



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE:
MEDICO Y CIRUJANO GENERAL.**

“Conocimientos, Actitudes y Practica sobre lactancia materna en mujeres con embarazos a término del servicio ginecología Hospital Luis Felipe Moncada, Rio San Juan, periodo septiembre-diciembre 2017”

AUTORES:

Br. Edgar Johell Vílchez Cruz
Br. Katia Elena Ali

TUTORA:

Dr. Silvia Sevilla Romero
Médico y Cirujano
Especialista en Pediatría

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre la razón de mis esfuerzos, mi héroe e inspiración; A mi padre quien se ha convertido en mi ejemplo a seguir, y a cada persona que me ha apoyado en este largo camino.

Edgar J, Vílchez C.

Dedico mi esfuerzo y dedicación al completar este trabajo a mis padres espero que este pequeño gesto sea merecedor de toda la fe que pusieron en mí, a mi esposo tu amor fue el impulso de mis días y a mi familia por todo su apoyo incondicional.

Katia E. Ali

Agradecimientos

Agradecemos primeramente a nuestro señor Jehová, Dios padre todopoderoso artífice de nuestro destino y arquitecto de nuestra existencia.

A nuestros padres quienes con amor y esfuerzo nos dieron la oportunidad de completar nuestras metas y realizar nuestros sueños.

A nuestra tutora la cual con la mayor disposición nos brido su tiempo y conocimiento.

Al personal de la salud que nos permitió llevar a cabo nuestro trabajo con la mayor facilidad posible.

A las muchas madres que compartieron la materialización de su amor en forma de una lactancia amorosa.

Resumen

Realizamos un estudio valorando los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados a la lactancia materna de las mujeres puérperas ingresadas en la sala de ginecología del hospital Luis Felipe Moncada , en una población de 518 mujeres con una muestra de 221 participantes , el grupo poblacional estuvo conformado principalmente por mujeres jóvenes menores de 24 años en un 64% , de procedencia predominante rural y con un bajo nivel de analfabetismo 9% , en las cuales observamos que la población posee un correcto nivel de conocimientos adecuados hasta en un 67% de la población , siendo el conocimiento relacionado a los beneficios maternos infantiles los de más alta valoración correctos hasta en el 94% de la población , y siendo los trabajadores de la salud la fuente de información más común llegando hasta al 96% de la población, la valoración de la aptitud de la población mostro una fuerte participación del cónyuge hasta en un 90% siendo esta y la actitud hacia la lactancia en publico la de mejor valoración , la valoración de las prácticas relacionadas a la lactancia fue la de menor valoración sobre todo en los aspectos de extracción de leche y uso de sucedáneos artificiales siendo esta la practica más común.

INDICE

I.	INTRODUCCION:	5
II.	ANTECEDENTES.....	7
III.	JUSTIFICACIÓN	12
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
V.	OBJETIVOS.....	15
	OBJETIVO GENERAL:	15
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	15
VI.	MARCO TEORICO	16
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO:.....	39
VIII.	RESULTADOS:.....	59
IX.	DISCUSION DE RESULTADOS:	64
X.	CONCLUSIONES:	70
XI.	RECOMENDACIONES.....	72
XII.	BIBLIOGRAFIA	73
XIII.	ANEXOS.....	75

I. INTRODUCCION

La leche materna es el alimento esencial para los lactantes en cuanto a calidad, consistencia, composición, temperatura y equilibrio de nutrientes, es un compuesto biológico que proporciona activamente inmunidad y estimula el desarrollo psicosocial y psicomotor del lactante. (10)

El amamantamiento provee al lactante y a la madre una serie de beneficios muy bien descrito y conocidos , citando fuentes internacionales como UNICEF (The United Nations Children's Fund) la cual asegura que solo el echo de recibir lactancia materna exclusiva por los 6 primeros meses de vida aumenta la probabilidad de vida del lactante hasta en 6 veces en comparación con los lactantes que no recibieron lactancia , principalmente debido a la disminución de infecciones gastrointestinales y respiratorias causas de gran importancia con respecto a mortalidad infantil . (20)

Mencionando también beneficios maternos como son la disminución de hemorragias puerperales tardías , sepsis puerperal y restitución del periodo menstrual (1) , además de los beneficios estéticos en la madre como es la pérdida de peso materno y distribución de grasa (1), con respecto al factor económico menester en sociedades de poco recursos materiales y un alto número de embarazo en población con un bajo nivel social (1) , la lactación materna exclusiva puede originar la disminución de hasta 200 dólares de gasto mensual evitando la compra de derivados y fórmulas de lactancia artificiales (1).

La sustitución de la lactancia materna por fórmulas de lactancia artificiales es una conducta cada vez más en aumento , no solo hospiciaria por la tácticas de ventas y comerciales de empresas que ofrecen tales productos , sino además y principalmente por la falta de conocimientos de la población (1), por lo que la verdadera medida para aumentar la conductas

que favorezcan la lactancia maternas son las medidas educacionales dirigidas a las estratos sociales más bajos que paradójicamente son los que más crecientemente adoptan esta conducta.

(1)

Por los muchos beneficios que ofrece y las graves consecuencias que puede provocar su ausencia, la lactancia materna exclusiva debe considerarse una meta general de desarrollo social, por lo que nos hemos propuesto conocer los conocimientos, actitudes y practicas sobre ella en las mujeres con embarazo a término ingresadas en la sala de ginecología del hospital Luis Felipe Moncada (HLFM) de la ciudad de San Carlos, Rio San Juan

II. ANTECEDENTES

Desde hace más de 2 décadas la Organización mundial de la salud se ha planteado la meta de desarrollar practicas y estrategias que favorezcan y garanticen la lactancia materna, sobre todo en poblaciones con alta tasas de mortalidad neonatal e infantil como es el caso de los pueblos de Latinoamérica y el caribe (10)(20).

Mediante la publicación de guías y normas estandarizadas buscaron informar de manera clara a la población diana los beneficios que ofrece la lactancia materna tanto a la madre como al bebe (10), posteriormente los países miembros adoptaron tales guías desarrollando estrategias propias que favorecían la práctica de la lactancia , países como Colombia , chile y ecuador desarrollaron medidas como la de "Hospital amigos de los niños " que mediante campañas de educación en los hospitales buscaba aumentar la práctica de la lactancia materna en su población(8), estas medida hasta el día de hoy sigue en uso hospiciaria por la OMS (Organización Mundial De La Salud) y empleada en más de 150 hospitales en Latinoamérica .(2) y sustituyendo el gasto de su compran por medios de capacitación humano en la practicas de correcta lactancia .

Toda estas medidas internacionales se vieron reflejadas en las medidas internas llevadas a cabo por el ministerio de salud de nuestro país, lo primero la formulación de guías que incluían la lactancia materna como un tema decisivo en la formación médica pediátrica y ginecológica desde la década de 1990 con la publicación de la guías para el abordaje de las enfermedades mas comunes de la infancia y malnutrición (AIEPI clínico y hospitalario) , además de las

normas para el manejo del recién nacido y control prenatal de bajo riesgo en su primera edición de 1992.(11)(12)(15)

Además, se llevaron a cabo estrategias que buscaban impedir la ablactación temprana mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de la niñez, originando una educación continua con los padres, así surgiría la iniciativa PROCOSAN precursora de la iniciativa de uso actual PAMOR. (13)

Aun llevando a cabo estas estrategias la encuesta nicaragüense en demografía y salud (ENDESA) en su edición 2011-2012 muestra que la mortalidad neonatal tiene una prevalencia cercana al 6.5% siendo los departamentos con grandes áreas rurales entre los que se encuentra Rio San Juan (RSJ) los más afectados con una prevalencia individual cercana al 8%, además la misma encuesta muestra el dato que la lactancia materna exclusiva solo se practica por un 3% de la población los primeros 6 meses de vida , esto en contra de las disposiciones plasmadas en las normas de manejo de la niñez, siendo al menos de manera descriptiva ,obvia la relación causal entre la ausencia de lactancia materna y las altas tasas de mortalidad neonatal (14).

Se ha identificado de una amplia manera mediante múltiples estudios de enfoque subjetivo y etnográficos que de manera general las personas conocen los beneficios de la lactancia materna e incluso tienen una opinión positiva a realizarla, pero son pocos los grupos poblacionales que realizan adecuadamente la lactancia materna.

Se consulto diversos estudios internacionales que mostraran los valores de prevalencia de lactancia materna en sociedades desarrolladas para demostrar un contraste con los valores nacionales, dentro de los cuales está el de Sánchez. F (hospital virgen del camino 2010.pamplona) estudio de corte transversal con una población de 1170 participantes que demostró la alta prevalencia de lactancia materna en los países desarrollados alcanzando hasta

un 78% al nacimiento, aun así, la prevalencia lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida es de apenas 17% con un máximo de deserción al primer trimestre de vida. (1)

Estudios CAP llevados a cabo en países latinoamericanos que aunque con rasgos demográficos mas parecidos al nuestro pero con un mayor nivel de desarrollo como el de dos Santos, L & Gubert F. (2016, Universidad federal del Cearal . Brasil.) llevado a cabo con 81 participantes demostró que el nivel de conocimiento es muy bueno en la gran mayoría de las participantes (90%) y en menor nivel las practicas correctas (76%). (3)

A nivel nacional encontramos diversas fuentes de bibliografía mencionando a:

Maradiaga. L y Hernández, F (HRSJ-Carazo,2009) estudiaron conocimiento actitudes y practicas sobre lactancia materna exclusiva en 175 mujeres atendidas en maternidad, caracterizadas por tener entre 15-24 años casadas, del área urbana, con secundaria completa y amas de casa. Recibieron información del personal del centro de salud, especialmente sobre lactancia materna exclusiva, consideraron que el nivel de conocimiento era regular. (9)

Barrios y Méndez (Hospital Berta Calderón Roque, 2009) estudiaron conocimiento, actitud y prácticas en paciente ingresadas en el servicio de maternidad, conformado por 319 pacientes entrevistadas, 39.5% oscilaba entre edades de 15-19 años, el 81.5% pertenecían a zonas urbanas, 59.2% eran acompañadas. 33.2% con nivel de escolaridad cursando en secundaria incompleta, 69.9%, amas de casa, 39.8% de religión evangélica con respecto al nivel de conocimiento fue regular en un 64.9% y deficiente en un 18.5%, Con respecto a las practicas se concluyó que eran adecuadas en un 56.4% e inadecuadas en un 43.6%. Las actitudes fueron positivas con un 89% y el 57.1% recibió información de un medio y/o enfermera. (2)

Ramírez. L y Ortega. J. (2010) estudiaron los conocimiento, actitudes y prácticas del personal médico sobre LM caracterizado por tener edades de 31-40 años, ser médicos

residentes, con 1-5 años de antigüedad laboral y antecedentes de 1-3 capacitaciones. El nivel de conocimiento y actitudes sobre lactancia materna en el personal médico del Hospital Berta calderón Roque fue regular y el nivel de prácticas fue malo. (16)

Garmendia. F (HMADB-Managua, 2010) estudio un conocimiento, actitudes y practicas sobre lactancia materna de madres de menores de seis meses atendidos en consulta externa de pediatría (madres de 17-38 años, nivel académico superior, dos hijos promedio), encontrando buenos niveles de conocimiento entre las encuestas: 100% conoce que dar solo el pecho protege de enfermedades diarreicas, infecciones de oído y neumonía grave , 95% conoce que la lactancia materna contiene toda la energía, vitaminas y agua que su bebe necesita para crecer y desarrollarse adecuadamente. 76% que se recomienda destetar gradualmente después del segundo año de vida y 71% que debe de dar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. En cuanto a la práctica, el 100% respondió que protege a su bebe brindándole lactancia materna los primeros meses e inicio la introducción de alimentos distintos a la leche a partir de los seis meses y que noto mayor vínculo afectivo al darle pecho materno al bebe.(4)

Selva Gómez y Llanes Blanco (Municipio de la Cruz del Rio Grande y Karawala, Región Autónoma Atlántico Sur. 2009) estudiaron conocimiento, actitud y sobre lactancia materna con madres de niños menores de seis meses encontrándose que el 79.7% de las mujeres eran casadas y/o acompañadas, lo que influirá positivamente al momento de mantener la lactancia, 40.7% de las madres eran analfabeta por lo que tienen un nivel de conocimiento deficiente. El 100% eran amas de casa, razón que favorecía la lactancia materna, encontrándose un 98% que las madres practican la lactancia a libre demanda. (18)

Sin duda la lactancia materna juega un papel de gran importancia y es una prioridad para el sistema de salud, y aunque son altos los conocimientos de la población con respecto a sus beneficios aún falta adquirir las practicas correctas para poder realizarlas adecuadamente, consideremos que al realizar nuestro trabajo investigativos podemos observar y describir las conductas y prácticas de la población con respecto a este importante tema.

III. JUSTIFICACIÓN

Resulta obvio la importancia que representa la lactancia materna en el desarrollo físico, mental y cognitivo de la niñez, este líquido de vida aporta la cantidad exacta de nutriente y elementos necesario para el crecimiento, además de aportar importantes elementos de inmunidad siendo el único compuesto orgánico conocido que trasfiere de manera activa elementos de protección humoral.

Conociendo las múltiples ventajas que aporta la lactancia materna al desarrollo infantil se pensaría que su aceptación y cumplimientos por parte de las madres sería unánime y que su práctica sería una prioridad, sin embargo, hay fuertes evidencias que apunta que los conocimientos y practicas con respecto a este tema son insuficientes en la mayoría de los casos.

En Nicaragua según datos oficiales, solamente el 58% de los neonatos reciben lactancia y de manera más alarmante aun solo el 28 % de las lactantes menores reciben lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad. (14)

Es por la tanto que resulta indispensable conocer el nivel de conocimiento de las futuras madres para evitar paradigmas negativos alrededor de la lactancia materna, y la eficiencia de las practicas que realizan con respecto al amamantamiento para saber si el acto de lactar se realiza de la manera más eficaz posible.

En el departamento de Rio San Juan, zona predominantemente rural y con uno de los indicadores de mortalidad infantil más alto del país se ha descrito un bajo nivel de prácticas positivas que favorezcan la lactancia por lo que la comprensión del contexto etnográfico es esencial en la búsqueda de una solución al problema.

La aplicación de estudios CAP aporta múltiples beneficios, útiles en la comprensión de problemas asociados a la conducta de las personas hacia determinados factores, nuestro plan de actuación principalmente busca mediante la aplicación de medios de recolección de datos sencillos reconocer y valorar el nivel de aceptación de las madres hacia la lactancia materna.

De esta manera una vez identificado los factores en los cuales las personas muestran mayor vulnerabilidad hacia la práctica de lactancia materna, generar intervenciones practicas que busquen mejorar el conocimiento y las prácticas de las personas hacia esta.

