

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**Facultad de Ciencias Médicas, Managua**



**TESIS MONOGRÁFICA  
PARA OPTAR AL TITULO DE MÉDICO Y CIRUJANO**

**“CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICA ACERCA DE LA  
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES PRIMIGESTAS  
ENTRE LAS EDADES DE 15 -24 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA  
EN CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO EN EL PERIODO  
ABRIL-MAYO 2014”**

**AUTORES:**

Br. Yolivia Cristina Miranda Aldana

Br. Sindy Larissa Umanzor Benavidez

**TUTOR:**

Lic. Yadira Medrano Moncada

Profesora titular Unan-Managua

Managua, Febrero del año 2015

## INDICE

! AGRADECIMIENTO	
!! DEDICATORIA	
!!! OPINION DEL TUTOR	
!!!! RESUMEN	
CAPITULO I GENERALIDADES	
1.1 INTRODUCCION.....	1
1.2 ANTECEDENTES.....	2
1.3 JUSTIFICACION.....	5
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.5 OBJETIVOS.....	7
1.6 MARCO TEORICO.....	8
CAPITULO II DISEÑO METODOLOGICO	
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	50
2.2 LUGAR DE ESTUDIO.....	50
2.3 UNIVERSO.....	50
2.4 MUESTRA.....	50
2.5 UNIDAD DE ANALISIS.....	51
2.6 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	51
2.7 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	53
2.8 PLAN DE TABULACION.....	53
2.9 PLAN DE ANALISIS.....	55
2.10 VARIABLES.....	56
2.11 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	57
2.12 ASPECTOS ETICOS.....	62
CAPITULO III DESARROLLO	
3.1 RESULTADOS.....	63
3.2 DISCUSION.....	69
3.3 CONCLUSIONES.....	72
3.4 RECOMENDACIONES.....	73
CAPITULO IV	
4.1 BIBLIOGRAFIA.....	74
CAPITULO V	
5.1 ANEXOS.....	77

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por su infinita misericordia para con nosotros en nuestra formación académica al darnos la fuerza y confianza necesaria para seguir adelante en nuestro largo camino.

A nuestros padres por su gran amor y comprensión al estar a nuestro lado en los momentos más difíciles.

A nuestra tutora por su paciencia y apoyo incondicional en nuestra ardua labor, al compartir sus conocimientos adquiridos en años de experiencia, ayudándonos a pulir nuestros esfuerzos que nos llevaron a culminar este estudio, con su mejor manera para corregir nuestros errores tanto académicos como personales.

Al personal del Centro de Salud Francisco Buitrago, por su valiosa contribución en la elaboración y conclusión de nuestro estudio y a todas las personas que no podemos mencionar en detalle pero que sin lugar a duda formaron parte importante de nuestra formación.

## **DEDICATORIA**

### **A Dios:**

Por darnos la vida, la fuerza y el valor para no caer en los momentos difíciles de nuestro camino.

### **A nuestros padres:**

Por su amor incondicional, por sus sacrificios y consejos que nos regalaron en todo momento.

### **A nuestra tutora:**

Por su inmensa paciencia y dedicación que nos brindó para educarnos en esta ardua labor.

### **A nuestros familiares y amigos:**

Por ser una pieza importante en este largo camino ya que de gran manera estuvieron apoyándonos.

## RESUMEN

El presente trabajo se realizó con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas acerca de la lactancia materna en mujeres primigestas que acuden al Centro de Salud Francisco Buitrago, en el periodo abril-mayo 2014, ya que ésta práctica es de suma importancia a nivel mundial.

Por lo tanto, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal con enfoque cualicuantitativo, un universo conformado por 56 mujeres en su tercer trimestre de embarazo y 120 puérperas con una muestra probabilística en total de 61 mujeres. Se elaboraron fichas para realizar entrevista con 115 items que valoraban 3 aspectos: conocimientos, actitudes y prácticas.

