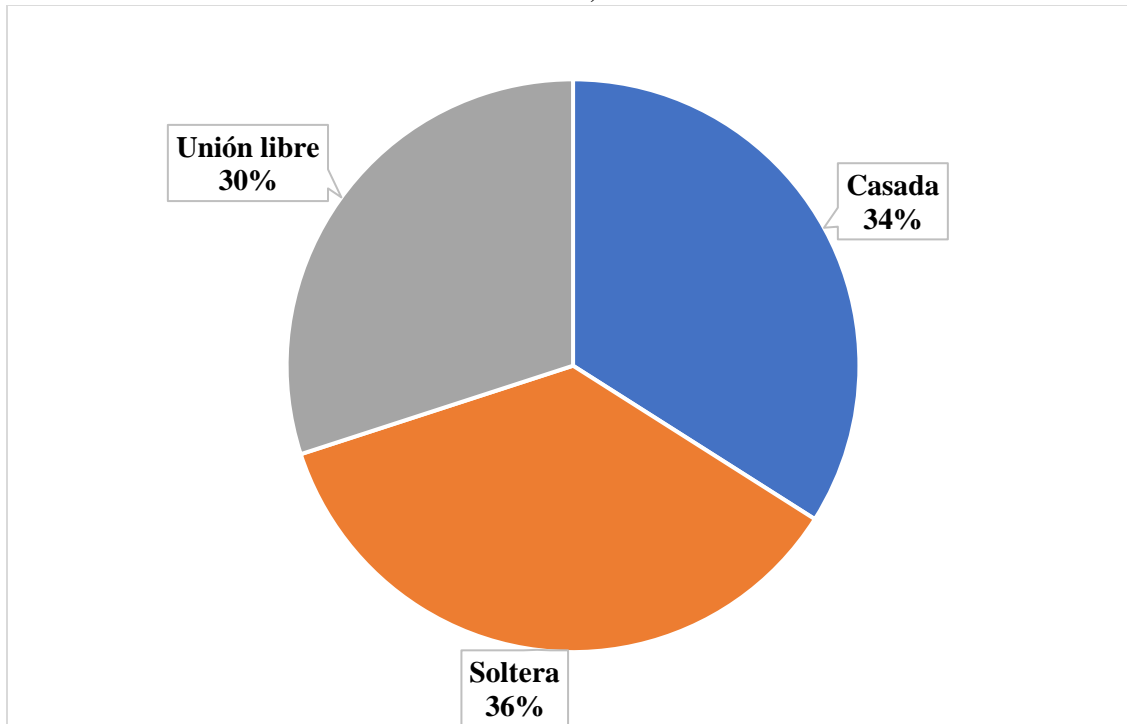
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 2
 Escolaridad de las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



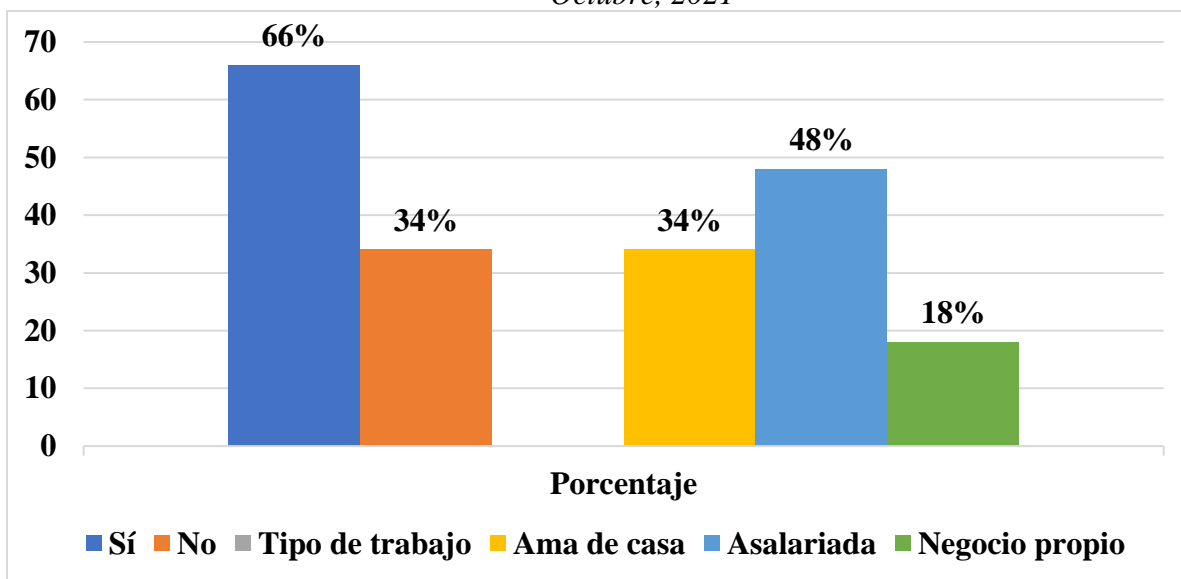
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 3
Estado civil de las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



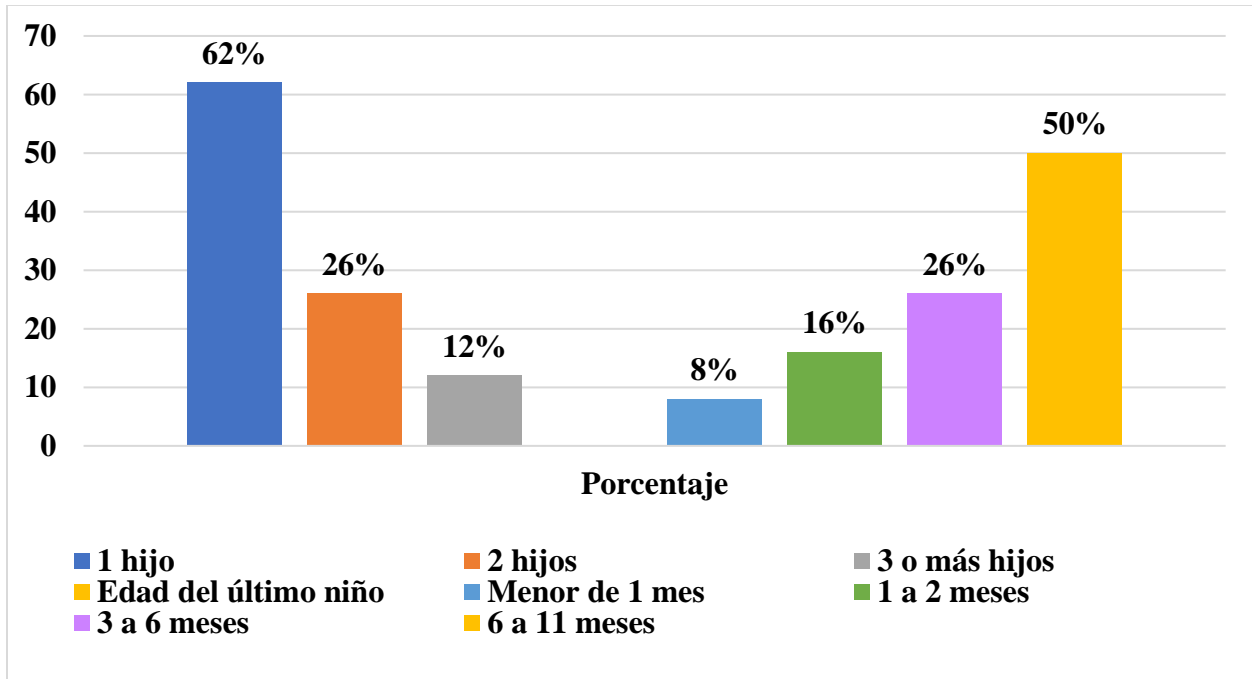
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 4
Situación laboral de las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