Además, la comprensión del medio y del contexto de las personas participantes nos ayuda a determinar cuales son los medios de intervención mas acertados para generar una respuesta positiva en las personas, ya sea audiovisual, virtual, escrito o personal.

Por tales razones consideramos que nuestro trabajo será una útil herramienta que podrá valorar la apreciación general de la población con respecto a la lactancia materna y podrá identificar errores claves que podrán ser mejorados en la práctica de amamantamiento, impulsando la lactancia materna como una estrategia de prevención en contra de la mortalidad infantil.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ministerio de salud apoyado por la OMS ha creado estrategias y programas que buscan combatir de manera activa la mortalidad infantil, es ampliamente conocido que la practica adecuada de lactancia materna es uno de los factores primordiales a tratar, además de uno de los más rentable con respecto a costo-beneficio.

En Nicaragua en contra de estas estrategias los porcentajes de niños bajo lactancia materna son uno de los más bajos de la región, y la tasa de mortalidad infantil de manera inversamente proporcional es una de las altas (14).

Se ha identificado que, aunque de manera general el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna es conocidos las actitudes hacia ella y las prácticas al efectuarla son defectuosas, por lo que la comprensión de este fenómeno es fundamental para llevar a cabo estrategias dirigidas a corregirlo.

Por los datos antes expuesto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en las mujeres con embarazo a término ingresadas en la sala de Ginecología del Hospital Luis Felipe Moncada de la ciudad de San Carlos, Rio San Juan en el periodo comprendido entre septiembre y diciembre del año 2017?

V. Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

Identificar el nivel de conocimiento, actitudes y práctica de la lactancia materna en mujeres con embarazo a término que se encuentran en la sala de Ginecología del Hospital Luis Felipe Moncada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características socio-demográficas de las mujeres incluidas en el estudio.
- Valorar los conocimientos que poseen las mujeres incluidas en el estudio sobre lactancia materna.
- Conocer las actitudes que poseen las mujeres incluidas en el estudio sobre la lactancia materna.
- Calificar las prácticas de lactancia materna llevadas a cabo por las mujeres incluidas en el estudio.

VI. Marco Teórico

Desde comienzo del siglo XXI el ámbito de la investigación se ha visto modificado por los nuevos enfoques investigativos, el paradigma positivista y sus métodos cuantitativos se han doblegados ante tendencias de investigación más holísticas, que no solo buscan medir fenómenos aislados de manera exacta, sino comprender la razón del por qué ocurren, permitiendo al investigador profundizar en todos los aspectos sociales que conforman un determinado fenómeno (8).

Uno de los principales paradigmas que surgió como respuesta a la búsqueda de la comprensión de los fenómenos sociales, amplios en sus definiciones para ser valoradas bajo el paradigma positivista, fue el enfoque etnográfico que surge bajo un enfoque cualitativo del problema, este enfoque no solo permite valores variables de maneras mecánicas, sino que mediante una convivencia directa con la población busca encontrar el verdadero significado que tiene un determinado problema en ella, expandiendo el estudio del problema hacia su significado, comprensión, consecuencias y trascendencia dentro de la población(8).

Los estudios de valoración CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), son unos de los modelos etnográficos más utilizados actualmente, su metodología no solo permite utilizar variables cuantitativas en la descripción de una población, sino que, además, permite una comprensión subjetiva del problema, mediante la utilización de variables cualitativas se puede profundizar en opiniones y actitudes que llevan a desarrollar a la población ciertos fenómenos (8).

En cuantos a los estudios CAP los parámetros que evaluamos son:

Conocimiento

Este término que se usa en el sentido del hecho, información, conceptos; pero también comprensión y análisis. Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, aunque es esencial para que las personas hagan conciencia y adopte o modifique una determinada conducta. Dicho conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas (5).

Actitud

Están son adquiridas y no heredadas, obtenidas del conocimiento empírico por lo que su desarrollo implica socialización y hábito. Las actitudes también son la predisposición o tendencia a actuar (5).

Práctica

Es la respuesta establecida para una situación común. El comportamiento humano está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones. Es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa, siendo las practicas regulares llamados hábitos (5).

a. Lactancia materna

b.1 Historia

El ser humano desde sus inicios primitivos ha lactado, siendo la característica primordial del género de los mamíferos al cual pertenecen, por lo tanto, resulta simple comprender que la historia de la lactancia materna está ligada desde sus inicios con la historia de la humanidad .

Los indicios primitivos se observan en pinturas rupestres que mostraban cuadros de madres dando de lactar a sus hijos y en esculturas exuberantes de afroditas esbeltas con pechos sugerentes como una representación simbólica del poder femenino manifestado en la lactancia. Posteriormente en la fundación de las primeras grandes civilizaciones como la egipcia y babilónica más de 10,000 A.C, hay papiros y documentos que certifican el conocimiento y la importancia que se le daba a la lactancia, considerándola indispensable para la vida.

Las culturas occidentales primitivas como la romana y griega, aunque superficial en su comprensión, conocían la importancia de lactancia tanto así que en los mitos entorno a sus fundaciones resulta obvio su analogía a la vida, observada principalmente en el mito de Rómulo y Remo fundadores de roma.

En los estados griegos se observan el surgimiento de uno de los principales paradigmas negativo en torno a la lactancia como es , la relación del envejecimiento y desgaste materno al efectuar la lactancia , aunque esto no fue obstáculo para que la lactancia se llevara a cabo , algunas mujeres de la alta sociedad preferían acudir a nodrizas para lactar a su hijos , echo común en la nobleza de los reinos europeos donde se consideraba inadecuado que la mujeres de la realeza dieran lactancia , pero se consideraba de estricto cumplimiento la sustitución de la madre en su tarea por una nodriza , la cual gozaba de un gran nivel social y de grandes beneficios .

En la población del medievo y feudalismo donde la mortalidad infantil tenía una prevalencia aproximada del 60 %, la lactancia materna se considera el factor primordial en la supervivencia infantil, siendo común la selección por parte la madre de dar lactancia solamente al vástago con mayor probabilidad de vida, condenando a los más débiles al destete y con toda

seguridad a la muerte en caso de embarazo múltiples o periodos intergenésicos demasiados cortos.

Para el siglo XVI era conocido ya los grandes beneficios que aportaba la leche materna a la salud de los infantes, siendo común el uso de leche materna para tratar diferente patología gastrointestinal y respiratoria, llegada a ser ingerida incluso por adultos en su afán por una mejor salud.

A partir del siglo XVIII y XIX con el surgimiento de la edad industrial el papel de la mujer como una ama de casa dedicada exclusivamente al cuidado de los niños comenzó a cambiar desarrollando el papel de un individuo laboralmente activo, acto el cual trajo consigo la disminución en el tiempo de cuidado de los niños y por consecuencia en el de lactancia.

Fue a mediados del siglo XIX que resurgió las campañas de concientización a las madres con respeto a la importancia de la lactancia, ya que el surgimiento de derivados lácteos y formulaciones de lactancia creaban la ilusión de una nutrición adecuada para los niños.

Sin embargo, los estudios biológicos mostraban cada vez más la gran complejidad en la composición de la leche materna y su papel indispensable en la formación inmunológica de los niños, aportes en el desarrollo imposible de emular por los preparados artificiales. Actualmente es unánime la opinión científica que certifica la importancia de lactancia materna en el desarrollo infantil, siendo una de las metas de las organizaciones de salud, su cumplimiento estricto en todos los niños al menos hasta los dos años de edad. (18)

b.2 Leche materna producción y composición

La leche materna se produce por las glándulas mamarias, las cuales son glándulas adiposas modificadas y especializadas conglomerada en acinos que surgen del ectodermo embrionario, prácticamente indistinguibles en hombres y mujeres al momento de su nacimiento, estas adquieren sus primeras características de madurez en la adolescencia y se desarrollan totalmente posterior a la lactancia materna (19).

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

Conformadas por epitelio glandular, estroma fibroso y tejido graso, la variación de sus componentes varía durante el periodo de vida de la mujer, siendo el tejido glandular mínimo en la niñez, aumenta en número durante la pubertad y teniendo su mayor número durante el periodo de embarazo y lactancia, viéndose sustituido por tejido fibroso durante la menopausia .

Los compuestos endocrinos hormonales, principalmente estrógenos y progesteronas le otorgan la mayoría de sus características superficiales, éstas surgen en repuestas al aumento de estas hormonas durante la adolescencia.

Durante el embarazo el aumento de las hormonas placentarias y progestágenos hay un aumento en tejido glandular que produce hiperplasia e hipertrofia de los conductos, posterior al parto y con la caída de los niveles de progestágenos y dopamina (regulador lactogénico) la hormona prolactina estimula la producción de leche.

El proceso de lactogénesis se lleva a cabo en tres etapas:

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

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

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

Posteriormente a su producción el reflejo neuroendocrino producto de la succión del pezón por parte del bebe, origina la liberación de oxitocina que produce la contracción de los ductos mamarios y la expulsión de leche (1).

Composición de la leche

La leche materna, no siempre tiene la misma composición, sino que varía en dependencia del momento de lactancia y de la edad del bebe, conociendo diferentes tipos de leche con diferentes composiciones.

El Calostro

- Su producción se inicia con el apego precoz y permanece durante los primeros 4 a 7 días después del parto. Es el primer alimento esencial para la nutrición y salud del recién nacido en los primeros días de vida.

- Es un líquido espeso y amarillento. Este color, está determinado por las altas concentraciones de Vitamina "A". Es de alta densidad y poco volumen, y satisface las necesidades del (de la) recién nacido (a).

- Contiene lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y liposolubles (A, E, K,) carotenos y algunos minerales como Sodio y Zinc.

- La principal inmunoglobulina que se transmite al niño(a) con el Calostro es la IgA que junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido inmunidad específica e inespecífica.

- Facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.

- Facilita la producción del lactobacilo bífidus en el lumen intestinal del recién nacido, evitando el crecimiento de bacterias patógenas (1).

Leche de transición:

Es la leche que se produce entre el 7 y el 14 día post-parto. Cerca del 6 y 8 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando en cantidad, hasta alcanzar un volumen de aproximadamente 600-700 ml por día. Esta leche va variando, en color y apariencia, día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. La concentración de inmunoglobulinas y proteínas totales disminuye, mientras aumentan la lactosa, la grasa y las calorías totales. Las vitaminas hidrosolubles aumentan, y las liposolubles disminuyen hasta los niveles de la leche madura. (1)

Leche madura:

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

- Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3%) constituyendo una importante fuente calórica para el (la) niño (a). La alta concentración de lactosa, determina las deposiciones blandas del (de la) niño (a) amamantado (a).

- La cantidad de proteínas en la leche materna es perfecta para el crecimiento del (de la) niño (a) y el desarrollo del cerebro. El nivel de proteínas de la leche materna no se ve afectado por la ingesta de la madre.

- La proteína de la leche materna se digiere fácilmente y se absorbe bien.

- Las grasas son la principal fuente de calorías del lactante.

- La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos de cadena larga y el porcentaje de ácidos grasos poli-insaturados es mayor que el de los saturados.

- El nivel de grasa es bajo al comenzar el amamantamiento (leche delantera o del inicio) y aumenta a medida que el (la) niño (a) mama (leche del final o trasera).

- A pesar de que el contenido de hierro en la leche materna es pobre, su absorción es mayor en relación al de las otras leches. (1)

Leche del comienzo y del final de la succión:

La leche del comienzo es la que sale cuando el (la) niño (a) principia a mamar. Tiene una apariencia acuosa y es de color azulado, como tiene mucha agua (en relación a los solutos) le calma la sed al niño(a) a la vez, también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa.

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

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

Si se cambia muy rápidamente al (a la) niño (a) de un pecho al otro, sin que haya obtenido la leche del final sino solamente la del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a ésta, lo cual en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos vespertinos que algunos (as) bebés presentan hacia los tres meses de edad. (1)

Leche de pre término

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación producen durante un periodo prudencial una leche con una composición diferente. La leche de pre término contiene, en comparación con la leche de un (a) niño (a) a término, mayor número de sustancias que aportan las defensas necesarias para luchar contra las infecciones especialmente contra la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal. Además contiene mayor cantidad de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa, que la leche madura, siendo ésta la combinación más apropiada para el (la) niño (a) inmaduro (a) quien tiene requerimientos más elevados de proteínas y menor capacidad de digestión de la lactosa. La lactoferrina y la IgA están en mayor abundancia, por lo que es más adecuada a las necesidades del prematuro que cualquier preparación artificial. (1)

b.3 Beneficio de la lactancia materna

Los beneficios de la lactancia materna son tan extensos que resulta retórico enumerar sus beneficios, abarcando todos los estratos e individuos implicados en la familia, trae beneficios en el desarrollo adecuado del lactante los cuales son imposibles de sustituir por

preparados sintéticos, beneficios en la madre mejorando su estética y velocidad de recuperación puerperal, además de los beneficios familiares y afectivos que produce en el núcleo familiar.

enumeraremos de manera sustancial los múltiples beneficios de la lactancia materna en los diferentes estratos:

1) En el lactante:

a) Nutrición y crecimiento óptimo

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

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

- Crecimiento y Desarrollo óptimo: Los(as) niños(as) alimentados, exclusivamente, hasta los 6 meses con leche materna tienen un crecimiento y desarrollo adecuado. Este crecimiento y desarrollo se mantiene óptimo iniciando la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y manteniendo la lactancia materna hasta al menos los 2 años de edad. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche.

- Alimento adecuado para prematuros: La madre que da a luz antes de término produce un tipo de leche adecuada a la edad del bebé. Esta leche tiene menos cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina. (1)

b) Desarrollo Psico-motor

- Organización Sensorial:

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

- Organización biocronología y del estado de alerta:

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

- Patrones afectivo-emocionales:

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

- Desarrollo intelectual:

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

- Desarrollo dentó-maxilar y facial:

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida

depende en gran medida el buen desarrollo dentó-máxilo-facial y la maduración de las funciones bucales: masticación, mímica y fono-articulación del lenguaje. Los (as) niños (as) amamantados (as) están mejor preparados para el inicio de la alimentación sólida dado que el periodo del amamantamiento le permite un buen desarrollo anatómico y funcional de las estructuras oro faríngeas.

c) **Protección**

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

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

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

- Protección relacionada en la prevención de las Diarreas. (1)

d. Otros

En prematuros, previene contra la enterocolitis necrotizante.

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

2) En la Madre:

a. Recuperación fisiológica post - parto:

- Retracción del útero:

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

- Recuperación del peso:

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

- Recuperación de los pechos:

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

b. De carácter físico:

- Prevención de cáncer de mamas y ovario:

La lactancia materna cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. La lactancia prolongada (por más de un

total de 36 meses durante la vida) se ha considerado, por algunos investigadores, como un factor relacionado con la disminución del peligro de cáncer de mama, debido quizás a una disminución relativa de los estrógenos carcinógenos desencadenados por los períodos de anovulación tal como ocurre en el embarazo.