Resultados: El 76.9% tiene un nivel de conocimiento bueno acerca de la lactancia materna, 58.1% en el rango de edad de 20-24 años, 43.5% son estudiantes con escolaridad secundaria en un 50%, 91.9% de zona rural, 41.9% en unión estable, 91.9% recibieron información por parte del personal de salud, entre el 67.6% y el 90.3% identificaron el concepto de lactancia materna, 59.7% opinan introducir alimento a los 6 meses, entre el 43.5 y 98.4% reconocen los beneficios de la lactancia materna, 33.8% practicó adecuadamente la lactancia, 51.6% está de acuerdo con darle frecuentemente el pecho materno al bebé, 38.1% afirmó limpiarse el pecho antes de lactar, 61.9% se lavan las manos para agarrar al bebé, 42.9% dan cada 3 horas de mamar y otro 42.9% dan el pecho cada que el bebé lo pida, 100% le sacan los gases, 95.2% daría el pecho en lugares públicos, 57.1% dejaría la leche materna en algún recipiente si ella trabajara.

Conclusiones: El conocimiento acerca de la lactancia materna es regular, la información que recibieron fue a través del personal de salud, la mayoría presentó una actitud favorable pero la práctica no es muy buena, sin embargo, la mayoría que lo hace, lo practica durante 6 meses, no les da pena dar el pecho en lugares públicos.

Recomendación: fomentar la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y proporcionar información sobre ellos a las madres antes del alta hospitalaria.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, es un hecho aceptado universalmente las bondades de la lactancia materna. Este alimento siendo un medio natural no solo es más fácil de digerir por los recién nacidos, también desde el punto de vista inmunológico proporciona protección frente a muchas enfermedades que representan un riesgo en el bienestar del niño. Así mismo entre sus beneficios resalta el desarrollo del vínculo madre-hijo, factor importante para ambos.

La lactancia materna exclusiva implica que el niño reciba única y exclusivamente alimentación del pecho materno, lo cual traerá efectos positivos en la vida tanto de la madre como del bebé, ya que los alimentos esenciales que la leche materna contiene son más absorbibles y biodisponibles en el organismo del niño, condición importante a tomar en cuenta para garantizar un adecuado desarrollo del mismo. Sin embargo, muchas madres presentan dudas sobre los beneficios que tanto ellas como sus hijos pueden obtener a partir de una lactancia materna adecuada. Así mismo, estas consideran mitos que se han venido creando a lo largo del tiempo y que a su vez, han sido motivo para no practicar la lactancia materna, este abandono de la lactancia natural constituye uno de los problemas de salud que más atención recibe en estos momentos en el mundo, ya que este fenómeno que se ha desarrollado con gran rapidez en los países de América Latina ha ocasionado serias consecuencias en la salud de los niños en edades tempranas, aumento de la morbi-mortalidad y aumento del riesgo de padecer de enfermedades crónicas en la adultez.

En los últimos años la práctica, frecuencia y duración de la lactancia materna exclusiva (LME) ha disminuido en América Latina y el Caribe, donde solo el 38% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida (Organización panamericana de la salud y la organización mundial de la salud OPS/OMS, 2013).

## ANTECEDENTES

En 1979, la Organización Mundial de la Salud (OMS) e instituciones de las Naciones Unidas abordaron los problemas de alimentación del lactante y en niños pequeños, al constatar que una de las causas de abandono de la lactancia natural es la publicidad errónea y la excesiva promoción de formula lácteas. Como resultado surgió el “Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna” para regular las prácticas de comercialización de alimentos infantiles.

En 1989, la OMS y la UNICEF promulgaron los “Diez pasos para garantizar una lactancia materna natural exitosa”, cuyo propósito es proteger, promover y apoyar la LM desde el punto de vista de las practicas institucionales.

1991, la OMS realiza estudios sobre los códigos en 15 países y se lanza por parte del UNICEF-OMS la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), y se firma un acuerdo con la Asociación Internacional de las Industrias de Formulas Infantiles para la interrupción de donaciones gratuitas en 12 países

Desde que la UNICEF y la OMS lanzaron la IHAN, la iniciativa ha crecido con más de 20,000 hospitales designados en 156 países alrededor del mundo en los últimos 15 años durante este tiempo, un numero de reuniones regionales sirvieron de guía y proveyeron de oportunidades para establecer vínculos y recibir retroalimentación de profesionales dedicados de países involucrados con la implementación de la iniciativa. El resultado de las reuniones ofrecieron recomendaciones para actualizar los criterios globales, instrumentos de evaluación relacionados , así como el “curso de 18 horas” en vista de la experiencia con IHAN desde su inicio, la guía provista por la Estrategia Mundial Para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño , y los desafíos planteado por la pandemia de VIH. De la misma forma la importancia de enfocar la “atención amigable a la madre” en la iniciativa fue planteada por varios grupos.