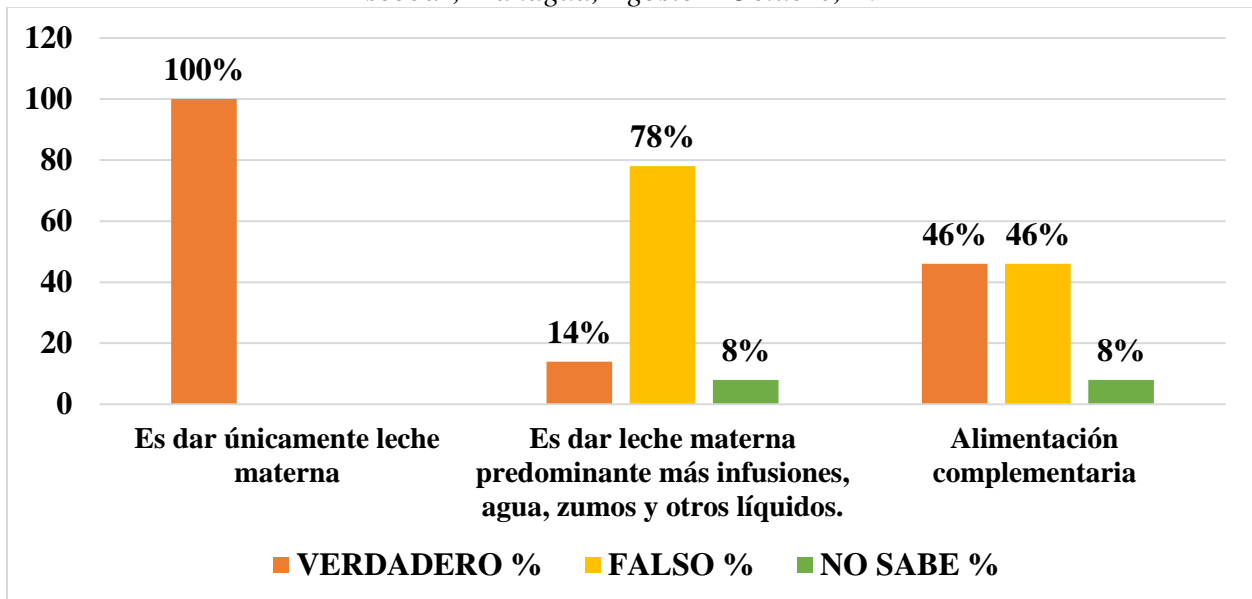
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 5
Número de hijos y edad del último hijo de las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 1

Gráfico 6
Conocimientos sobre la definición de LME en las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 2

Gráfico 7
 Conocimientos sobre las ventajas de LM en las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021

Fuente:
 Tabla 2

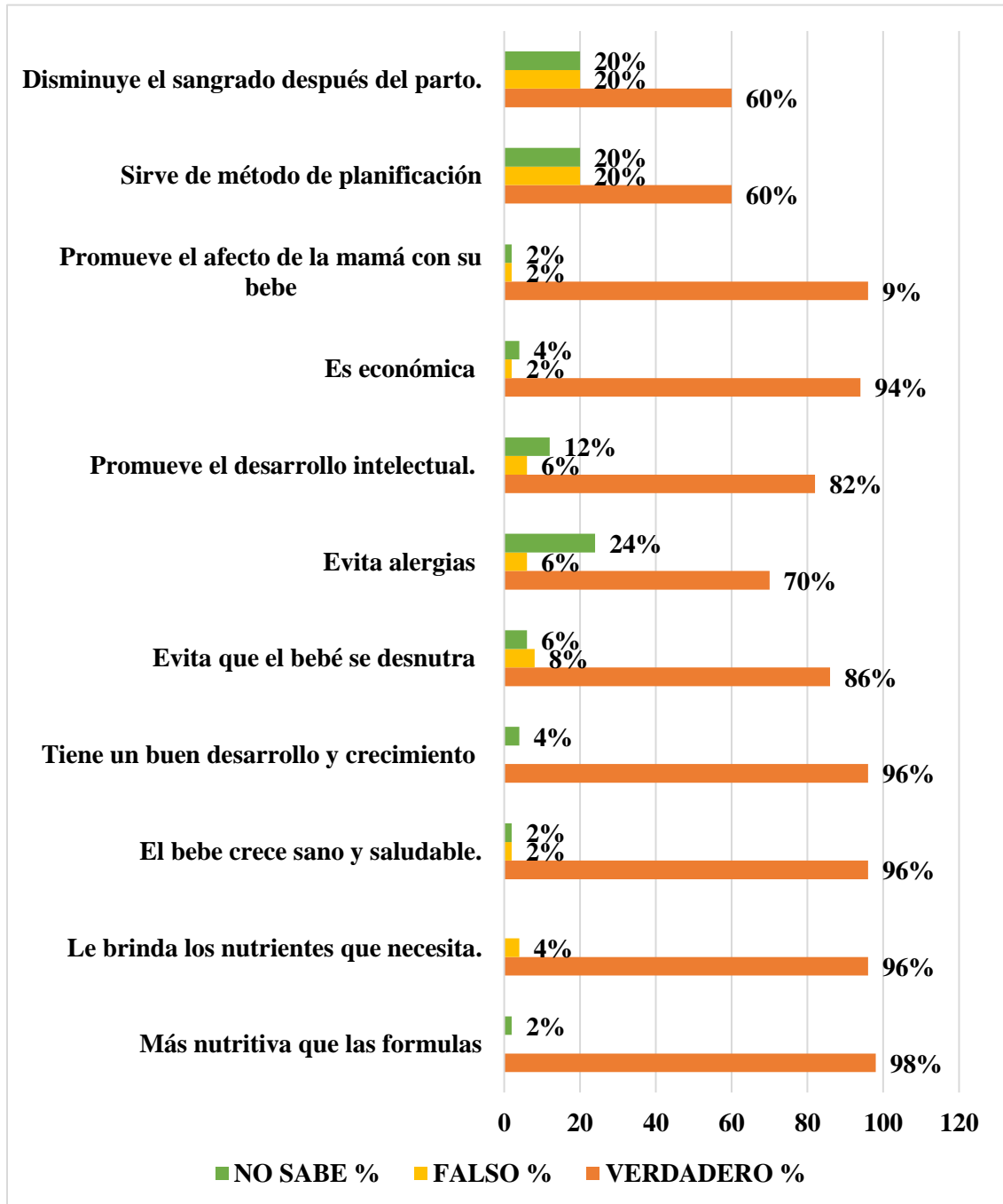
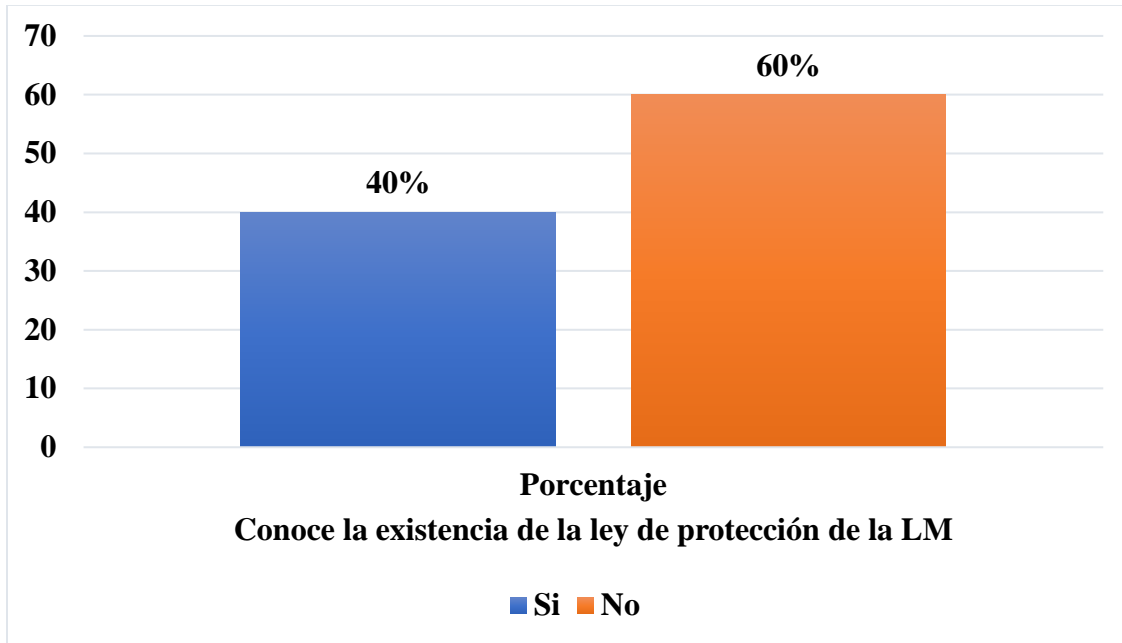