- Aspecto físico de la mujer:

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

- Comodidad:

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

c. De carácter emocional:

- Establecimiento del apego:

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

- Satisfacción emocional de la madre:

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

3) En la Familia

a. Refuerzo de lazos afectivos familiares

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

b. Prevención del maltrato infantil

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

c. Espaciamiento de los nacimientos

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

4) En la Comunidad

a. Disminución de la morbilidad infantil:

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

b. Economía de recursos:

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

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

desechos.

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

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

5) En la Ecológica

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

- Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población, al espaciar los nacimientos.

- No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación, protegiendo de esta forma el medio ambiente.
- No implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento.
- No necesita preparación ni uso de fuentes de energía, (leña, kerosene, gas, electricidad, etc.)
- No requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla. Conserva el agua y otros recursos naturales.

b.4 Mitos y realidades sobre la lactancia materna:

Si la mamá está triste la leche no sale bien:

Esto es cierto. Si la mamá está angustiada, estresada o triste, puede que la leche no salga con abundancia. Siempre es mejor relajarse antes de alimentar, tratar que la madre este tranquila y en paz.

Las mamás con pechos más grandes tienen más leche

Esto es un mito. La producción de leche de una mujer no tiene que ver con el tamaño de los pechos. Si se tiene pechos pequeños, y se siente que no sale tanta leche, se deberá intentar alimentar al bebé con más frecuencia ya que entre más succione, más leche se va a producir.

La mamá debe tomar vitaminas durante los meses de lactancia

Esto es cierto, hasta cierto punto. Muchos médicos recomiendan que las mamás tomen suplementos vitamínicos y de calcio durante la lactancia, sin embargo muchos otros creen que con una muy buena alimentación es suficiente.

Las mamás con pezones invertidos no pueden amamantar a sus hijos

Esto es un mito. Las mujeres con pezones invertidos sí pueden amamantar a sus bebés en caso de encontrar esta condición se debe poner en práctica consejos de lactancia que le enseñen a la madre como realizar la lactancia

Si la mamá está tomando algún medicamento no puede amamantar a su bebé

Esto es un mito. La mayoría de las medicinas que las mamás toman durante la lactancia son completamente inofensivas para el bebé ya que será un especialista el que determine si puede o no darle pecho al bebé.

Algunas mujeres no producen suficiente leche

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

Es normal que la lactancia produzca dolor

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

infección de *Cándida Albicans*. Limitar el tiempo de lactancia no previene la sensibilidad ni el dolor.

No hay suficiente leche durante los primeros 3 o 4 días posteriores al parto

Una vez que la leche materna es abundante, el bebé puede lactar deficientemente y aun así recibir mucha leche. Sin embargo, durante los primeros días, el bebé no está colocado al pecho adecuadamente no puede recibir leche. Esto tiene relación con el decir "pero él ha estado en el seno durante 2 horas y todavía tiene hambre cuando lo retiro". Al no estar bien posicionado, el bebé recién nacido no puede obtener la primera leche materna, llamada calostro. Cualquiera que le sugiera bombear su seno para ver cuánto calostro tiene, no entiende de lactancia y debería ser cordialmente ignorado.

El bebé debe lactar durante 20, minutos en cada lado

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

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

El bebé lactante necesita agua extra en climas cálidos

Es falso la leche materna contiene toda el agua que necesita el bebé.

El bebé lactante requiere Vitamina D extra

Es falso excepto en circunstancias extraordinarias (por ejemplo si la madre tuvo deficiencias de Vitamina D durante el embarazo). El bebé almacenó Vitamina D durante el embarazo y cuando recibe sol en forma regular, obtiene toda la Vitamina D que necesita.

La madre debe lavarse los pezones cada vez que vaya a alimentar a su bebe

Es Falso la alimentación con fórmula requiere de una atención obsesiva en la higiene porque esta no protege al bebé contra infecciones, lo expone a recibir bacterias y se contamina fácilmente. Por otro lado la leche materna previene contra infecciones. Lavar los pezones antes de cada toma complica este proceso natural y elimina los aceites protectores del pezón.

La extracción de la leche materna es una buena forma de saber cuánta leche tiene disponible la madre

Es falso La cantidad de leche que se extrae varía por muchos factores, incluyendo el nivel de tensión de la madre. El bebé que se alimenta bien extrae más leche de la que su madre pueda extraer artificialmente.

La leche materna no contiene el hierro suficiente que necesita el bebé

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

Es más sencillo alimentar al bebé con biberón o tetero que con el pecho materno

Es falso aunque desafortunadamente la lactancia natural se hace más difícil por la falta de ayuda adecuada a la madre al iniciar este proceso. Un mal comienzo puede hacer difícil la lactancia, pero se puede corregir, además la lactancia se mejora con el tiempo negando este mito.

La lactancia ata a la madre

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

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

Es falso No hay una forma fácil de medir cuánta leche materna está recibiendo el bebé, pero esto no significa que no pueda saber si el bebé está recibiendo la suficiente. La mejor forma de saberlo es que el beba del seno varios minutos en cada toma (succión tipo abrir-pausa-cerrar). Hay otras formas para saber si el bebé está tomando la suficiente leche.

Las fórmulas modernas son casi iguales a la leche materna

Es Falso esto mismo se decía en 1900 y antes. Las fórmulas modernas solamente son similares superficialmente a la leche materna. Cada corrección en la deficiencia de las fórmulas es publicitada como avances. Fundamentalmente son una copia inexacta basada en conocimientos incompletos y sin vigencia de lo que es la leche materna.

Las fórmulas no contienen anticuerpos, ni células vivas, ni enzimas, ni hormonas. Contienen mucho más aluminio, magnesio, cadmio y hierro que la leche materna. Además,

contienen mucha más proteína que la leche materna. Las proteínas y grasas son fundamentalmente diferentes a las de la leche materna. Las fórmulas no varían desde el comienzo de la lactancia hasta el final, o desde el día 1, hasta el día 7 o el día 30, o de mujer a mujer, o de bebé a bebé. Su leche está hecha en la forma requerida para alimentar a su bebé. Las fórmulas están hechas para que le sirvan a cualquier bebé, y por lo tanto no bebé. Las fórmulas son exitosas solamente al hacer que el bebé crezca y se desarrolle bien, pero la lactancia materna abarca mucho más que lograr que el bebé crezca rápidamente.

Si la madre tiene una infección debe suspender la lactancia materna

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

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

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

Si el bebé tiene diarrea o vómito, la madre debe suspender la alimentación con leche materna

Es falso la mejor medicina para una infección intestinal del bebé es la leche materna. Suspenda otros alimentos por corto tiempo, pero continúe alimentando a su bebé con leche materna. La leche materna es el único líquido que necesita su bebé cuando tiene diarrea y/o

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

Si la madre está tomando alguna medicina debe suspender la lactancia materna

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

La lactancia materna deforma la glándula mamaria

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

La lactancia materna incrementa el peso de la madre

Es falso la lactancia materna le ayuda a la madre a que recupere su peso anterior. (1)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO:

1. Tipo de estudio:

Descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo y cualitativo.

2. Lugar de estudio:

Hospital Luis Felipe Moncada, San Carlos, Rio San Juan costado este de estadio

3. Periodo del estudio

Septiembre – Diciembre 2017

4. Universo:

Estará representado por 518 mujeres con embarazo a término entre las edades de 15-34 años, del

Hospital Luis Felipe Moncada

5. Muestra:

Para definir el tamaño de la muestra aplicaremos la siguiente fórmula

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

Donde:

- Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal.

Llamado también nivel de confianza.

- p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia
- q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio ($1 - p$). La suma de la p y la q siempre debe dar 1.
- N = tamaño de la población

- d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud de intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

- S^2 = varianza de la población en estudio

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (518)}{(0.1)^2 (518-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 221$$

Al aplicar la fórmula mencionada, el tamaño de la muestra que resultó fue 221 mujeres con embarazo a término

El tipo de muestreo que se utilizara para obtener la muestra, fue probabilístico.

6. Unidad de análisis:

Mujeres con embarazo a término entre las edades 15-34 años

7. Criterios de inclusión y exclusión:

A. Inclusión:

- Mujeres con embarazo a término que se encontraban en la sala de ginecología del Hospital Luis Felipe Moncada dentro del periodo de estudio
- Mujeres entre las edades 15-34 años
- Mujeres que acepten participar en el estudio

B. Exclusión:

- Mujeres con óbito fetal, muerte fetal temprana o condiciones donde se haya perdido la vida del lactante previo a su lactancia
- Mujeres que por razones patológicas no puedan ofrecer lactancia materna: PVVS, pacientes bajo tratamiento inmunosupresor, etc.

7. Técnicas e instrumentos de recolección de la información:

Para realizar el estudio, solicitaremos la autorización de las autoridades del Hospital Luis Felipe Moncada, a quienes se le explicara el tema y los objetivos de la investigación.

Una vez aprobado el estudio, revisaremos el libro disponible en el área de ginecología para identificar el número de mujeres registradas en el periodo en estudio y así obtener el universo.

Posteriormente realizaremos la elaboración del instrumento de recolección con tres grandes ítems: conocimientos, actitudes y prácticas, en el que se incluiremos preguntas cerradas. En el mismo incluiremos preguntas para que las mujeres respondan algunos aspectos relacionados con la actitud de la pareja en el proceso de la lactancia materna.

Los conocimientos serán medidos como: bueno; regular; malo; las actitudes como favorables y desfavorables y las prácticas como buena práctica y mala práctica, según la escala de Likert. Los conocimientos serán considerados bueno si la mujer entrevistada respondía correctamente más de 31 preguntas, regular si respondían de 20-30 preguntas correctamente y malo con menos de 20 preguntas correctas; La actitud será considerada desfavorable si las entrevistadas tenían menos de 9 respuesta correcta relacionadas con los mitos. La práctica se considerará buena si la entrevistada puede mostrar las posiciones correctas de amamantamiento en las mujeres en estudio, realizaremos la validación del mismo. Se realizará un instrumento para entrevista a informantes claves para enriquecer el estudio. La aplicación del instrumento será “auto llenado”, aplicado por los investigadores, para garantizar el completo llenado del mismo y la calidad de la información obtenida.

8. Plan de tabulación y análisis:

Al obtener los datos de las encuestas realizaremos un libro de códigos para las variables estudiadas. Posteriormente con el libro de códigos realizaremos una base de datos en el programa SPSS. Versión 2.1, evaluaremos las categorías Conocimientos, Aptitudes y Prácticas de manera independiente utilizando medidas de frecuencia de centralización y distribución para obtener los datos descriptivos de la población.

Posteriormente con la escala de Likert clasificaremos los niveles de aceptación de los conocimientos, actitudes y prácticas, para así clasificar a la población en base a la veracidad de sus respuestas.

Además, mediante el esquema de Bayes calcularemos valores marginales de frecuencia de las variables dicotómicas que lo permitían. Principalmente al valorar las actitudes (favorables y desfavorables) y practicas (buenas y malas).

Posteriormente conforme a los resultados obtenidos en la investigación y los antecedentes encontrados realizaremos una comparación de los puntos más importantes, con el fin de determinar la similitud entre ellos.

Los resultados numéricos que muestran características descriptivas se presentaran en tablas de valores, mientras que los resultados numéricos de contraste lo presentaremos mediante esquemas en base a su facilidad para plasmar la información.

Por último, el informe final de resultados junto al protocolo de información se redactará en formato WORD y PDF, para ser presentado y corregido, además se preparará una presentación digital en Power Point con los puntos clave del informe para ser presentado ante el personal de evaluación.

9. Variables:

- ✓ Características socio demográficas
 - Edad
 - Escolaridad
 - Procedencia
 - Ocupación
 - Estado Civil
 - Número De Hijos (As)
 - Religión

- ✓ Conocimientos sobre lactancia materna
 - Lugar o persona donde obtener información
 - Concepto de lactancia materna
 - Lactancia materna exclusiva
 - Ablactación
 - Destete
 - Tipos de leche materna
 - Composición de la leche materna
 - Reflejo de la madre
 - Reflejo en el niño
 - Beneficio de la lactancia materna
 - Beneficio para:
 - ❖ El Niño o niña

❖ Beneficio para la Madre

❖ Beneficio para la familia

✓ Actitud ante la lactancia materna

• Mitos

• Actitud del cónyuge hacia la Lactancia Materna (desde la percepción de las mujeres

en estudio

✓ Prácticas de lactancia materna

• Experiencias previas de lactancia

• Medidas higiénicas antes y después de la lactancia

• Horarios para la lactancia al bebé

• Extracción de la leche

• Alimentación con sucedáneos de la leche

10. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
Edad	⌘ Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento de la investigación	Edad cumplida en años	- 15-19 años - 20-24 años 25-29 - 30-34 años
Procedencia	Lugar de donde es originaria la mujer, dependiente a las condiciones de accesibilidad.	Lugar que refiere la mujer en estudio	Urbano -Rural

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
Escolaridad	Estudios académicos alcanzados hasta el momento de llenarse la encuesta.	Ultimo Año académico aprobado	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Universitaria
Ocupación	Perfil laboral en el sé que desempeña al momento del estudio.	Actividad laboral referida por la mujer.	-Ama de casa -Estudiante -Comerciante -Otros
Estado civil	Situación personal en la que se encuentra una persona en relación a otra.	Situación de pareja referido.	-Soltera -Casada -Unión estable
No. de hijos	Total en número de hijos previos de la persona en estudio.	Número de hijos	Ninguno -Uno -Dos o mas
Religión	Creencias propias hacia un ser supremo	Tipo de religión.	Católica -Evangélica -Testigo de Jehová -otro

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
Información de la lactancia materna	Conjunto organizado de datos, que constituye un mensaje sobre un cierto fenómeno. En este caso sobre lactancia materna.	Fuente	Si No
Medios por los que recibe información	Medio y-o persona que transmite información sobre problemática en estudio	personal de salud -maestros -familiares -cónyuge	Si No No Sabe
Lugar donde recibió información	Establecimiento donde se obtuvo información.	Unidades de salud -Hogar -Escuela -Otros (medios de comunicación)	- Si No No Sabe
Tipo de información recibida		Diferencia entre LM y LME -Duración de LM -Beneficios maternos de LM -Beneficios del Niño (a) con LM -Horario de LM -Tipos de LM -Posición de amamantamiento -Alimentación materna	Si No No Sabe

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
Conocimientos sobre Lactancia Materna	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre lactancia materna	-Alimentación con pecho materno. -Alimentación para el desarrollo y crecimiento del niño suministrado por la madre. - Es el mejor alimento para el recién nacido proporcionado por una mujer	Si No No Sabe
Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre lactancia materna exclusiva	Solo ofrecer pecho, nada de formula -Son los primeros 6 meses de edad solo con LM -Alimentación que da al momento del nacimiento -Alimentación con pecho, sin agua ni otro tipo de alimento -Alimentación del bebe con LM desde los primeros 6 meses al año	Si No No sabe
Conocimiento sobre la duración de la Lactancia Materna	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre	-3 meses -6 meses -1 año -2 años -Hasta que la mama decida quitarle el pecho	Si No No Sabe