Sosa (HAN- Managua, 2005) estudio los CAP sobre LM en 11 trabajadores de la salud en áreas de G-O pediatría en el Hospital Alemán Nicaragüense (HAN) encontrando que el 66% tenían buen nivel de conocimiento y un 34% poseían un nivel malo de conocimiento predominando auxiliares de enfermería, 16%, y enfermeras profesionales 6%, el 66% no usaban técnicas correctas para reconocer el tipo de pezón de la madre.

Parrales y Quijano (Jinotega 2006) estudiaron CAP en LM en 98 madres de menores de seis meses, caracterizadas por tener 22 a 30 años, estudios de primaria, entre uno y dos hijos y ser amas de casa. La mayor parte de las madres saben que es el calostro y de la excelencia de su calidad. 100% conocían de las ventajas (mejor alimento, se enferma menos, ahorra tiempo, dinero y está disponible en todo momento) y 99% que dar biberón es peligroso ya que puede enfermar al niño frecuentemente. La información fue adquirida en el centro de salud. Las razones para no dar LME fueron poca leche e inflamación de los pechos. El 51.5% habían introducido otros alimentos en la dieta; casi todas amamantaban a libre demanda ofreciendo ambos pechos y hasta que su bebe quisiera, las posiciones más usadas para el amamantamiento fueron sentadas y en sandia.

Maradiaga y Hernández (HRSJ-CARAZO,2009) estudiaron CAP sobre LME en 175 mujeres atendidas en la 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 LME. Consideraron que el nivel de conocimiento era regular.

Selva Gómez y Llanes Blanco (Municipio de la Cruz del Rio Grande y Karawala, RAAS. 2009) estudiaron un CAP sobre LM 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.

Barrios y Méndez (HBCR-Managua, 2009) estudiaron CAP 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 64.9%, deficiente 18.5%, bueno 15.7%, muy bueno 0.9%. Con respecto a las practicas eran adecuadas el 56.4% e inadecuada el 43.6%. Las actitudes fueron positivas con un 89% y el 57.1% recibió información de un medio y/o enfermera.

## JUSTIFICACIÓN

Siendo la lactancia materna un acto natural que se practica desde el origen del hombre, las mujeres dan por hecho que saben amamantar, por el simple acto de ofrecer el pecho materno al niño y niña. La OMS recomienda amamantar los dos primeros años de vida, extendiendo sus beneficios al sector económico, social, nutricional y ecológico.

Sin embargo, en Nicaragua el uso del biberón y fórmula ha sido aceptada desde hace muchos años, y la población que debuta como madre cada vez es más joven, sin experiencia, sin conocimiento y en muchos casos sin apoyo lo cual las lleva a la opción de no ofrecer pecho maternos a sus bebés al menos los seis primeros meses de vida restándole importancia y abriendo paso a que las madres opten a la sustitución comercial, privando de tal manera no solo a los niños y niñas sino también a ellas mismas del beneficio biológico y afectivo de la lactancia materna que es el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo del bebé.

Por lo tanto, este trabajo pondrá de manifiesto la relación existente entre conocimiento, actitudes y práctica tomando en cuenta todos los aspectos de la madre y determinando así la influencia que cada uno de estos tiene en la lactancia materna, como una contribución para las mujeres que realizan dicha práctica, principalmente las primigestas que poseen menos experiencia.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua, la práctica adecuada de la Lactancia Materna Exclusiva se considera como una problemática de gran importancia. Muchas madres, principalmente las primigestas, tienen arraigados mitos y creencias que influyen en la práctica del amamantamiento y que lleva a desobligarse de su cumplimiento. En el año 2012, la Encuesta Nicaragüense de Salud (ENDESA) reporto que antes de los 3 meses de edad solo un 42.5% lactan exclusivamente, el 5.8% reciben otros líquidos (agua, jugos), el 10.4% reciben solo agua y el 39.7% de los niños son alimentados con leche no materna. En un pilotaje realizado a 10 madres de niños menores de 6 meses de edad que acudieron a consulta del Centro de Salud Francisco Buitrago, revelo que solo un 40% de ellas daban Lactancia Materna Exclusiva, el 20% suministraba otros líquidos y suplementos (agua, jugos, puré) y el 40% restante alimentaba a sus bebés con leche no materna.