Grafico 8

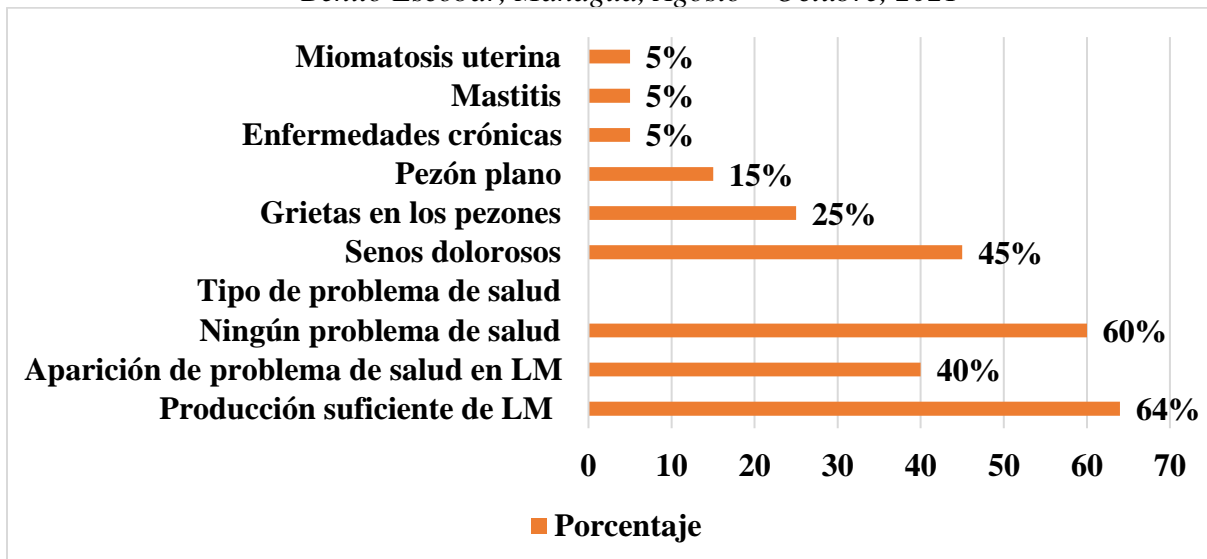
Conoce la ley de protección de LM en las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 2

Gráfico 9

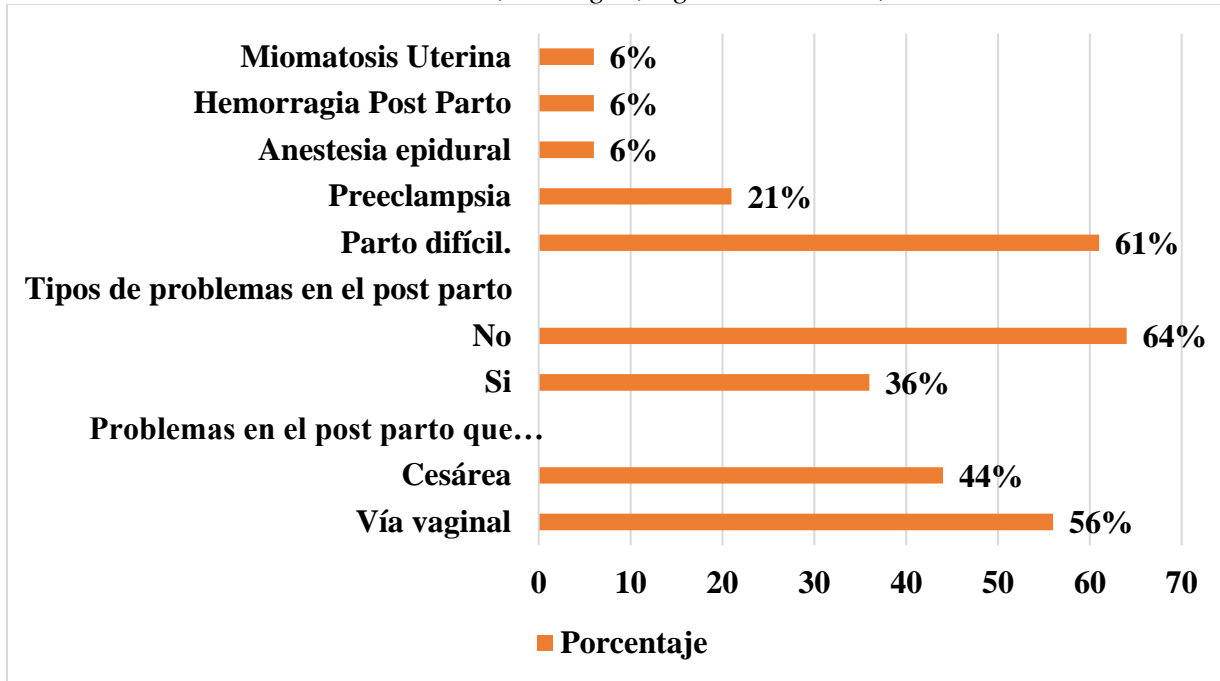
Problemas de salud materna que impidieron la LM en las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 3

Gráfico 10

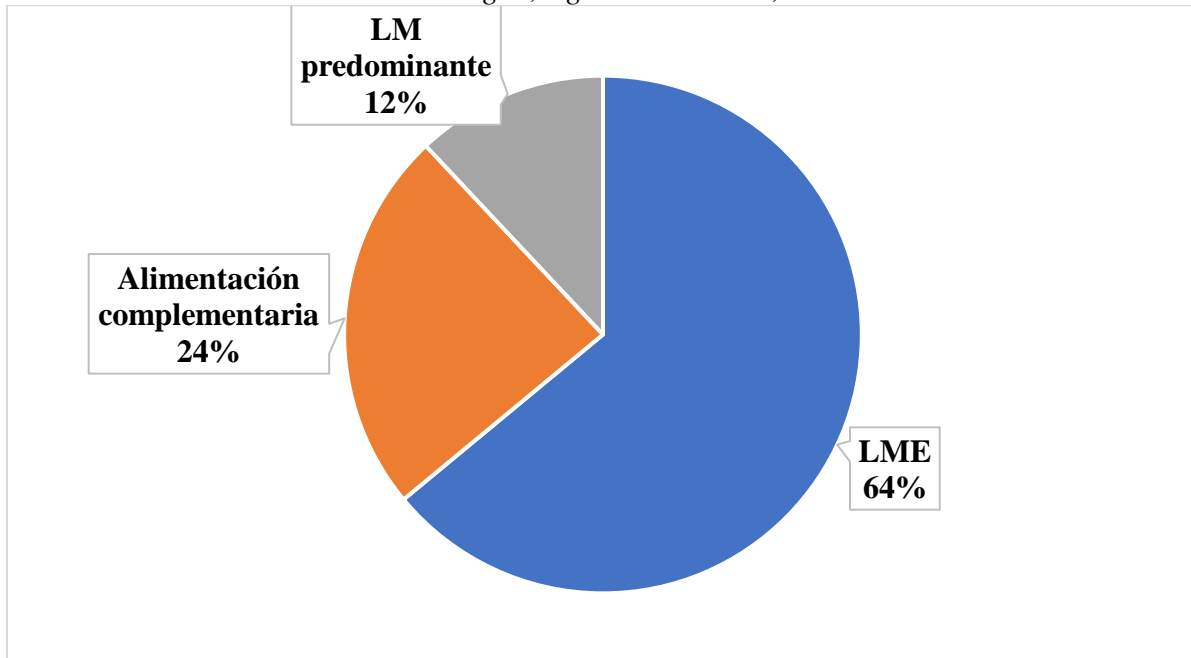
Problemas en el post parto que impidieron la LM en las madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 4