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
	duración de lactancia materna		
Conocimiento sobre la edad de introducción de alimentos	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre la edad de introducción de los alimentos	-A los 2 meses -A los 4 meses -A los 6 meses -Al año	Si No No Sabe
Conocimiento sobre Horario de dar lactancia materna	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre el horario de la lactancia materna	A libre demanda -Solo en la mañana, medio día y tarde -Solo por la mañana y noche -Cada 2 horas	Si No No Sabe
Conocimientos sobre Tipos de leche materna	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre los tipos de leche materna	Leche única de la mama -Calostro -Leche de transición -Leche madura -Leche en polvo	Si No No Sabe
Conocimientos sobre Composición de la leche materna	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de	Proteínas -Vitaminas -Agua -Grasas	Si No No Sabe

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
	información que la persona recuerda sobre la composición de la leche materna		
Conocimiento sobre Beneficios de la Lactancia materna para el bebe	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre beneficios de la lactancia materna para el bebe	<p>Él bebe crece sano y con buen peso</p> <p>-Promueve desarrollo intelectual del bebe</p> <p>-Ayuda al sistema inmunológico del bebe</p> <p>-Apego emocional con la madre</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>No Sabe</p>
Conocimientos sobre Beneficios de la lactancia materna para la madre	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre los beneficios de la lactancia para la madre	<p>Es económica</p> <p>-Baja de peso</p> <p>-Promueve el afecto de la mama con su bebe</p> <p>-Previene cáncer de mama</p> <p>-Sirve de método de planificación</p> <p>-Evita hemorragias post parto</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>No Sabe</p>
Conocimientos sobre Tipo de alimentación de la madre que da lactancia materna	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre los tipos de alimentación	<p>Todo tipo de alimento</p> <p>- Solo líquidos y frescos naturales</p> <p>-Solo tortilla y queso con tibio</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>No Sabe</p>

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA /VALOR
	de la madre que da lactancia materna.	-Alimento rico en vitaminas, proteínas y aminoácidos	

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA- VALOR
Actitud de la madre hacia la lactancia materna	Disposición interna de carácter aprendido y duradero que sostienen las respuestas favorables del individuo hacia la lactancia materna	<p>1. Entre menos es el nivel educativo de la madre, menor es su conocimiento sobre la lactancia materna.</p> <p>2. Una madre que trabaja, no puede dar el pecho materno a su bebé, por las largas horas de trabajo.</p> <p>3. Entre más veces succiona el bebé menos leche materna se produce.</p>	Grado de acuerdo Lactancia Materna	<p>Totalmente de acuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>Indeciso</p> <p>Desacuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo</p>

		<p>4 .No se debe dar el pecho materno porque los pechos se aguadean y se caen.</p> <p>5.Hay que darle otro tipo de alimento al bebé porque no se llenan con la leche materna</p> <p>6. La madre durante la lactancia materna exclusiva debe alimentarse con tortilla, queso y pinol.</p> <p>9.Una madre enojada no puede dar pecho materno, le produce diarrea</p>		
--	--	--	--	--

		<p>10.al bebé Guiñarle el pezón muy rápido al bebé le baja la mollera</p> <p>11. Cuando se da de mamar un pecho se hace más grande que el otro.</p> <p>12. Entre más grandes los pechos más producción de leche.</p> <p>13.Los primeros días después del parto no hay suficiente leche</p> <p>14.los bebes necesitan agua en climas cálidos</p> <p>15.Hay que lavarse los pezones cada vez</p>		
--	--	--	--	--

		que se alimenta al bebe		
Actitud del padre hacia la lactancia materna			Grado de acuerdo	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
		<p>1.. El padre no tiene ninguna función cuando la madre está dando lactancia materna exclusiva</p> <p>2Le molesta que se despierte en la noche para dar lactancia materna</p> <p>3.Apoya al momento de la lactancia en la</p>		

		comodidad de la madre		
		4. Se queja que no le presta atención por dar lactancia materna		
Prácticas sobre LM	Conducta o respuestas establecidas para una situación determinada en lactancia materna es la actividad que las mujeres refieren hacer	Brindó pecho materno anteriormente		-Si -No
		Tiempo que dio de lactar	-1 mes -3 meses -6 meses -1 año -2 años	-Si -No
		Higiene materna antes de administrar lactancia materna	-Lavarse las manos antes de agarrar al bebe -Limpiarse los pechos antes de dárselos al bebe -Cambio de ropa	-Si -No
		Frecuencia con que administra pecho materno	-Cada hora -Cada dos horas -Cada vez que el bebe lo pida	-Si -No

		Duración de la de cada alimentación	-De 10-15 minutos -De 15-30 minutos -A libre demanda	-Si -No
		Actividad que realiza con el niño (a) después de dar el pecho materno	-Lo deja dormido -Le saca los gases -Lo deja en la cuna	-Si -No
		lactancia materna en un lugar publico	-No le da el pecho -Le da el pecho	-Si -No
		Pasos que realiza para amamantar a su bebe cuando trabaja	-Se saca la leche materna y la deja en un recipiente en la refrigeradora -Se saca la leche materna y la deja en un recipiente a temperatura ambiente -Deja indicado que le den la leche en vaso	-Si -No

			-Deja indicado que le den la leche en pacha -Le da otro tipo de leche	
--	--	--	---	--

11. cronograma de actividades y presupuesto operacional

Presupuesto operacional

Articulo	Gasto por copia	total de copias	Total
Impresiones encuesta	0.50 córdobas	2080	1040 córdobas
Transporte	Gasto por viaje	total de viajes	Total
Castillo – san Carlos	240 córdobas	16	7360 córdobas
San Carlos -Managua	600 córdobas	4	2400 córdobas
Viáticos alimentos	Gasto por día	total de días	Total
Alimentos	200 córdobas	20	4000 córdobas
Impresión trabajo final	Gasto por copia	total de copias	Total
Impresión trabajo	42 córdobas	7	294 córdobas
Encuadernado	Gasto por copia	total de copias	Total
Encuadernado	200 córdobas	4	800 córdobas
			Total: 15894 córdobas

Cronograma de actividades

Mayo 2017			Junio 2017			Julio 2017		
<ul style="list-style-type: none"> Búsqueda de tema de investigación Búsqueda tutor clínico 			<ul style="list-style-type: none"> Redacción protocolo de investigación Solicitud de permiso para realizar investigación 			<ul style="list-style-type: none"> Entrega y revisión de protocolo de investigación a tutor 		
Agosto 2017			Septiembre 2017			Octubre 2017		
<ul style="list-style-type: none"> Aceptación protocolo de investigación por tutor 			04/09 Aplicación encuesta	06/09 Aplicación encuesta	08/09 Aplicación encuesta	02/10 Aplicación encuesta	04/10 Aplicación encuesta	06/10 Aplicación encuesta
			11/09 Aplicación encuesta	13/09 Aplicación encuesta	16/09 Aplicación encuesta	09/10 Aplicación encuesta	11/10 Aplicación encuesta	13/10 Aplicación encuesta
			18/09 Aplicación encuesta	20/09 Aplicación encuesta	22/09 Aplicación encuesta	16/10 Aplicación encuesta	18/10 Aplicación encuesta	20/10 Aplicación encuesta
			25/09 Aplicación encuesta	26/09 Aplicación encuesta	29/09 Aplicación encuesta	23/10 Aplicación encuesta	25/10 Aplicación encuesta	27/10 Aplicación encuesta
Noviembre 2017			Diciembre 2017			Enero 2018		
01/11 Aplicación encuesta	03/11 Aplicación encuesta	06/11 Aplicación encuesta	01/12 Aplicación encuesta	04/12 Aplicación encuesta	06/12 Aplicación encuesta	02 al 09 <ul style="list-style-type: none"> Elaboración base de datos SPPS 		
08/11 Aplicación encuesta	10/11 Aplicación encuesta	13/11 Aplicación encuesta	08/12 Aplicación encuesta	10/12 Aplicación encuesta	13/12 Aplicación encuesta			
15/11 Aplicación encuesta	17/11 Aplicación encuesta	20/11 Aplicación encuesta	15/12 Aplicación encuesta	18/12 Aplicación encuesta	20/12 Aplicación encuesta	10 al 31 <ul style="list-style-type: none"> Ingreso encuestas base de datos y análisis 		
22/11 Aplicación encuesta	24/11 Aplicación encuesta	27/11 Aplicación encuesta	27/12 Aplicación encuesta	29/12 Aplicación encuesta				
Febrero 2018			Marzo 2018			Abril 2018		
1 al 13 redacción de resultados			<ul style="list-style-type: none"> 09/03 primera entrega de documento para revisión a tutor 16/03 entrega de revisiones para correcciones 			<ul style="list-style-type: none"> 02/04 segunda entrega de documento para correcciones a tutor 20/04 entrega de correcciones finales 		
14 al 18 redacción de discusión								
Mayo 2018			Junio 2018			Julio 2018		
<ul style="list-style-type: none"> Entrega para revisión UNAN (suspendida) 			<ul style="list-style-type: none"> Entrega para revisión UNAN (suspendida) 			<ul style="list-style-type: none"> Entrega para revisión UNAN (suspendida) 		
Agosto 2018			Septiembre 2018			Octubre 2018		
<ul style="list-style-type: none"> Entrega para revisión UNAN (suspendida) 			<ul style="list-style-type: none"> Entrega para revisión UNAN (suspendida) 			<ul style="list-style-type: none"> Entrega para revisión UNAN (suspendida) 		
Noviembre 2018			Diciembre 2018					
<ul style="list-style-type: none"> Tercera revisión tutor y firma informe final 			<ul style="list-style-type: none"> Entrega protocolo de investigación UNAN 					

VIII. Resultados

Con respecto a las características demográficas más significativas encontramos que, el 24% de la población tenía edad comprendida entre 15-19 años, un 40% una edad comprendida ente 20-24 años, un 26% de la población tenía una edad comprendida entre 25-29 y un 10% una edad entre 30 a 34 años. (Tabla #1)

La distribución geográfica de la población, se encontró distribuida con un 40% provenientes de áreas urbanas y un 60% de áreas rurales; en el área laboral encontramos que un 67% de la población era ama de casa, un 21% era estudiante, un 2 % trabaja en alguna empresa o institución y un 10% laboraba de manera independiente. (Tabla #1)

En el nivel de educación de la población observamos que un 9% era analfabeta, un 40 % había cursado estudios de primaria, el 25% había cursado estudios de secundaria y un 26% tenía estudios universitarios; en el estados civil de la participantes encontramos que un 31 % era soltera , un 23 % era casada y un 46 % estaba dentro de una unión de hecho, en los aspectos religiosos encontramos que un 61% profesaba la religión católica, un 34% profesaba alguna religión cristiana protestante (evangélicos, adventistas , testigo de jehová, etc.) y un 5% no profesaba ningún religión en específico . (Tabla # 1)

En lo que respecta a las fuentes de información sobre lactancia materna encontramos que el 94 % de la población ha recibido información sobre lactancia de algún personal de salud, un 76% ha recibido información de algún maestro o docente y un 41 % ha recibido información de algún familiar, observando además que el lugar donde más frecuentemente la población recibe información son las unidades de salud con un 96% seguidas del hogar y la escuela con un 70 % y 76 % respectivamente. (imagen # 1)

En las características de la información obtenidas encontramos que un 69% de la población ha recibido información respecto a la duración de la lactancia materna , un 54 % ha recibido información sobre los horarios óptimos de lactancia un 68% ha recibido información sobre posiciones de amamantamiento , un 72 % ha recibido información sobre una alimentación

correcta de las madres que brindan lactancia, un 87 % ha escuchado sobre los beneficios maternos y fetales de la lactancia y un 67% ha recibido información acerca de las diferencias sustanciales entre lactancia materna y lactancia materna exclusiva .(imagen # 2)

En los conceptos de lactación según los criterios de la población encontramos que un 90% consideración que es la alimentación con leche materna que la madre brinda a su hijo, un 88 % considera que es la alimentación para lograr el crecimiento y desarrollo de la lactante otorgada por la madre y un 83 % cree que es el mejor alimento que la madre puede ofrecer al lactante.

En lo que respecta al concepto de lactancia materna exclusiva observamos que un 81 % de la población considera que es el echo de ofrecer lactancia materna sin formulas sintéticas , un 77 % considera que son los primero 6 meses de lactancia sin ningún otro alimento , un 76 % considera que es la alimentación del lactante con leche materna exclusiva sin agua o ningún otro alimento , y un 30 % que es la lactancia que se ofrece hasta al año de edad del lactante. (Tabla #2)

En los conocimientos que abarcan la duración de la lactancia materna pudimos observa que el 51 % de la población determinan que la duración optima de la lactancia materna es de 6 meses, un 10% cree que a los 3 meses es la edad para suspender la lactancia , un 13 % cree que al año de edad del lactante es la edad idónea para suspender la lactancia y un 20 % considera que se puede dar lactancia hasta que la madre lo desee. (Tabla # 2)

En el periodo propicio para la adición de alimentos aparte de la leche materna encontramos que un 21 % considera que a los 4 meses el lactante necesita fuentes de alimentación extras, un 60% considera que los 6 meses es la edad para agregar otros alimentos a la dieta del lactante y un 19 % cree que el hasta el año se debería agregar otros alimentos a la dieta del lactante. (Tabla #2)

En lo que refiere al horario para brindar lactancia materna encontramos que un 94% de la población considera que no hay tiempo exacto sino cada vez que el lactante lo desee, mientras que el 6 % cree que la aproximación más cercana a un horario seria cada 2 horas, ninguna participante sugirió la idea de lactar exclusivamente en horarios de am o pm. (Tabla #2)

En los conocimientos que evalúan los beneficios de brindar lactancia materna para la madre encontramos que el 100% de la población considera que la lactancia materna brinda un beneficio económico para la madre, un 85% considera que ayuda a bajar de peso, un 76% de la población considera que ayuda al apego emocional de la madre hacia el lactante, un 75% de la población conoce que la lactancia materna es un factor de protección para el desarrollo de CA de mamas, un 74% considera que la lactancia materna se puede ocupar como un método de planificación familiar y un 70% cree que puede ayudar la prevención de complicaciones puerperales. (imagen # 3)

En el conocimiento de los beneficios al lactante encontramos que el 100% de la población considera que lactancia materna produce que él bebe crezca fuerte y sano, un 99% de la población cree que favorece el desarrollo intelectual del lactante, un 96% cree que mejora el sistema inmune del producto, y un 74% considera que mejora el lazo emocional. (imagen # 4)