Por lo expuesto anteriormente nos motiva a realizar este estudio para dar respuesta a la siguiente pregunta.

¿Existe relación entre el conocimiento, actitudes y práctica de la lactancia materna en las mujeres primigestas entre las edades 15-24 años que acuden a consulta en el centro de salud Francisco Buitrago en el periodo mayo- abril 2014?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar el nivel de conocimiento, actitudes y práctica acerca la lactancia materna en mujeres primigestas entre las edades de 15 -24 años que acuden al Centro de Salud Francisco Buitrago, en el periodo abril-mayo 2014.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar demográficamente a las mujeres primigestas en estudio
- Identificar la información y el conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de primigestas en estudio
- Describir las actitudes acerca la lactancia materna exclusiva de primigestas en estudio
- Cuantificar la práctica de la lactancia materna en las madres primigestas en estudio.

## MARCO TEORICO

**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<sup>6</sup>.

**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<sup>6</sup>.

**Practica:** 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<sup>6</sup>.

Conceptos generales sobre lactancia materna

### **Lactancia materna exclusiva**

Es la alimentación con leche del seno materno. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños".

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años.

La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF<sup>1</sup>.

Según la OMS y el UNICEF, a partir de los dos primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. Los referentes sobre los términos y características de la lactancia se comprenden desde el contexto cultural de las madres que lactan, de tal forma que los periodos de lactancia se pueden extender tanto como la variabilidad de culturas existentes en el mundo. En el mundo podemos referir casos en donde se considera un acto únicamente de bebés de pocas semanas o meses, así como también se encuentran casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años<sup>1</sup>.

#### ❖ **Lactancia materna**

Es cuando el lactante solo recibe leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua; que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche; y que no se utilicen biberones, ni chupetes; todo esto por los primeros 6 meses de vida<sup>2</sup>.

#### ❖ **Alimentación con formula**

Cuando el lactante recibe productos alimenticios diseñados para suplir las necesidades nutricionales de los bebés menores de un año de edad. Estos productos son, entre otros, leches artificiales en polvo, líquidos concentrados y alimentos ya preparados. Dichas leches varían en nutrientes, número de calorías, sabor, capacidad para ser digerida y costo<sup>2</sup>.

#### ❖ **Ablactación**

Introducción de alimentos diferentes a la leche materna a la dieta del bebé a partir de los 6 meses de edad; la OMS recomienda que hasta esa edad, el bebé tome a demanda y de forma exclusiva leche materna. Se elige este momento ya que es cuando se agotan las reservas de hierro en su organismo y además ya se encuentra preparado para recibir alimentos con una cucharita<sup>2</sup>.

### ❖ Destete

El destete es el proceso por el que el niño deja de tomar el pecho y abandona su anterior forma de alimentación, la lactancia materna, por otro, que consiste en la introducción de alimentos complementarios o la sustitución de la leche materna por fórmulas artificiales. es un proceso largo, que comienza con la primera papilla alrededor de los seis meses y puede terminar muchos meses e incluso uno o dos años después<sup>2</sup>.

## **Anatomía y fisiología de la lactancia materna**

### ❖ Anatomía de la glándula mamaria

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

### **Estructura Externa de la glándula mamaria**

Aproximadamente en el centro de la mama se encuentra el pezón. Su forma y tamaño varía entre las mujeres pudiendo ser pequeño, grande, plano, umbilicado o invertido. La base del pezón está rodeada por una zona oscura denominada areola. Esta contiene fibras de tejido conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. La areola, contiene numerosas glándulas sebáceas denominadas "**Glándulas o Tubérculos de Montgomery**" las que se pueden apreciar claramente como poros levantados y se les atribuye la lubricación y odorización de la mama.