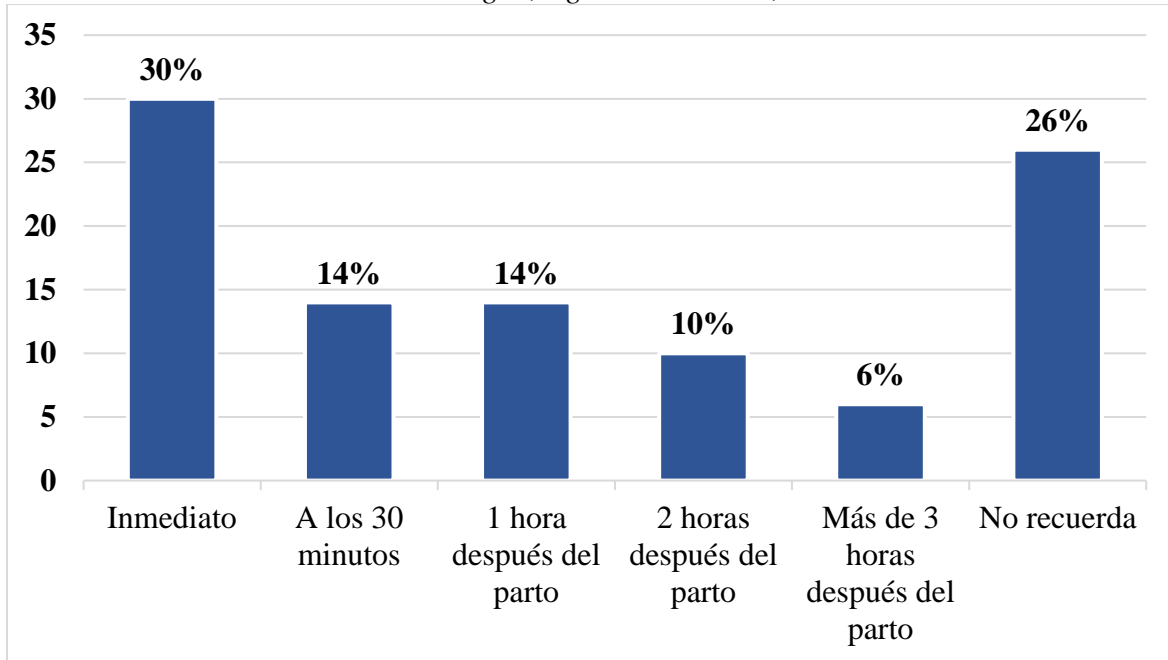
Gráfico 11

Tipo de alimentación hasta los 6 meses de madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



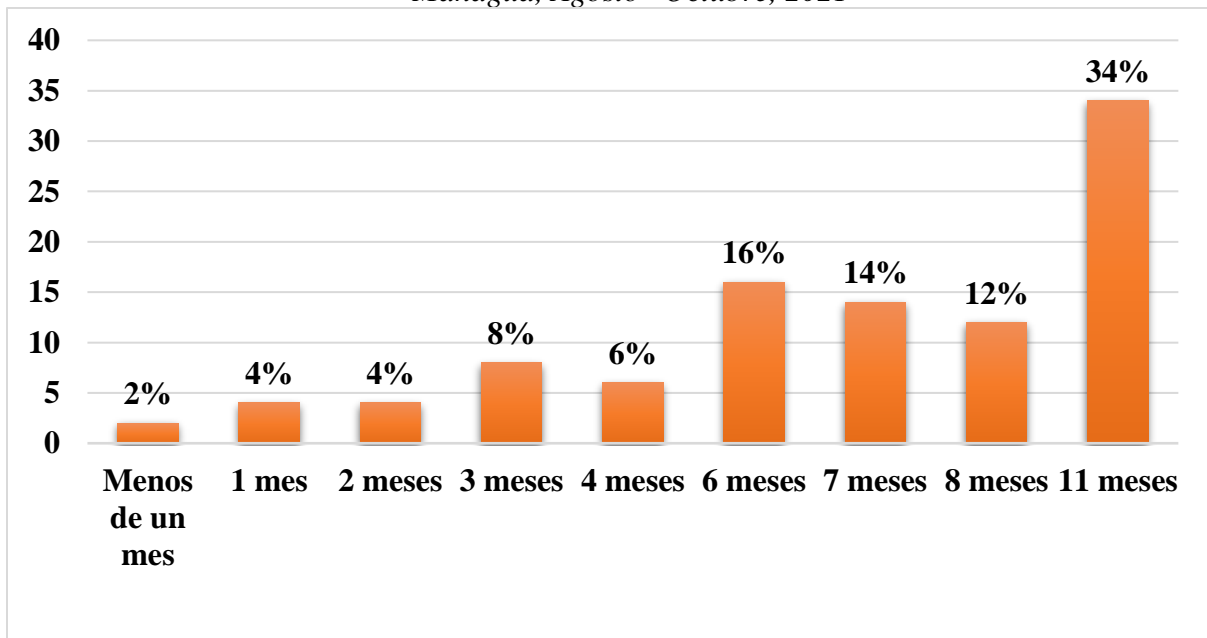
Fuente: Tabla 5

Gráfico 12
Inicio de la lactancia materna de madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