Con respecto a la dieta de la mujer que da lactancia materna solo el 2% de las participantes consideran que la dieta principalmente debe de consistir de tortilla con cuajada y tibio, ya que el 56% de la población cree que debe ser con alimentos ricos en nutrientes y el 42% cree que se puede comer cualquier cosa. (Tabla #3)

En la evaluación final de conocimientos observamos que el 67% de la población encuestada posee un conocimiento bueno y adecuado sobre lactancia materna, un 26% posee conocimientos regulares y un 7% posee conocimientos malos e insuficientes. (imagen # 5)

Respecto a la actitud de las puérperas con respecto a los mitos más comunes entorno a la lactancia materna encontramos que; un 69% está de acuerdo con la idea que a menor nivel económico menor conocimientos acerca de la lactancia materna, y un 26% está en desacuerdo con esta idea, con un 5% de la población indecisa, en lo que respecta al mito que una mujer que trabaja no puede dar lactancia materna solamente el 11% de la población lo considera cierto, el 80% de la población no cree en el mito que afirma que entre mayor es la succión del lactante menos leche produce la madre, con respecto a los mitos de estética observamos que 55% de la población apoya la idea que una madre con lesiones o rasguños en el pecho no puede dar pecho, el 100% de la población está en desacuerdo con la idea que dar lactancia pone

aguados y caídos los pechos, un 44% de la población cree que dar lactancia materna de un pecho lo vuelve más grande que el otro, y un 67 % cree que entre mas grande es el pecho materno mas leche este produce; en lo mitos acorde a la alimentación de la madre que ofrece lactancia materna descubrimos que solo 1% de la población cree que la madre que lacta solo debe comer tortilla con cuajada y pinol, los valores mas altos lo encontramos en los mitos sobre la cantidad de leche producida ya que el 44 % de la población cree que al comienzo de la lactancia una madre no produce suficiente leche para satisfacer al lactante y un 63 % piensa que hay que agregar agua a la dieta del lactante en los climas cálidos . (Tab # 4)

En la actitud del padre hacia la lactancia encontramos que 91% de la población está en desacuerdo con la idea que el padre no participa en nada durante la lactancia, el 100 % de la población cree que el padre debe de apoyar de manera activa a la madre que ofrece lactancia, y solamente un 1% se quejo de falta de atención por parte de la pareja al momento de lactar. (Tab #4)

Al final se encontró que 64% tiene una actitud favorable hacia la lactancia, y un 36 % posee actitudes desfavorables hacia la misma. (Tab #4)

En la evaluación de las practicas higiénicas de lactancia materna encontramos que el 83 % de las mujeres aseguran lavar sus manos antes de tomar al bebe para darle de lactar, un 35 % refiere lavarse los pechos previo o posterior a dar lactancia materna, y un 74 % no cambia la ropa de cama posterior a la lactancia diariamente. (Tab # 5)

En la practicas de la lactancia encontramos que el 100 % de la población ofreció lactancia inmediata posterior al parto, en la duración episódica de la lactancia vemos que el 49 % de la población asegura que da pecho hasta que el bebe se nota satisfecho , y el 45 % refiere que los episodios de lactancia que ellos ofrecen van de 15 a 30 minutos , y en la frecuencia de ofrecer lactancia encontramos que el 74 % da lactancia cada vez que el lactante lo pide, y un 13 % cada 2 horas . (imagen # 6)

En las practicas posterior a la lactancia vemos que el 100 % de la población deja dormir al niño de manera inmediata posterior a lactar, un 31 % de la población no les saca los gases a los niños posterior a lactar de manera habitual, y un 65 % de la población lo deja en la cuna posterior a lactar. (Tabla # 5)

En las practicas con tendencias sociales observamos que 95% de la población ofrece lactancia materna independientemente se encuentre en un lugar público o no, y solamente el 5 % muestra aprensión para dar lactancia materna en público. (imagen #8)

En las practicas de amamantamiento vemos que solamente el 9% de la población realizo la extracción de leche, pero aun así el 100 % refrigero la leche obtenida, además un 96% de la población ofrece la leche materna o de formula en pachas o chupetes, y un 72 % de la población ofreció sustitutos sintéticos de leche materna al lactante. (Tab # 6)

En síntesis al realizar la evaluación de la practicas encontramos que un 42% de la población tiene practicas higiénicas negativas , en lo que respecta a las técnicas de lactancia observamos que el 57% posee practicas negativas , siendo la prácticas de comportamiento social la de mejor evaluación con un 97 % de prácticas adecuadas, y las practicas de extracción de leche la de peor valoración con solo un 9% de prácticas correctas , siendo seguidas por las practicas de uso de fórmulas sintéticas con un 72% de prácticas negativas. (grafico # 9)

Al valorar la dependencia de variables encontramos que hay una fuerte dependencia entre la variable de nivel de educación y el nivel de conocimientos siendo el grupo poblacional de mujeres analfabetas el 100 % de la población con conocimientos insuficientes, además comprendían el 87 % de la población con actitudes negativas y la única paciente que mostraba actitudes de la pareja negativas se encontró en este grupo

Además, observamos una dependencia entre la variable número de hijos y prácticas de lactancia materna, encontrando que el 66 % de la población con prácticas inadecuadas se encontrabas comprendidas por mujeres sin ningún hijo, y la población con 2 o más hijos mostro el mayor número de prácticas adecuadas con 81 %, siendo el total de participantes que practicaron la extracción de leche pertenecientes a este grupo.

La variable de edad mostro al igual una dependencia con respecto al nivel de conocimientos mostrando el grupo comprendido entre la edades de 15 a 19 años el menor porcentaje de conocimientos adecuados (25%), y el cual tenía el porcentaje más alto de prácticas negativas (63%) , siendo el grupo de mayor edad el que mostro el mayor nivel de conocimientos y practicas adecuadas (45%), las variables de procedencia geográfica y religión se mostraron independientes de las variables estudiadas .

IX. Discusión de resultados

Dentro de los resultados sociodemográficos más importantes encontramos que la edad poblacional comprendida entre las edades de 20-24 años fue la de mayor porcentaje poblacional con un 40% , la población provenía de manera mayoritaria de zonas rurales (60%) , el 90% de la población no mantenía un trabajo estable bajo contratación laboral , solamente el 9% de la población era analfabeta y un 40% poseía estudios de primaria siendo el nivel educativo con mayor porcentaje de participantes , un 46% de la población estaba bajo una unión de hecho estable y el 61% de la población practicaba la religión católica.

Con respecto al conocimiento de la población sobre lactancia materna observamos que un 94 % poseía algún nivel de conocimientos de los cuales el 67 % se consideró bueno y satisfactorio, encontrando que los aspectos técnicos de composición y técnica de amamantamiento son en los cuales la población posee el mayor déficit de conocimiento, resalta que el tópico de beneficios materno fetales es uno de los más altos en porcentaje de calidad con un 85 % de conocimientos adecuados.

En la evaluación de la actitud de la población hacia la lactancia materna encontramos que el 61% de la población tiene una actitud favorable hacia la lactancia materna, observando los mejores resultados en la actitud y participación de la pareja en la lactancia, con una participación del 96% de la pareja en el proceso de lactancia.

En la evaluación de las practicas encontramos los resultados más bajos, con una evaluación negativa del 42% en prácticas de higiene, un 57 % de evaluación negativa en prácticas de amamantamiento, un 92 % de prácticas negativas en extracción de leche y un 72 % de prácticas negativas de uso de fórmulas artificiales.

En el análisis de los resultados sociodemográficos encontramos como era de esperar que la procedencia poblacional obedece a la geografía de la región , con una procedencia rural del 54% aun así al comparar el nivel educacional de la población con el de poblaciones de características sociodemográficas parecidas como el de Selva Gómez y Llanos Blanco en su estudio de tipo CAP sobre lactancia materna llevado a cabo en las mujeres de la casa materna del municipio de la Cruz de Rio Grande , una zona predominante rural donde el nivel de

analfabetismo fue del 41% siendo muy superior al encontrado en nuestra población del 7% el cual es ligeramente superior al dato nacional del 6% ofrecido por ENDESA.

Otro dato demográfico que mostro una interesante diferencia fue la distribución etaria, en la cual en nuestro estudio la edad comprendida entre 20 a 24 años fue la de mayor porcentaje con un 43% al compararla con distribuciones encontradas en estudios con poblaciones de características similares como el llevado a cabo por Selva Gómez y Llanos Blanco en la Cruz De Rio Grande , o el de Parrales y Quijano en Jinotega donde la mayor población estuvo comprendida entre las edades de 14 a 20 años con un 53 % y 51 % respectivamente demostramos al menos de manera porcentual la edad de embarazo en las mujeres del departamento de Rio San Juan es mayor en comparación con las edades de otras zonas predominantemente rurales del país .

En la valoración de la calidad y nivel de conocimientos encontrado en nuestro estudio , observamos que el 67% de la población posee conocimientos buenos y satisfactorios sobre lactancia materna, al compararlo con estudios llevados cabos en áreas de predominio rural y características geográficas similares a la nuestra , descubrimos que tanto el nivel educacional como el porcentaje de conocimientos satisfactorio y bueno , es significativamente inferior llegando hasta un 15 % de conocimientos adecuados como el caso encontrado por Parrales y Quijano en el departamento de Jinotega , pero al hacer una comparación con estudios realizados en zonas predominantemente urbanas como el de Madariaga y Hernández llevado a cabo en el hospital regional Santiago de Jinotepe los porcentajes en la valoración de conocimientos satisfactorio alcanza un 47% de calidad buena y un 50% de calidad regular, valores muchas mas similares a los encontrados en nuestra población, por lo que aunque el porcentaje poblacional de Rio San Juan mayoritariamente proviene de áreas rurales , el nivel de conocimientos y acceso a la educación es más similar al encontrado en las poblaciones urbanas del país .

Uno de los puntos mas importantes que se afirmó en nuestros resultados , es que la fuente de conocimientos mas importantes con respecto a lactancia materna son los servicios de salud , comprobando que hasta el 94% de la población ha obtenido su información y conocimientos sobre este tema de algún personal de salud o por medio de alguna unidad de salud, siendo aún más importante que las fuentes digitales o comerciales, resultados muy

parecidos afirman las fuentes consultadas , por ejemplo el estudio de Barrios y Méndez (HBCR-Managua, 2009) o el de Maradiaga y Hernández (HRSJ-2009) que encontraron que hasta el 90 % del conocimiento que posee la población fue facilitado por un trabajador de la salud , o adquirido en alguna unidad de salud, siendo sin duda la ruta directa hacia la mejoría en las prácticas de amamantamiento y conocimientos sobre la lactancia materna el fortalecimientos en la labor educativa que llevan a cabo los servicios de salud.

En los diferentes aspectos del conocimiento sobre lactancia materna que evaluamos , uno de los de mejor evaluación fue sin duda las beneficios maternas fetales , encontrando que estos son satisfactorios en un 85% de la población , esto ejemplifica la conciencia que posee la madre hacia la lactancia materna en el conocimiento de sus beneficios, en los estudios consultados se observo que de manera general esto es de los aspectos mejor conocidos por la población llegando a porcentajes de evaluación satisfactoria hasta en un 90 % según Garmendia (HMADB-Managua 2010)

Fue en los conocimientos técnicos sobre la composición de la leche materna donde se obtuvo las mas baja valoración, con un 51% de valoración regular y un 30% de valoración buena , seguidos por los conocimientos sobre duración e intervalos de la lactancia materna con un 36% de evaluación satisfactoria, esto demuestra claramente que aunque el conocimiento social sobre lactancia materna sea alto , los aspecto científicos aun pasan desapercibidos por la población esto siguiendo la directriz del país ya que en el estudio de Garmendia (HMADB-Managua 2010) el valor de conocimiento satisfactorio en los aspectos de duración y técnicas de amamantamiento llegaba al 40 %.

Por lo mencionado al hacer la valoración general del conocimiento, donde el nivel que alcanzo la población en nuestro estudio fue de 67% de conocimiento satisfactorio y al compararlo con fuentes consultados el valor muestra una gran semejanza hacia estudios realizados en áreas predominantemente urbanas como el de Barrios y Méndez (HBCR-Managua, 2009) y supera ampliamente estudios realizados en áreas rurales con pobre educación, lo que demuestra la clara dependencia entre el nivel educacional y la calidad de conocimientos adquiridos por la población.

En contra del pensamiento general la población muestra de manera sustancial una actitud positiva hacia la lactancia materna, la prevalencia de mitos arcaicos la dieta a base de tortillas y pinol son muy pocos frecuentes, presente con dificultad en el 2% de la población. pero aunque mitos como la dieta inadecuada o la caída de los pechos por ofrecer lactancia son pocos comunes , otros como el hecho produce poca leche durante los primeros del nacimiento o que el niño requiere agua extra en climas cálidos son muy frecuentes observándose hasta en un 63% de la población, sin duda esto es producto de la ideología materna de protección donde se busca el bienestar del lactante aun en contra del conocimiento científico , por los que las medidas educativas deben de mejorarse con conocimientos científicos para mejorar esta deficiencia .

Otro aspecto de las actitudes de la población que mostro cierta negatividad fue la aceptación de mito clásico que la producción de leche depende de manera proporcional al tamaño del pecho, creencia aceptada hasta por el 67% valor significativamente superior a los valores encontrados sobre este mito en el estudio de Maradiaga y Hernández (HRSJ-2009) donde el 30 % de la población lo considera cierto, esto obedece con toda seguridad a lo mencionada anteriormente la ausencia de contenido científico en el conocimiento de nuestra población provoca la existencia de rumores que dificultan el proceso de lactancia.

Uno de los aspectos más favorables que encontramos en la investigación fue la gran actitud de las participantes hacia los paradigmas estéticos negativos entorno a la lactancia, y esto se observa de manera general en el país, encontrando en nuestro estudio que el 98 % de la población no considera importante el mito que dar lactancia materna hace que los pechos se deformen y caigan , valores similares encontró Barrios y Méndez (HRSJ-2009) con un 95% de la población sin preocupación por este mito, en contraste esto valores nacionales son altamente diferentes a los descrito por Wayne en su estudio europeo sobre aceptación de lactancia materna en la sociedad europea donde el 78% de las participantes mostro preocupación por estos temas estéticos, por lo tanto al menos en nuestra población los conflictos estéticos no son factores importantes en la omisión de la lactancia .

Las actitudes hacia la aceptación social también son ampliamente superiores a las de los países europeos, encontrando que el 95 % de las mujeres de nuestra población no sienten ningún tipo de pena o aversión hacia el ofrecer lactancia en público, valor muy superior al obtenido por Wayne (EpiJournal, Alemania 2015) donde solamente el 30% de la población ofrecería lactancia materna en público, Esto refleja la actitud latina general mucho más despreocupada de la superficialidad de la estética y al liberalismo.