En la parte interna, se identifican las siguientes estructuras principales:

### **Tejido glandular:**

Dentro de él se produce la leche, obedeciendo las órdenes provenientes del cerebro, el cual responde a los reflejos estimulados mediante la succión y facilitados por un ambiente adecuado.

La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de 15 a 20 racimos glandulares denominados lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto que lleva la leche hasta la punta del pezón.

Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos. Cada acino está formado por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los acinos como los conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y vasos sanguíneos de pequeño calibre (capilares), de gran importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

#### **Conductos:**

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

#### **Senos Lactíferos:**

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

#### **Grasa y tejido de soporte:**

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

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

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

Las células productoras de leche los nutrientes necesarios para la síntesis láctea.

### **Fisiología de la producción de la leche**

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

- **Las hormonas luteales y placentarias;** producen un aumento en el número de conductos y lobulillos.
- **Los estrógenos;** estimulan la proliferación del sistema ductal (conductos).
- La Progesterona; incrementa el tamaño de los lóbulos, lobulillos y alvéolos. La Prolactina, cuya producción es inducida por los estrógenos, es indispensable
- para el desarrollo completo de los conductos y lobulillos.

La leche se produce como resultado de la acción de hormonas y reflejos. Cuando el (la) Niño (a) empieza a succionar, comienzan a actuar dos reflejos el de producción y el de secreción de la leche.

### **Regulación de la producción de leche:**

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

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

**Etapa II:** Se da con el inicio de la secreción copiosa de leche, lo que ocurre entre el segundo 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.

### **Lactopoyesis**

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

Se ha evidenciado que la demanda del niño es el principal regulador de la cantidad de leche producida, los otros factores como la nutrición, edad, composición corporal y paridad de la mujer solamente juegan un rol secundario. El mantenimiento de la lactancia se basa en que el vaciamiento continuo de la glándula aumenta su actividad secretora, lo que desencadena un círculo automático. La succión es un estímulo poderoso para la síntesis y secreción de prolactina, la que es necesaria para la secreción láctea. Hasta los cinco días post-parto el proceso es regulado por cambios en los niveles plasmáticos de hormonas presentes al final del embarazo y después la mantención del proceso de lactancia depende de la salida de la leche de la mama.

Existe una creciente evidencia de que un factor proteico presente en la misma leche inhibe la producción láctea y se prevé que está asociado a la leche residual dentro de la mama, por lo que si se aumenta la frecuencia del amamantamiento y la salida de la leche es más completa, el factor se removerá con la leche residual y desaparecerá la inhibición.

## **Eyección láctea**

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

## **Composición de la leche materna:**

Los (as) bebés no necesitan nada diferente a la leche materna, durante los primeros seis meses de vida, ya que la leche de su madre contiene todos los nutrientes que necesita, tales como:

- La cantidad de proteína adecuada a las necesidades del (de la) niño (a). Si se compara la leche materna con la leche de vaca, se verá que tiene más proteína pero ésta es demasiado para lo que él bebé necesita y son de una clase diferente. Con frecuencia esas proteínas causan inflamación y alergia en los(as) bebés. Algunos aminoácidos que se encuentran en las proteínas de la leche materna y que son indispensables para el desarrollo del cerebro del (de la) bebé, no se encuentran en otras leches en la cantidad requerida<sup>2</sup>.
- Contiene taurina, un aminoácido esencial para el prematuro y muy importante para el desarrollo del (de la) recién nacido (a), puesto que es necesaria para conjugarlos ácidos biliares y es además, un posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina<sup>1</sup>.
- Contiene más lactosa que la mayoría de leches de otros mamíferos, (la lactosa es el azúcar natural de la leche).

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del hierro y del calcio y promueve la colonización intestinal del lactobacillus bífidus que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos<sup>2</sup>.

- Las vitaminas que el (la) bebé necesita, en las proporciones adecuadas por lo que no es necesario darle suplementos vitamínicos ni jugos de frutas durante este período. Los jugos y las vitaminas no solo no son necesarios sino que pueden causar problemas al lactante menor, como es el caso de los de frutas cítricas que pueden precipitar la aparición de alergias en niños (as) predispuestos (as)<sup>1</sup>.