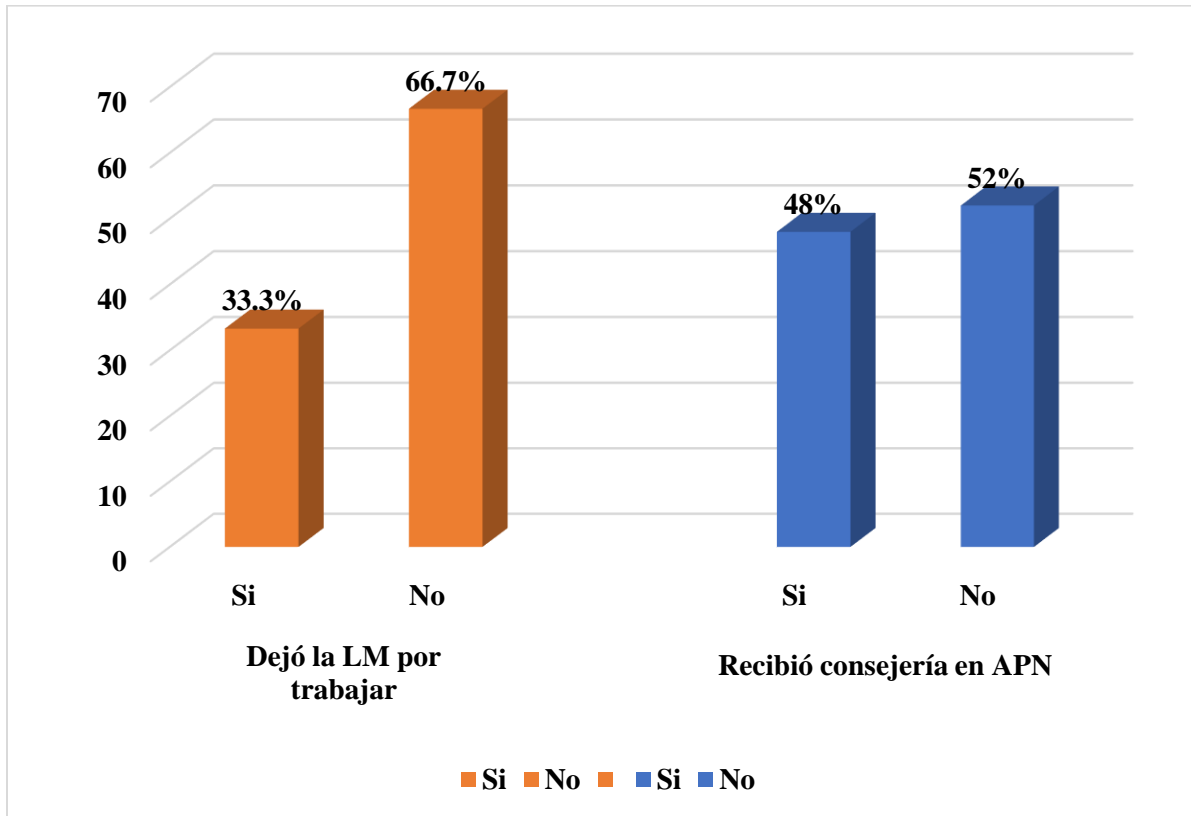
Fuente: Tabla 5

Gráfico 13
Duración de la lactancia materna de madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 5

Gráfico 14
Factores extrínsecos maternos que impiden la LM de madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 5

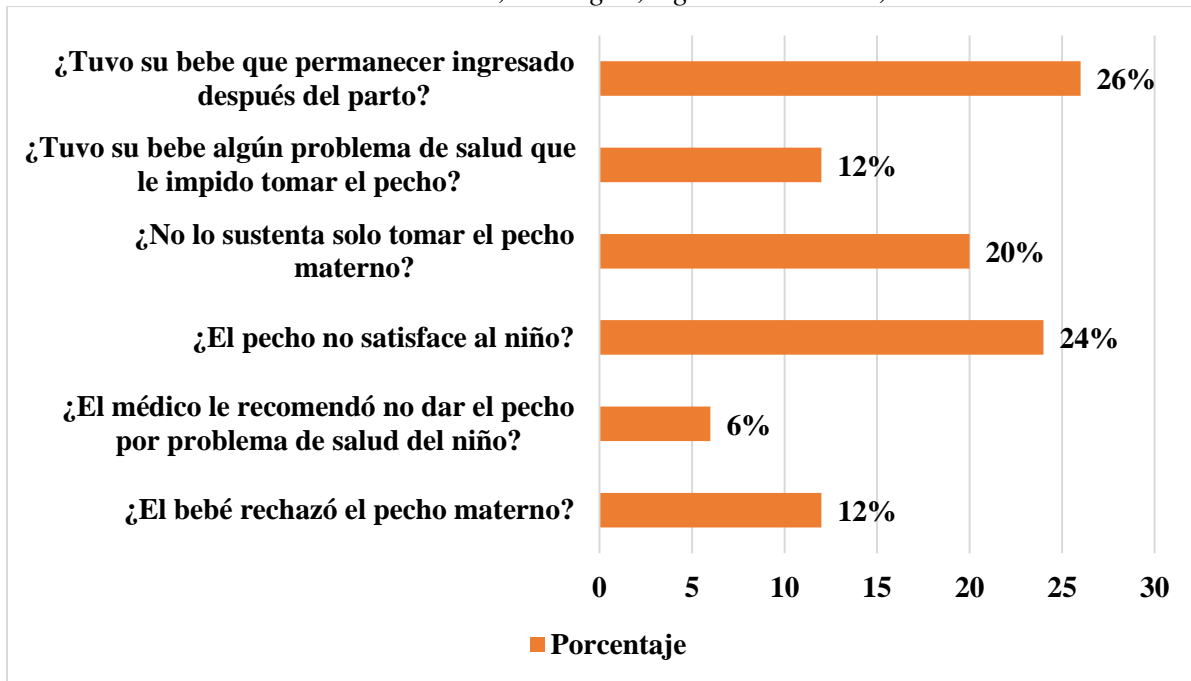
Gráfico 15

Creencias, mitos y tradiciones que impiden la LM de madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



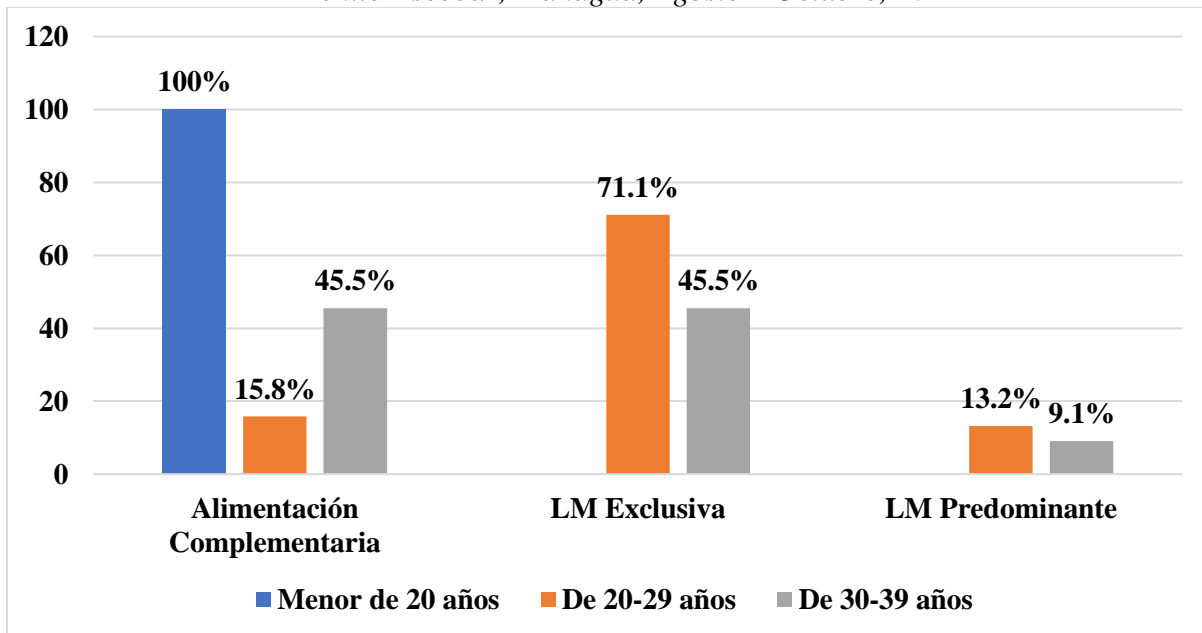
Fuente: Tabla 6

Gráfico 16
Factores relacionados con el niño que impiden la LM de madres encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 7