Además mencionamos que la actitud de la pareja hacia la lactancia, es excelente, encontrando en nuestra investigación que el 99% de los padres apoya la lactancia materna y el 100 % de las madres creen que la pareja debe participar de manera activa en el proceso de lactancia, dichos valores aunque similares a los del resto del país son muy diferentes a los descritos por Wayne (EpiJournal, Alemania 2015) donde describe que la participación del esposo en la sociedad anglosajona en el proceso de lactancia es mínima (9%).

Son las prácticas sobre lactancia materna el factor que obtuvo la valoración más baja, encontrado que aunque el 100% de la población ofreció lactancia materna inmediata después del parto, solamente el 28% de la población practicó la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en algún parto previo, observando claramente que aunque los conocimientos sobre lactancia materna son elevados en su práctica in vivo no son suficientes, la adición en el 72% de la población de fórmulas lácteas artificiales refleja el mito presente que la madre no produce suficiente leche para satisfacer las necesidades del lactante siendo esta mala práctica el resultado de un instinto de protección más que de un pensamiento estético egoísta.

Las medidas higiénicas llevadas a cabo por la población son adecuadas en un 77%, aun así las prácticas de lactancia sobre todo en técnica de amamantamiento son inadecuadas hasta en un 57% de la población, esto podría deberse a la falta de experiencia en lactancia de las madres primerizas que conforman el 30% de la población, y de la transmisión de prácticas negativas no corregidas por parte de madres que no recibieron preparación sobre lactancia previo a ofrecerla, este comportamiento de comportamiento se mantiene en otras partes del país como lo demuestra el estudio de Barrios – Méndez llevado a cabo en un hospital regional del Pacífico, que demuestra que las prácticas en técnicas de amamantamiento son negativas hasta en un 55% de la población.

Sin lugar a duda la práctica de extracción de leche es la de peor valoración , llevada a cabo solamente por el 9% de la población , esta practica muy poca usada en nuestro país según el estudio de Garmendia con una práctica por termino general del 12% muestra su poco uso, y según describe la bibliografía consultada es la urgencia de tiempo lo que incentiva esta práctica siendo más usada en sociedades con una fuerte inclusión laboral femenina llegando hasta al 87% de uso en Alemania según Wayne (EpiJournal, Alemania 2015) , por el contrario observando la poca aplicación laboral dentro de nuestra sociedad con solamente un 12% de trabajo laboral estable según nuestro estudio resulta innecesaria por la cantidad de tiempo invertido en la crianza del niño por parte de la madre.

La variable que mostraron más dependencia en los resultados fueron sin lugar a duda el nivel académico, la ocupación y en menor medida la edad de las participantes , observando de manera cualitativa un aumento en las practicas negativas y los conocimientos insuficientes proporcional inversamente proporcional al nivel de educación, aunque nuestro estudio no permitió valorar una relación causal estadística resulta claro la dependencia en los resultados, y al valorar estudios descriptivos de enfoque cuantitativos como el de Morales (HAJN , Granada 2010) observamos que de manera descriptiva las practicas negativas son 5 veces mas negativas en mujeres con bajo nivel educativo , además que el embarazo en mujeres menores de 18 años es el que presenta el menor porcentaje de lactación exclusiva hasta los 6 meses.

Agregamos que la relación según la ocupación se produce por la distribución de la población siendo la de mayor nivel académico las únicas que son empleadas en trabajos bajo contratos laborales estables, por lo tanto, se ve influido directamente por el nivel escolar que como anteriormente mencionas es el factor de dependencia mas alto para la presencia de prácticas inadecuadas, bajo nivel de conocimientos y aptitudes negativas.

X. Conclusiones

Dentro de las conclusiones de mayor relevancia que encontramos en nuestro trabajo se encuentran las siguientes:

El porcentaje mayoritario de la población se encuentra en el grupo de edad comprendido entre los 25 a 34 años, con una procedencia geográfica predominantemente rural. Un 88 % de la población se encuentra en desempleo, y solamente el 12% trabaja bajo una contratación laboral estable.

La formación académica de nuestra población es superior a la de poblaciones provenientes de zonas geográficas similares en el país, obteniendo solamente un 9 % de analfabetismo.

El nivel y la calidad del conocimiento que posee nuestra población es superior a la de poblaciones con características sociodemográficas similares, mostrando mayor similitud al nivel de conocimiento de poblaciones localizadas en cabeceras municipales y zonas geográficas predominantemente urbanas.

La fuente de información y conocimientos de mayor relevancia son las relacionadas a los servicios de salud, llegando a un 94% de la población.

La población posee un alto nivel de conocimientos sobre lactancia materna sobresaliendo el relacionado con los beneficios maternales infantiles, mostrando su mayor debilidad en los temas técnicos de composición de la leche materna y técnica de amamantamiento.

La actitud la población hacia la lactancia materna es muy favorable, siendo casi inexistente los mitos arcaicos relacionados a la dieta de la madre que ofrece lactancia y los temas estéticos que impiden la lactancia.

Los mitos sobre la incapacidad de la madre para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante son los de mayor prevalencia, originando las conductas de protección que favorecen la existencia de prácticas negativas.

La evaluación de las practicas relacionadas a la lactancia materna son las de menor puntuación, siendo casi inexistente la práctica de extracción de leche, y muy acentuada la practica de adición de fórmulas artificiales a la dieta del lactante.

El nivel de educación materna mostro el mayor nivel de dependencia, en la aparición de practicas negativas, bajo nivel de conocimiento y actitudes desfavorables.

XI. Recomendaciones

Al SILAIS Rio San Juan:

- Promover un Plan Estratégico para la promoción de la lactancia materna en las programaciones anuales.
- Incluir como un indicador en los centros de salud el brindar charlas educativas sobre lactancia materna.
- Capacitar al personal de salud en la Normativa 060 para la promoción de la Lactancia Materna.
- Realizar visitas de supervisión a las unidades de salud para valorar la implementación de la Normativa 060.
- Promover estímulos a las unidades de salud que cumplan con la Norma para la Lactancia Materna.
- Estimular la ejecución de actividades que capaciten a las madres en técnicas de amamantamiento, siendo realizadas en todos los niveles incluyendo casas maternas.

Al Hospital Luis Felipe Moncada:

- Incluir la capacitación sobre técnica de amamantamiento en el protocolo de parto humanizado
- Realización de charlas educativas con contenidos científico sobre la lactancia materna en las salas del servicio
- Realizar la valoración y cumplir los criterios para ser catalogado como Hospital amigo de lactancia materna según OMS
- Capacitar al personal en el cumplimiento de normativa 060, norma sobre promoción de la lactancia materna

Al personal de salud:

- Desempeñar sus labores como facilitadores de conocimientos de manera integral con calidad y calidez.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1- Aguilar Cordero, M. (2005) . lactancia materna. España: editorial Elsevier.
- 2- Barrios. S & Méndez. L. (2009). conocimiento, actitud y prácticas en paciente ingresadas en el servicio de maternidad. (tesis postgrado). Hospital Berta Calderón Roque. Managua.
- 3- Dos Santos, L & Gubert F. (2016) . Conocimiento, actitud y práctica de puérperas adolescentes en relación al amamantamiento. (tesis doctoral) . Universidad federal del Cearal . Brasil
- 4- Garmendia. F. (2010). CAP sobre lactancia materna en las madres de pacientes menores de 6 meses de la consulta externa del HMADB. (tesis postgrado). HMADB. Managua.
- 5- González Rey, F. (2007). Investigación cualitativa y subjetiva. España: editorial Mc Graw Hill
- 6- Gutiérrez Ruiz, M. (2015) CAP en mujeres puérperas sala de GO hospital Gaspar García Laviana de 14 a 24 años [tabla1] [tabla2] [grafico1]. UNAN – Managua. Rivas
- 7- Guyton, A. Hall. J . (2011). Tratado de fisiología médica. España: editorial Elsevier – Saunders
- 8- Hernández Aguado , I . Hill, L. Delgado, F . et al. (2011) .Manual de epidemiología y salud publica . Puerto rico : editorial medico panamericana.
- 9- Madariaga. L & Hernández, F (2009).CAP sobre lactancia materna de madres de menores de seis meses atendidos en consulta externa de pediatría del HRSJ. (tesis pregrado) . UNAN - Managua. Nicaragua
- 10- Ministerio de Salud Nicaragua .(2010). Manual de lactancia materna para atención primaria Normativa 060,Nicaragua : MINSa

- 11- Ministerio de salud. (2015).Guía para el abordaje de las enfermedades infecciosas más comunes de la infancia y la desnutrición. Managua: MINSА
- 12- Ministerio de Salud. (2016). Normas y protocolo para el correcto manejo de la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo. Managua: MINSА
- 13- Ministerio de Salud. (2010). Manual PROCOSAN. Managua: MINSА
- 14- Ministerio de Salud. (2011). Encuesta nicaragüense de demografía y salud. Managua: MINSА-INIDE
- 15- Ministerio de Salud. (2016). Norma y protocolo para el manejo de neonatos. Managua: MINSА
- 16- Ramírez. L & Ortega. J. (2010). CAP sobre lactancia materna en el personal medico del hospital Berta Calderón Roque. (tesis postgrado). Hospital Berta Calderón Roque. Managua.
- 17- Sanchez , Felix. (2009). Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. (tesis doctoral). Servicio de pediatría hospital virgen del camino , España .
- 18- Selva Gómez. F & Llanes Blanco, M . (2009) Conocimientos, actitudes y practicas sobre la lactancia materna en las mujeres ingresadas en la casa materna del municipio de La Cruz de Rio Grande durante el segundo semestre del año 2009. (tesis pregrado) UNAN-Managua RAAS
- 19- Sociedad española de pediatría. (2008). Manual sobre lactancia materna .Madrid :panamericana.
- 20- .UNICEF.(2010). manual sobre lactancia materna . Santiago de chile: UNICEF .

XIII. Anexos

Consentimiento informado

El presente trabajo realizado por estudiantes en su servicio social de la carrera de Medicina consiste en una investigación cuyo objetivo principal es Identificar el nivel de conocimiento, actitudes y práctica de la lactancia materna en mujeres puérperas entre las edades de 15 -34 años que se encuentran en la sala de ginecología del Hospital Luis Felipe Moncada.

En dicho estudio se recolectara información por medio de una encuesta la cual se le explicara a los participantes el objetivo de la misma, y al mismo tiempo se orientara que se mantendrá en secreto y anonimato, no violentando sus derechos y respetando su punto de vista, sin causar daño a su integridad física ni moral, para la cual se necesita su consentimiento, y que será utilizado para fines de estudio investigativo.

Estando informada de la importancia de este estudio, acepto voluntariamente participar en él siempre y cuando se conserve mi identidad,

Firma de la paciente

No. de cédula: _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

El siguiente instrumento tiene como objetivo Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres con embarazo a término del servicio de ginecología del Hospital Luis Felipe Moncada, San Carlos. Le estamos solicitando su participación. La información que brindará será anónima, y será utilizada únicamente para fines del estudio, no requiere poner su nombre.

I. DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS.

1. **Edad:** 1. 15-19:(___) 2. 20-24:(___) 3. 25-29 (___) 30-34(___)
2. **Escolaridad:** 1.Analfabeta___ 2.Primaria: ___ 3.Secundaria: ___; 4. Universitaria: ___
3. **Procedencia:** 1.Urbano: ___ 2.Rural: ___
- 4 **Ocupación:** 1.Ama de casa:___ 2.Estudiante___ 3.Comerciante:___ 4.Otros: _____
5. **Estado civil:** 1. Soltera___ 2. Casada: ___ 3. Unión estable: ___ ;
6. **Número de hijos:** 1. Ninguno ___ 2. Uno___ 3. Dos o mas_____
7. **Religion:** 1. Católica___ 2.Evangelica___ 3.Testigo de Jehová__ 4.otro_____

Medio utilizado para obtener información sobre lactancia materna exclusiva (puede marcar más de una respuesta)	SI	NO	NO SABE
8. Personal de salud			
9. Maestros.			
10. Televisión, radio, revistas			
11. Familiares			
12. cónyuge			
Lugar donde ha recibido la información (puede marcar más de una respuesta)			
13. unidades de salud			
14.hogar			
15. escuela			
16. otros			
Tipo de información recibida(puede marcar más de una respuesta)			
17. Diferencia entre LM y LME			
18. Duración de la LM			
19. Beneficios de la LM para la madre.			
20. Beneficios de la LM para el niño.			
21. Tipos de leche materna			
22. Horario de lactancia materna exclusiva.			
23. Posición de amamantamiento.			
24. alimentación que debe tener la madre			

II. CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA			
25.Es la alimentación con leche del pecho de la madre			
26.Es la alimentación para el desarrollo y crecimiento del niño suministrado por la madre			
27.Es el mejor alimento para el recién nacido proporcionado por una mujer			
CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA			

28. solo ofrecer pecho, nada de formula			
29. Son los primeros 6 meses de edad solo con lactancia materna.			
30. alimentación con pecho sin agua ni otro tipo de alimentos			
31. Es la alimentación del bebe con leche materna Desde los primeros 6 meses hasta el año.			
DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA	SI	NO	NO SABE
32. 3 meses			
33. 6 meses			
34. 1 año			
35. 2 año			
36. hasta que la mamá decida quitarle el pecho.			
EDAD DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS			
37. a los 2 meses			
38. al los 4 meses			
39. a los 6 meses			
40. al año			
HORARIO DE DAR LACTANCIA MATERNA			
41. A libre demanda cuando el bebé lo pida			
42. Solo en la mañana, mediodía y tarde			
43. Solo por la mañana y la noche			
44. Cada 2 horas			
TIPOS DE LECHE MATERNA			
45. Leche única de la madre			
46. Calostro, transición, madura			
47. Leche en polvo			
COMPOSICION DE LA LECHE			
48. Proteínas			
49. Vitaminas			
50. Agua			
51. Grasas			
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL BEBÉ			
52. El bebe crece sano y con buen peso			
53. promueve el desarrollo intelectual del bebe			
54 ayuda al sistema inmunológico del bebe			
55. promueve el apego emocional con la madre			
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE			
56. Es económica			
57. La madre baja de peso			
58. Promueve el afecto de la mamá con su bebé			
59. Previene de cáncer de mama			
60. Sirve de método de planificación			
61. evita hemorragias post parto			
ALIMENTACION DE UNA MUJER QUE DA LACTANCIA MATERNA			

62. Todo tipo de alimento			
63. solo líquidos (refrescos y sopas)			
64. Solo tortilla y queso con tibio			
65. Alimento rico vitamina, proteínas y aminoácidos			

Nivel de conocimiento:: 1. Bueno:/_/_/; 2. Regular:/_/_/; 3. Malo:/_/_/

ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA. A continuación se hará una serie de ítems, marque según este de acuerdo con las siguientes escalas : Totalmente de acuerdo (TA); De acuerdo (A); Indeciso (I); Desacuerdo (D); Totalmente en Desacuerdo (T).