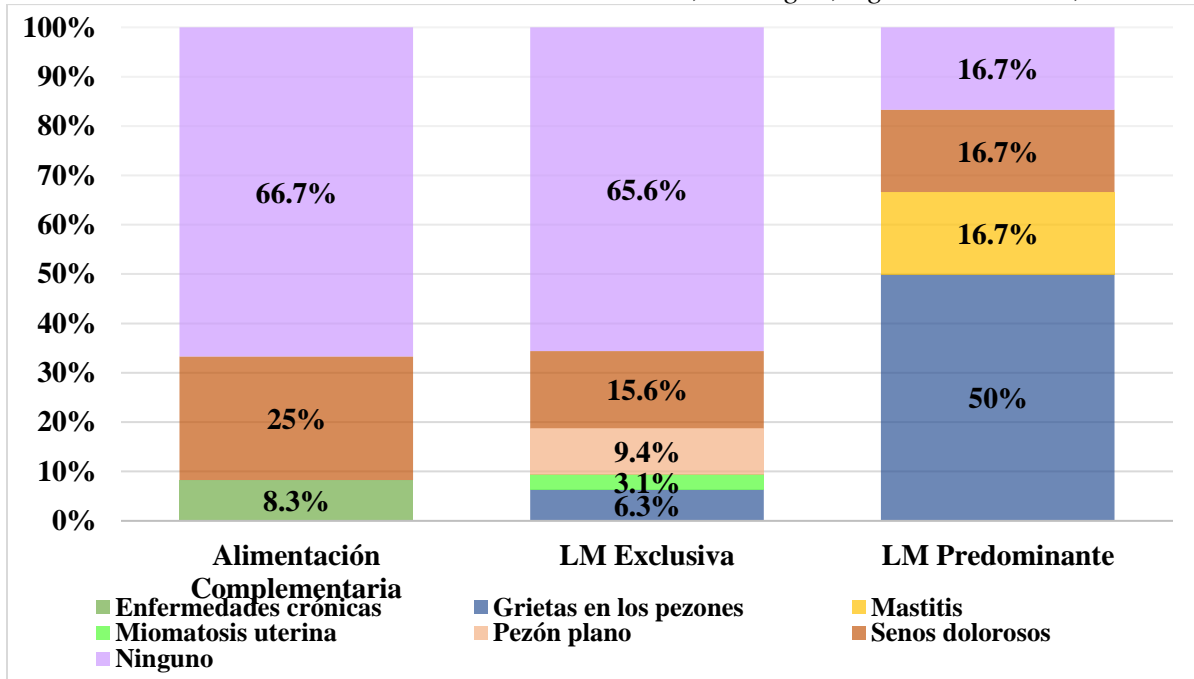
Gráfico 17
Edad vs Tipo de alimentación de los niños hasta los 6 meses en las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 8

Gráfico 18

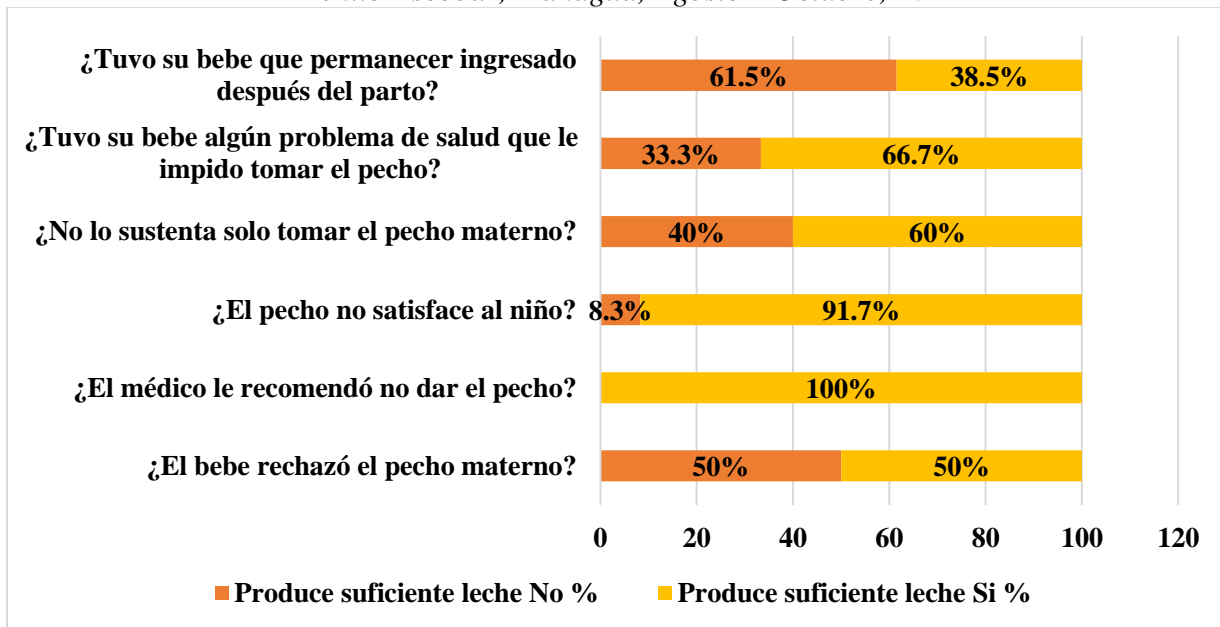
Problemas de salud maternos vs Tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 9

Gráfico 19

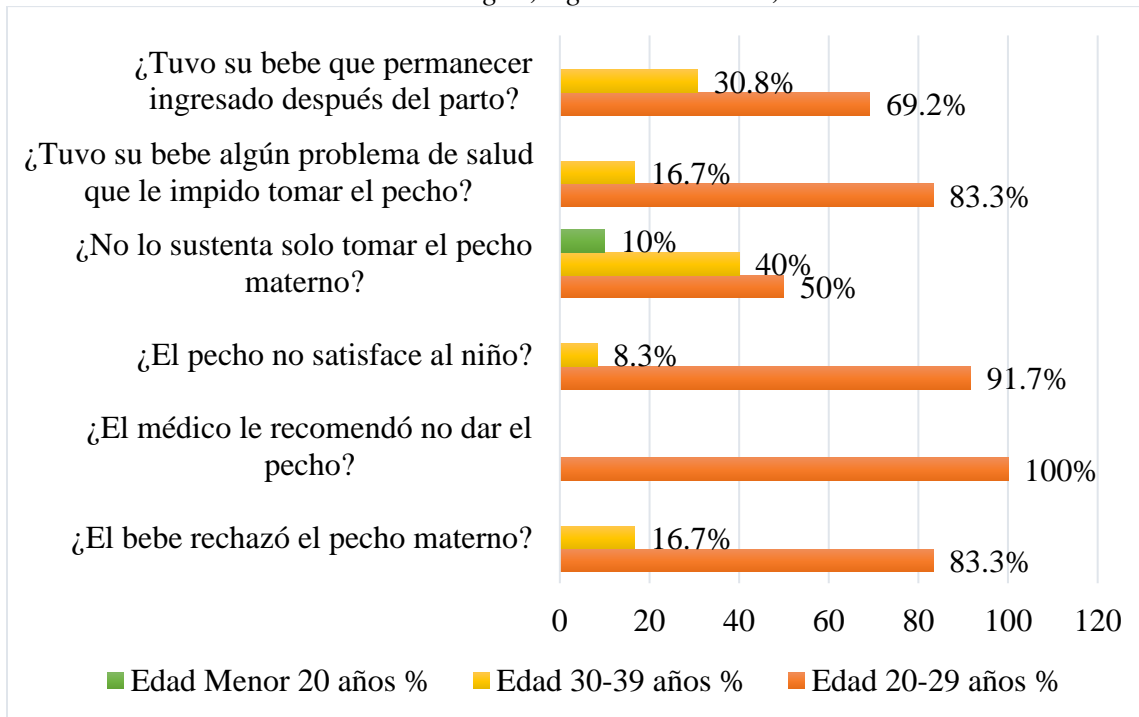
Factores relacionados con el niño vs producción suficiente de LM encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 10

Gráfico 20

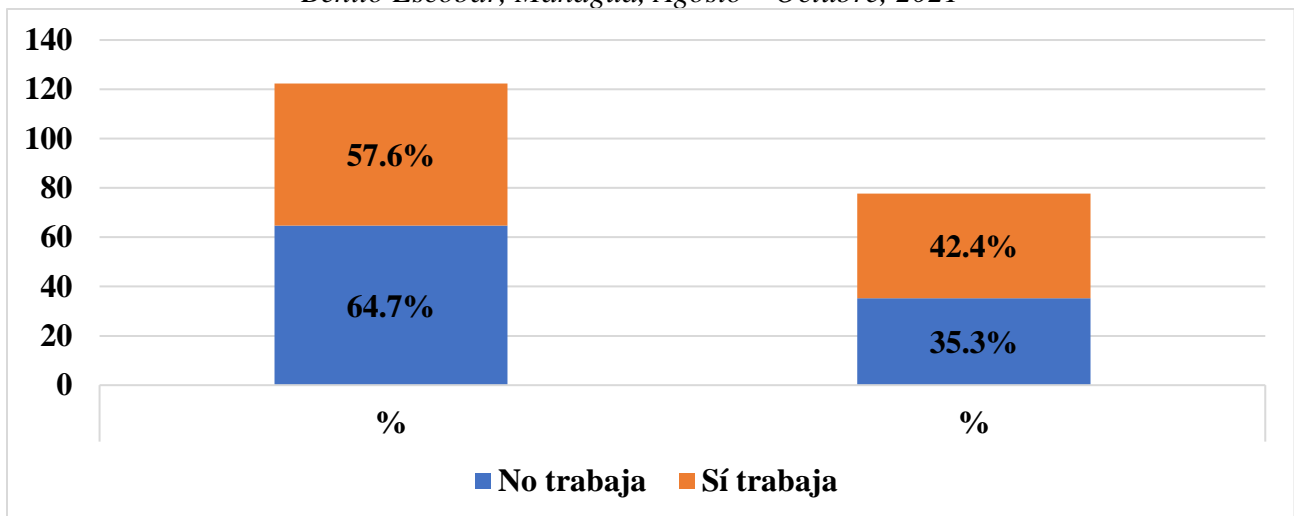
Factores relacionados con el niño vs edad de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 11

Gráfico 21

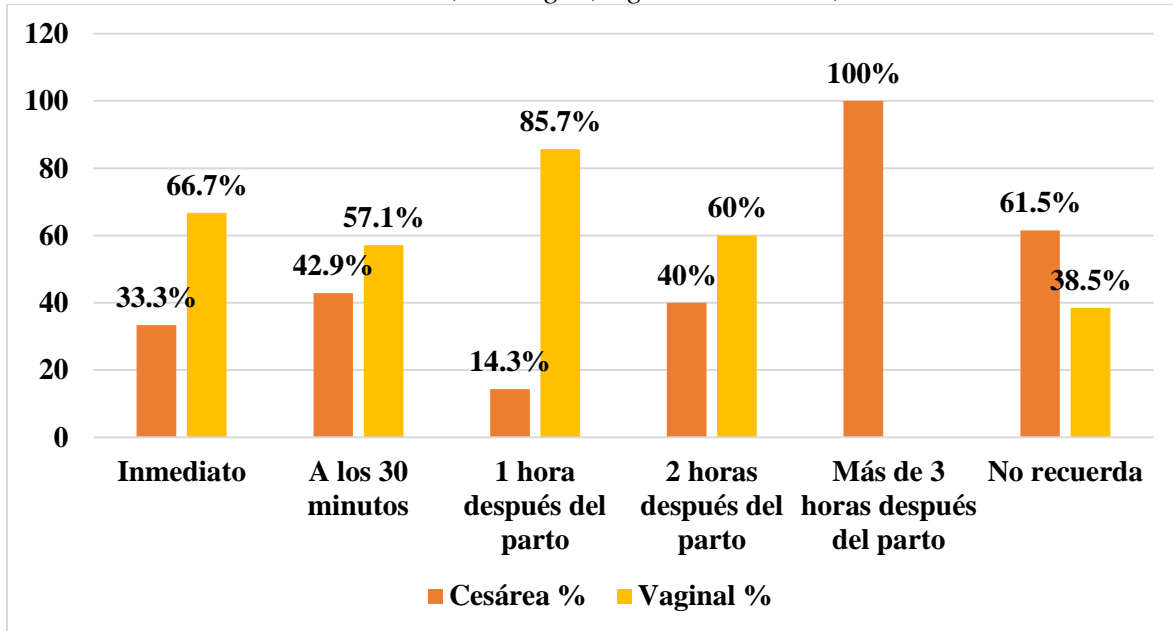
Conoce la ley de protección a LM vs trabaja actualmente de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 12

Gráfico 22

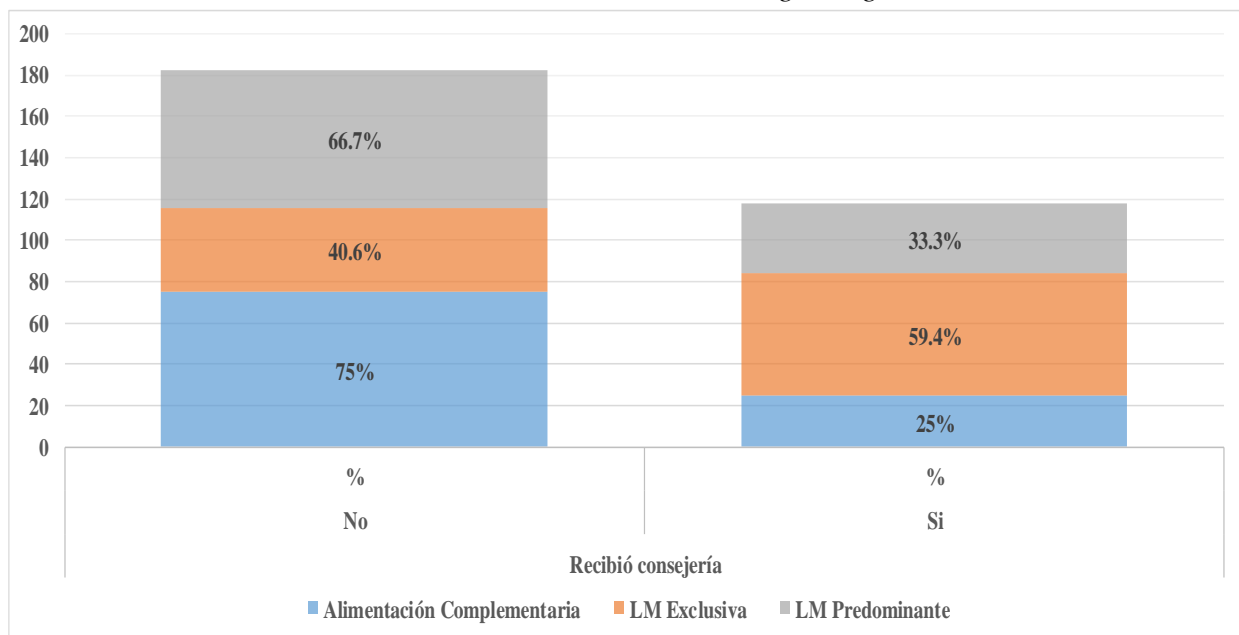
Vía del parto vs inicio de LM en puerperio inmediato de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 13