ACTITUD SOBRE LA LACTANCIA MATERNA	GRADO DE ACUERDO HACIA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA				
	TA	DA	I	D	TD
MITOS Y TABUES SOBRE LACTANCIA MATERNA					
66. Entre menos es el nivel educativo de la madre, menor es su conocimiento sobre la lactancia materna.					
67. Una madre que trabaja, no puede dar el pecho materno a su bebé, por las largas horas de trabajo.					
68. Entre más veces succiona el bebé menos leche materna se produce.					
69. Con los pechos agrietados y dolorosos no es un problema el dar lactancia materna.					
70. No se debe dar el pecho materno porque los pechos se aguadean y se caen.					
71. Hay que darle otro tipo de alimento al bebé porque no se llenan con la leche materna.					
72. La madre durante la lactancia materna exclusiva debe alimentarse con tortilla, queso y pinol.					
73. Una madre enojada no puede dar pecho materno, le produce diarrea al bebé					
74. Guiñarle el pezón muy rápido al bebé le baja la mollera					
75. Cuando se da de mamar un pecho se hace más grande que el otro.					
76. Entre más grandes los pechos mas producción de leche.					
77. Los primeros días después del parto no hay suficiente leche					
78. los bebes necesitan agua en climas cálidos					
79. Hay que lavarse los pezones cada vez que se alimenta al bebe					
Actitud del cónyuge					
80. El padre no tiene ninguna función cuando la madre está dando lactancia materna exclusiva.					
81. Le molesta que se despierte en la noche para dar lactancia materna					
82. Apoya al momento de la lactancia en la comodidad de la madre					
83. Se queja que no le presta atención por dar lactancia materna					

PRACTICAS RELACIONADO A LA LACTANCIA MATERNA
Conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible

PREGUNTAS	SI	NO
Brindo lactancia materna inmediatamente posterior al nacimiento		
Higiene materna antes de administrar lactancia materna (puede marcar más de una respuesta positiva)		
Lavarse las manos para agarrar al bebe		
Limpiarse los pechos antes de dárselos al bebé		
Cambio de ropa		
Frecuencia con que administra pecho materno		
Cada hora		
Cada tres horas		
Cada vez que él bebe lo pida		
Duración de cada alimentación		
De 10 a 15 minutos		
15 a 30 minutos		
A libre demanda		
Después de dar el pecho materno usted realiza lo siguiente:		
Lo deja dormido		
Le saca los gases		
Lo deja en la cuna		
Al estar en un lugar público usted considera que:		
No hay que darle el pecho materno al bebé, da mucha pena		
Hay que darle el pecho materno		
Si usted trabaja cuales son los pasos que realiza para amantar a su bebé		
Se saca la leche materna y la deja en un recipiente en la refrigeradora		
Se saca la leche materna y la deja en un recipiente a temperatura ambiente		
Deja indicado que le den la leche en vaso		
Deja indicado que le den la leche en pacha		
Le da otro tipo de leche		
No aplica		

Tablas y Gráficos:

Tabla no.1 Datos socio demográficos de mujeres puérperas, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017 N: 221

Edad	N	%
15 – 19	54	24
20 – 24	87	40
25 – 29	57	26
30 – 34	23	10
Escolaridad		
Analfabeta	20	9
Primaria	88	40
Secundaria	55	25
Universidad	58	26
Procedencia		
Rural	132	60
Urbano	89	40
ocupación		
Ama de casa	148	67
Comerciante	23	10
Estudiante	46	21
Trabajo bajo contrato laboral	3	2
estado civil		
Casada	51	23
Soltera	69	31
Unión estable	101	46

Fuente: ENTREVISTAS

Tabla No.2 Conocimientos sobre duración lactancia materna, adición de alimentos y horario de amamantamiento en mujeres puérperas, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017, N:221

Duración de la lactancia materna	N	%
3 meses	16	7
6 meses	117	53
1 año	29	13
2 años	13	6
Hasta que la madre lo desee	46	21
Edad para Adicionar otros alimentos a la dieta del lactante	N	%
4 meses	51	23
6 meses	135	61
1 año	35	16
Horarios de lactancia materna	N	%
Cada vez que el lactante lo solicite	208	94
Cada 2 horas	13	6

Fuente: ENTREVISTA

Tabla No 3 Frecuencia de tipos de alimentos consumidos por mujeres puérperas, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017, N:221

Tipo de alimentación	N	%
Todo tipo de alimentación	93	42
Solo tortilla, cuajada y tibio	4	2
Alimentos nutritivos	124	56

Fuente: ENTREVISTA

Tabla No.4 Actitudes frente a la lactancia materna de cónyuges y mujeres puérperas, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre diciembre 2017, N:221

	Desac.	%	DA	%	I	%	TA	%	TD	%
ACTITUD DE LA MADRE										
Entre menos es el nivel educativo de la madre, menor es su conocimiento	55	25	108	49	13	6	44	20	0	0
Una madre que trabaja, no puede dar el pecho materno a su bebé, por las largas horas de trabajo	148	67	14	11	127	12	0	0	22	10
Entre más veces succiona el bebé menos leche materna se produce	133	60	29	13	15	7	0	0	44	20
Con los pechos agrietados y dolorosos no es un problema el dar lactancia	80	36	102	46	20	9	20	9	0	0
No se debe dar el pecho materno porque los pechos se aguadean y se caen	160	72	0	0	0	0	0	0	55	28
Hay que darle otro tipo de alimento al bebé porque no se llenan con leche materna	82	37	99	45	13	6	15	7	11	5
La madre durante la lactancia materna debe alimentarse con tortilla, queso y pinol	148	67	2	1	2	1	0	0	69	31
Una madre enojada no puede dar pecho materno, le produce diarrea al bebé	108	49	84	38	15	7	4	2	9	4
Guiñarle el pezón muy rápido al bebé le baja la mollera	159	68	11	5	13	6	0	0	46	21
Cuando se da de mamar solo con un pecho se hace más grande que el otro	84	38	97	44	24	11	0	0	15	7
Entre más grandes los pechos mas producción de leche	66	31	144	65	2	2	4	2	0	0
Los primeros días después del parto no hay suficiente leche	115	52	95	43	2	2	2	1	4	2
Los bebes necesitan agua en climas cálidos	66	30	126	57	15	7	13	6	0	0
Hay que lavarse los pezones cada vez que se alimenta al bebé	133	60	53	24	11	5	0	0	24	11
ACTITUD DEL CONYUGE										
El padre no tiene ninguna función cuando la madre está dando lactancia	135	61	2	2	13	6	0	0	69	31
Le molesta que se despierte en la noche para dar la lactancia materna	135	61	0	0	2	1	0	0	84	38
Apoya al momento de la lactancia en la comodidad de la madre	0	0	155	70	0	0	66	30	0	0
Se queja que no le presta atención por dar lactancia materna	148	67	2	1	2	1	0	0	66	31
Valoración de las actitudes	N					%				
Actitudes favorables	141					64				
Actitudes desfavorables	80					36				

DA: De acuerdo, Desc: Desacuerdo, TA: totalmente de acuerdo, TD: totalmente desacuerdo, I: indeciso

Fuente: ENTREVISTA

Tabla No. 5 practicas materna previo a lactancia, durante la lactancia y posterior a la lactancia en mujeres puérperas, de 15-34 años, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre-diciembre 2017, N:82

Prácticas higiénicas pre-lactancia materna	SI %	NO %
Se lava las manos antes de agarrar al bebe para darle lactancia materna	83	17
Se lava los pechos antes o después de ofrecer lactancia materna	35	65
Cambia la ropa de cama diariamente	26	74
Practicas higiénicas durante la lactancia materna		
Ofreció lactancia materna inmediata después del parto	100	0
Practicas posterior a la lactancia		
Deja dormir al bebe inmediatamente posterior a lactar	100	0
Saca los gases al bebe posterior a dar lactancia	69	31
Lo deja solo en la cuna posterior a lactar	65	35

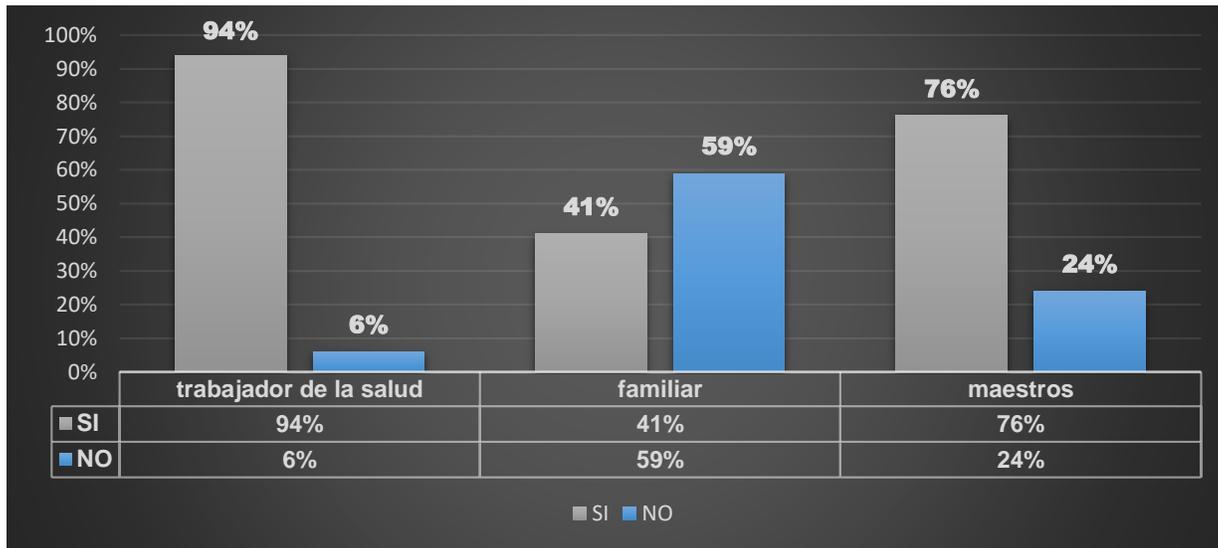
Fuente: ENTREVISTA

Tabla No. 6 practicas materna relacionadas a la extracción manual de leche y uso de fórmulas sintéticas durante la lactancia en mujeres puérperas, de 15-34 años, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre-diciembre 2017, N:82

Practicas relacionadas a la extracción de leche	SI		NO	
	N	%	N	%
Realizo la extracción manual de su leche materna en algún momento de la lactancia	18	8	203	92
En caso de realizar la extracción Manual de leche materna la refrigero	20	100	0	0
Utilizo algún sustituto sintético o formula para alimentar a su bebe	159	72	62	28
Al ofrecer la leche materna extraída o formula sintética a su bebe lo hizo ocupando pachas o biberones	213	96	8	4

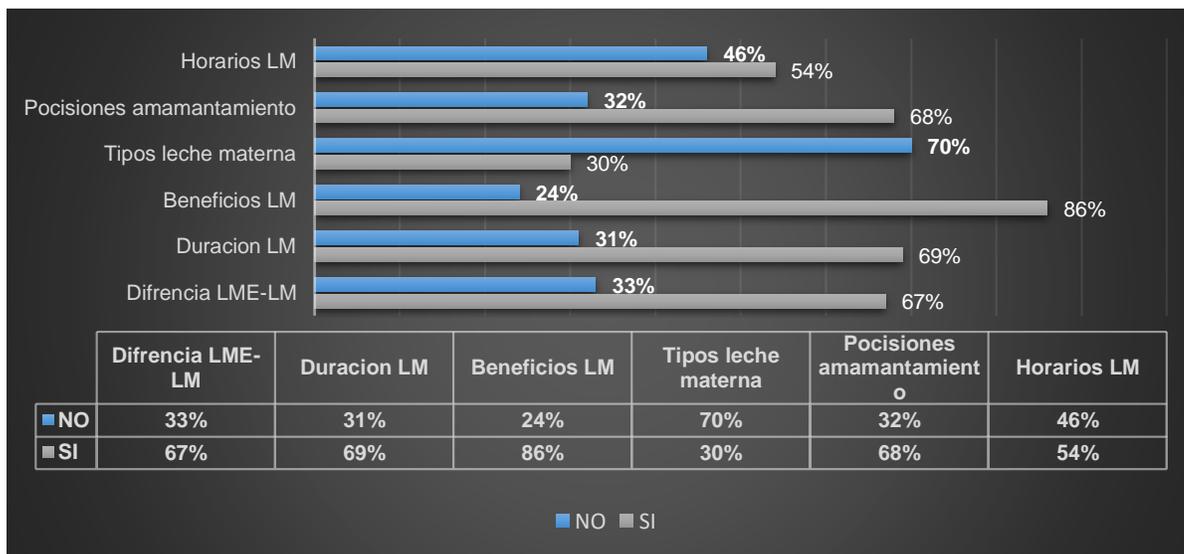
Fuente: ENTREVISTA

Gráfico No. 1 Fuente de información sobre lactancia materna en mujeres púerperas, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017, N:221



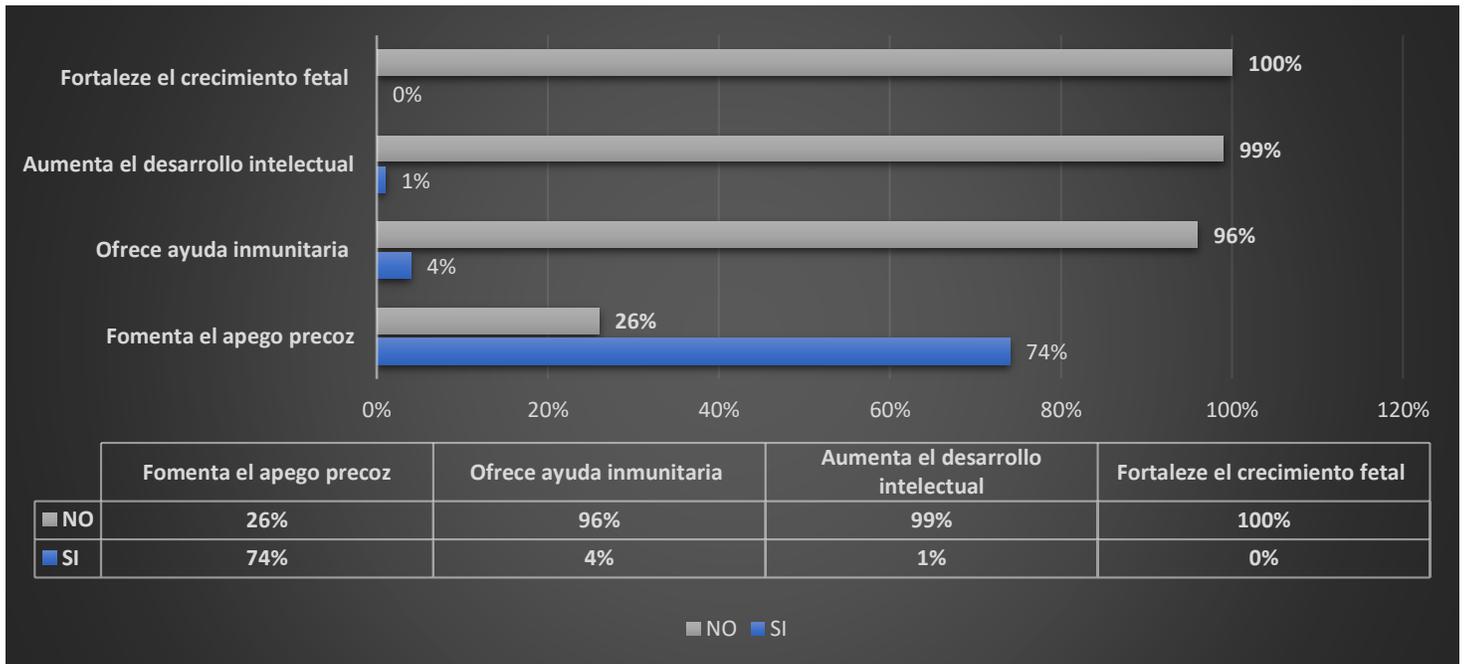
Fuente: ENTREVISTA

Gráfico No.2 Tipo información recibida sobre lactancia materna en mujeres púerperas ,sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017, N:221