Gráfico 23

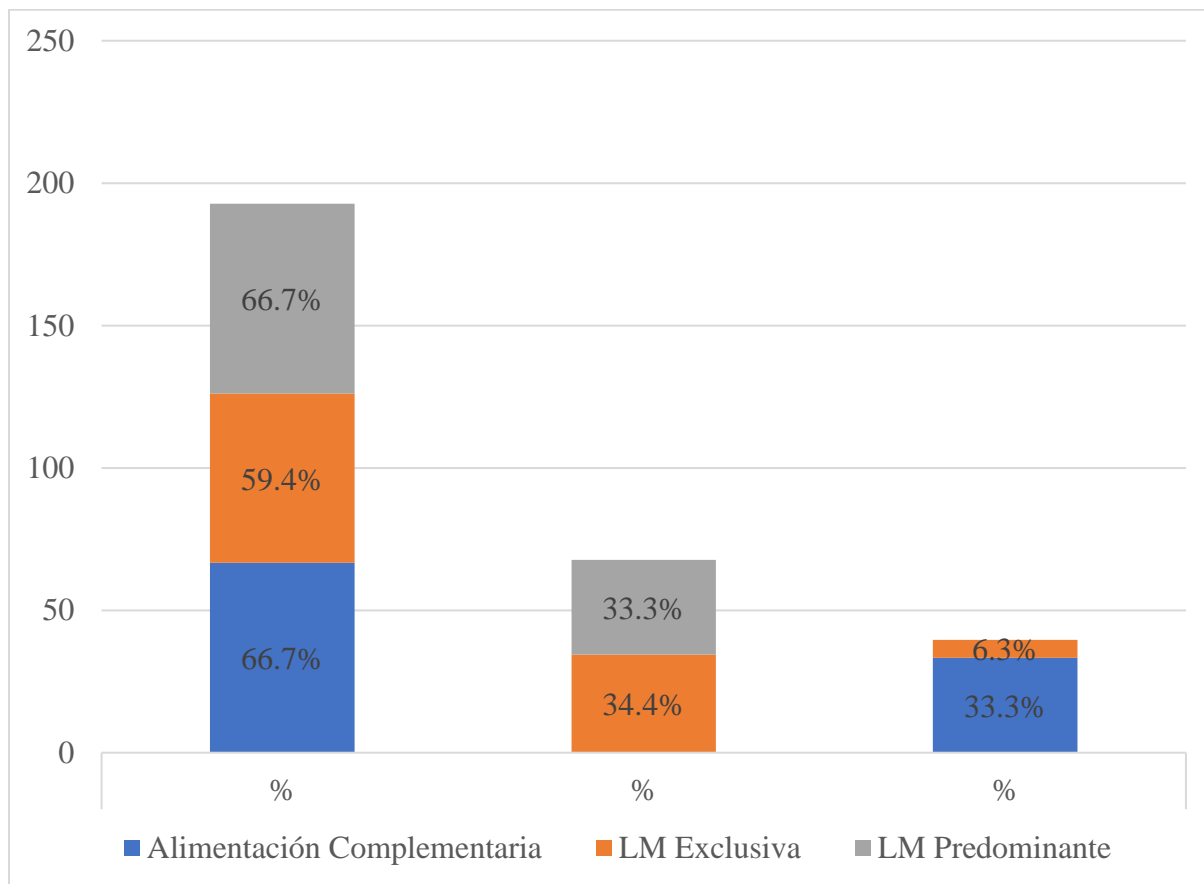
Tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses vs recibió consejería en atención prenatal de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 14

Gráfico 24

Tipo de alimentación del niño hasta los 6 meses vs número de hijos de las encuestadas en el barrio José Benito Escobar, Managua, Agosto – Octubre, 2021



Fuente: Tabla 15

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Yo _____ identificado con ID _____

abajo firmante declaro que acepto participar en la investigación.

Que será realizado por las Bachilleres de la Facultad de Ciencias Médicas de UNAN-Managua: Camila Renata Rivas Marengo, María Alejandra Ramírez Núñez y Yelba Leticia López Miranda. Acepto participar en la “Encuesta de Factores asociado al abandono a la Lactancia materna” . Asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de las investigadoras, quienes garantizan el secreto y respeto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere perjuicio y/o gastos. Sé que de tener duda sobre mi participación podre aclararlas con los investigadores. Por último, declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas, deseo participar de la presente investigación.

Dado en Managua, Nicaragua; Agosto 2021.

FIRMA DEL INFORMANTE

ANEXO 3: ENCUESTA



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ENCUESTA DE FACTORES ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA

I. DATOS GENERALES. Marque con una x según corresponda

1. Edad

Menor de 20 años De 20-29 años De 30-39 años Más de 40 años

2. Escolaridad

Ninguno Primaria Secundaria Técnico
Universitaria

3. Estado civil

Soltera Casada Unión libre

4. Ocupación:

Trabaja: Si No
Tipo de trabajo Ama de casa Asalariada Negocio propio

5. No de hijos

Uno Dos Tres y más

6. Edad del hijo en meses:

II. FACTORES INTRÍNSECOS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

2.1. Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva

Se define como lactancia materna falso o verdadero

Es dar leche materna exclusiva (únicamente leche materna)

Es dar leche materna predominante más infusiones, agua, zumos y otros líquidos.

Alimentación complementaria (leche materna con alimentos sólidos como papillas y/o líquidos como leche artificial)

2.2. Marque las Ventajas de brindar el pecho materno

Más nutritiva que las formulas

Le brinda los nutrientes que necesita.
El Bebé crece sano y saludable.
Tiene un buen desarrollo y crecimiento
Evita que el bebé se desnutra
Evita alergias
Promueve el desarrollo intelectual.
Es económica
Promueve el afecto de la mamá con su bebé
Sirve de método de planificación
Disminuye el sangrado después del parto.

2.3. ¿Conoce la existencia de leyes que promueven la lactancia materna?

Sí No

2.4. Producción de leche

¿Usted siente que produce suficiente leche materna al niño? Sí No

¿Tuvo algún de problema de salud que le afectó la producción de leche materna? Sí No

Si la respuesta fue afirmativa (SI). ¿Marque el tipo de problema de salud que tuvo?

Pechos dolorosos Mastitis Enfermedad crónica Otras especifique:

2.5. Relacionados con el parto

¿Su parto fue un parto normal (vaginal) o fue operada (cesárea)? _____

¿Presentó problemas después del parto que impidieron dar el pecho materno después? Sí No

¿Qué tipo de problemas presentó?

Con la anestesia Parto difícil. Preclamsia Otros, especifique

¿Cuándo inicio su niño (a) a tomar el pecho?

Inmediato A los 30 minutos 1 hora después del parto 2 horas después del parto

Más de 3 horas después del parto No recuerda

Marque la opción que corresponda al tipo de alimentación de su niño (a) hasta los seis meses:

Lactancia materna exclusiva (únicamente leche materna)

Lactancia materna predominante (leche materna con infusiones, agua, zumos, líquidos...)

Alimentación complementaria (leche materna con alimentos sólidos como papillas y/o líquidos como leche artificial)

¿Por cuánto tiempo su niño (a) tomó el pecho materno? _____ meses

¿Recibió consejería sobre lactancia materna durante las atenciones prenatales?

¿Dejó de dar el pecho a su niño (a) por iniciar a trabajar? Sí No

III. FACTORES EXTRÍNSECOS AL ABANDONO A LA LACTANCIA MATERNA

Marque con una X Si o No con las oraciones a continuación.

Afirmaciones	Si	No	No sabe
Hay madres que no producen suficiente leche.			
La madre que amamante debe tener una dieta especial y restringir ciertos alimentos, para evitar gases y cólicos en los niños			
Algunas mujeres producen leche de mala calidad y por eso el bebé no aumenta bien de peso.			
La mamá enferma no puede dar de mamar a su hijo.			
Se le debe dar agua o infusiones al bebé si no se llena con la leche materna, tiene gases o esta estreñido.			
La lactancia materna hará que se le “caigan” los pechos a la madre.			
Una mujer tiene que beber leche para producir leche.			
El niño debe vaciar los dos pechos en cada toma.			
Los bebés amamantados no duermen bien durante las noches			
La extracción de la leche materna es una buena forma de saber cuánta leche tiene disponible la madre			
La baja producción de leche se hereda.			
La producción de leche en la mujer depende del tamaño del seno.			
Dar pecho a demanda, genera niños dependientes y trastornos en la pareja.			
El éxito de la lactancia materna depende del tipo de parto, de la forma de los pezones y del tamaño de los pechos.			
Algunos niños son alérgicos a la leche materna.			
Hay que tomar vitaminas para tener leche materna			
Las mujeres que dan de mamar se ponen delgadas.			
Las impresiones fuertes cortan la producción de leche			

IV. FACTORES RELACIONADOS CON EL NIÑO

Preguntas	Si	No
¿Tuvo su bebe que permanecer ingresado después del parto		
¿Tuvo su bebe algún problema de salud que le impido tomar el pecho?		
¿Él bebe rechazó el pecho materno?		
¿No lo sustenta solo tomar el pecho materno?		
¿El pecho no satisface al niño?		
¿El médico le recomendó no dar el pecho?		