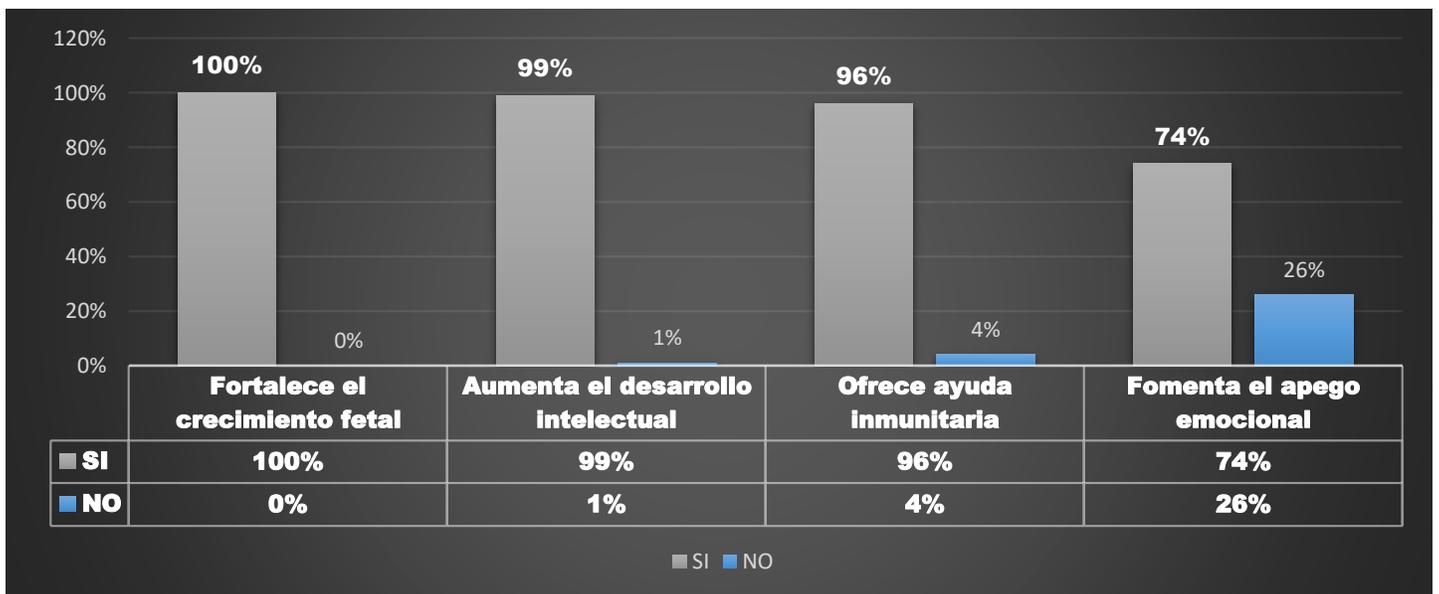
Fuente: ENTREVISTA

Gráfico No. 3 conocimientos sobre beneficios maternos de la lactancia materna en mujeres púerperas, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017, N:221



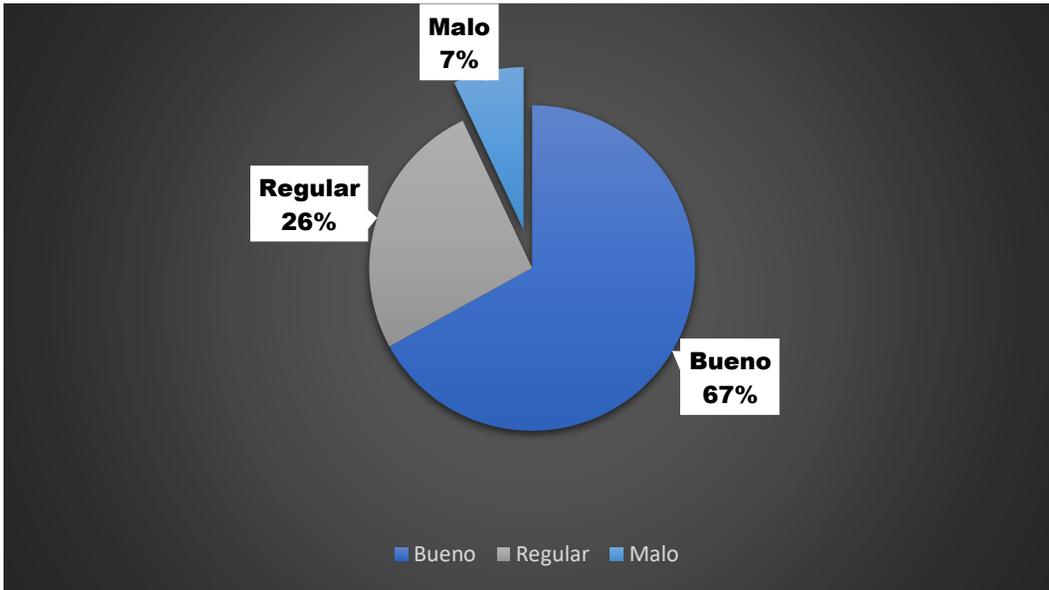
Fuente: ENTREVISTA

Gráfico No. 4 conocimientos sobre beneficios en el lactante que recibe lactancia materna en mujeres púerperas, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017, N:221



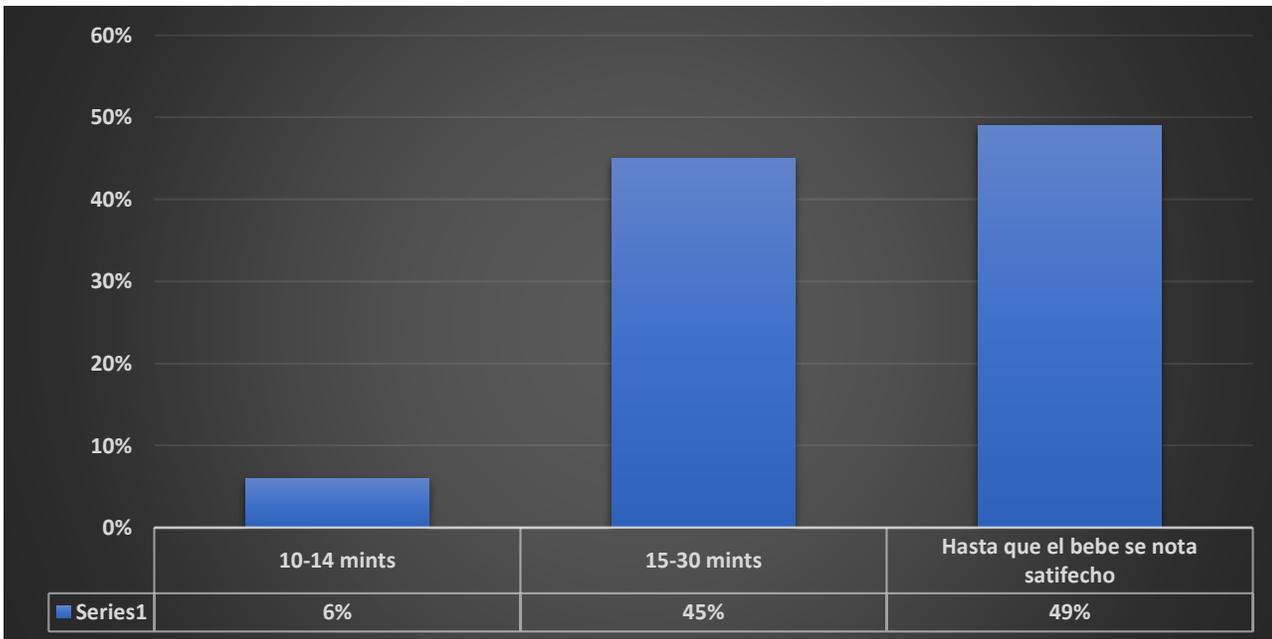
Fuente: ENTREVISTA

Gráfico No 5 Valoración calidad del conocimiento en mujeres púerperas, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017, N:221



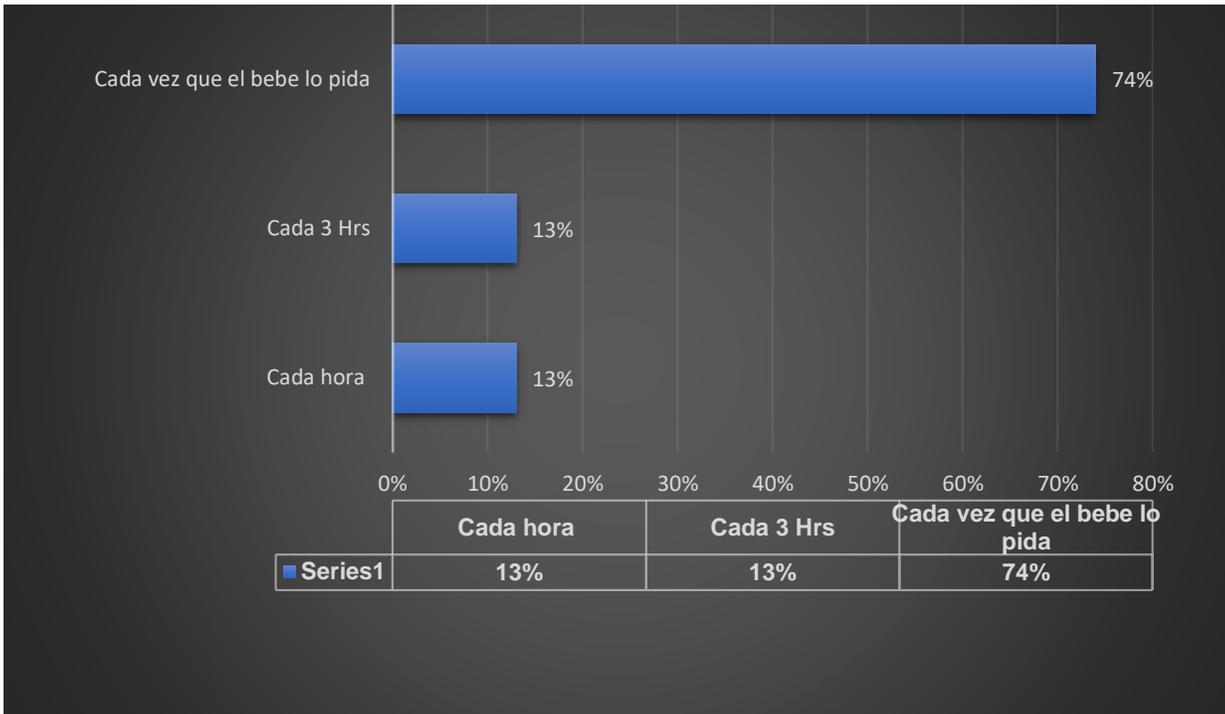
Fuente: ENTREVISTA.

Gráfico No 6 duración de los episodios de lactancia en mujeres púerperas, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017, N:221



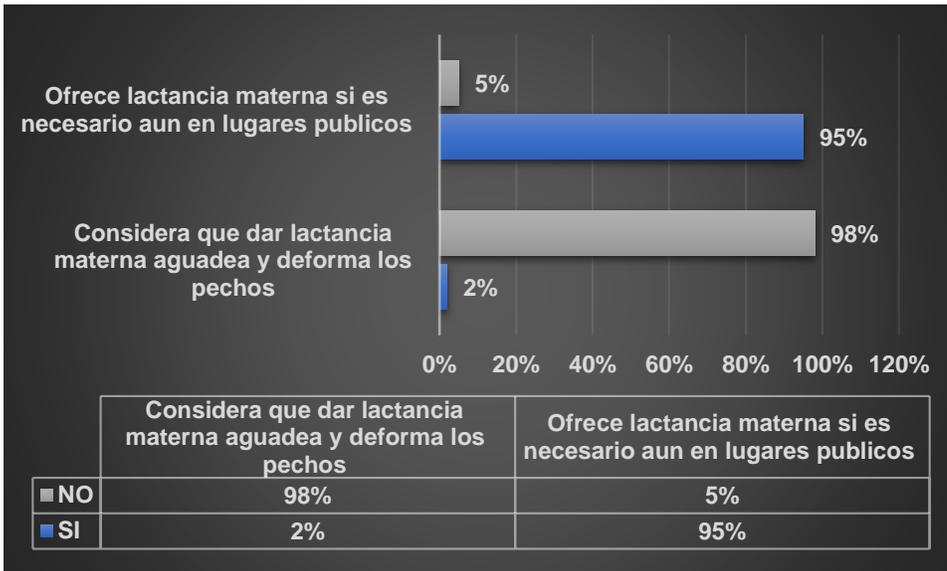
Fuente: ENTREVISTA

Gráfico No 7 frecuencia de los episodios de lactancia en mujeres puérperas, de 15-34 años, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017, N:221



Fuente: ENTREVISTA

Gráfico No 8 prácticas de tendencia social y estética relacionadas a la lactancia materna en mujeres puérperas, de 15-34 años, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017, N:221



Fuente: ENTREVISTA

Gráfico No 9 valoración de las practicas relacionadas a la lactancia materna en mujeres puérperas, de 15-34 años, sala de ginecología, Hospital Luis Felipe Moncada, septiembre -diciembre 2017, N:221



Fuente: ENTREVISTA