- La cantidad suficiente de hierro que el (la) niño (a) necesita pues el hierro de la leche materna es absorbido hasta en un 50% por el intestino, debido a los factores de transferencia contenidos en ésta y que no se encuentran en la leche de vaca. El hierro contenido en la leche de vaca, se absorbe solamente en un 10% y el de las preparaciones para lactantes, fortalecidas con hierro, se absorbe solamente en un 4%. Los (as) niños (as) amamantados (as) con leche materna no desarrollan anemia ferropénica y no necesitan suplemento de hierro en los primeros seis meses de vida<sup>8</sup>.

- La cantidad de agua que él (la) bebé requiere, aún en climas cálidos.

- La cantidad correcta de sal, calcio y fosfatos.

- Factores de crecimiento.

- Una enzima llamada lipasa, específica de la leche materna, que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares y que interviene en la digestión de las grasas.

- Anticuerpos (inmunoglobulinas) contra muchas infecciones comunes. Estas ayudan a proteger al (la) bebé contra la infección hasta que sea capaz de fabricar sus propios anticuerpos. Si una madre tiene una infección, en su leche aparecerán, muy rápidamente, anticuerpos contra esa infección. Células sanguíneas blancas, vivas, (leucocitos) los cuales ayudan a luchar contra la infección<sup>8</sup>.

- Una sustancia denominada "factor bífido", carbohidrato complejo que contiene nitrógeno, que no está presente en los derivados de la leche de vaca y que ayuda a que el "lactobacillus bífidus" crezca en el intestino del (de la) niño (a) evitando el crecimiento de otras bacterias dañinas.

- Lactoferrina, sustancia que favorece la absorción del hierro. Además, al ligarse con el hierro evita que éste sea utilizado por los gérmenes patógenos intestinales que necesitan hierro para crecer. Por lo que se dice tiene una acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferro de pendiente. Si el (la) niño (a) recibe suplementos de hierro, pueden interferir con la función de la lactoferrina ya que ésta se satura y no acepta más hierro el que al quedar libre puede ser utilizado por bacterias<sup>10</sup>.

La leche materna, no siempre tiene la misma composición, sino que varía:

- Según la edad del (de la) niño (a); puede ser Calostro y Leche Madura.
- Si se trata del comienzo de la mamada o del final de la misma.
- Si es un niño prematuro o a término.

## **Tipos de Leche**

### **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 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<sup>2</sup>.
- Facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Facilita la producción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido, evitando el crecimiento de bacterias patógenas<sup>2</sup>.

### **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<sup>2</sup>.

### **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 (7.3g%) 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 mayor en relación al de las otras leches<sup>2</sup>.

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

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<sup>2</sup>.

La leche del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa, por lo tanto le brinda más energía, al niño (a) lo que es necesario para 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<sup>2</sup>.

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

## **Leche de pretérmino:**

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<sup>2</sup>.

### **❖ Reflejo de la madre**

#### **Reflejo de producción/secreción:**

Está mediado por la prolactina y depende básicamente de la succión o extracción de leche. El estímulo de las terminaciones nerviosas sensitivas que se encuentran en el pezón viajan a través de los nervios (nervio vago) hacia una estructura que se encuentra en el cerebro llamado Hipotálamo, de donde parte un estímulo a la Hipófisis (glándula Pituitaria) anterior, ubicada también en el cerebro, produciendo la liberación de la hormona Prolactina, la que actúa en los alvéolos sobre las células productoras de leche. Por lo tanto, entre más mame el niño, habrá mayor liberación de Prolactina y mayor producción y secreción de leche<sup>1</sup>.

#### **Reflejo de eyección:**

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

Este reflejo puede disminuirse transitoriamente, cuando la madre sufre alteraciones en su estado emocional (angustia, preocupación, sufrimiento, etc.), ya que es posible que la adrenalina que se libera como respuesta a estos estímulos, haga que se contraigan los vasos sanguíneos que rodean los alvéolos, no dejando pasar la oxitocina a las células mioepiteliales, las cuales no se contraen, y por lo tanto no expulsan la leche hacia fuera.<sup>7</sup> De ahí que es importante brindar una adecuada orientación a la madre, informándole que pronto se restablecerá la salida y la cantidad de su leche. Además de ofrecer algunas recomendaciones que pueden ser útiles para superar el problema, tales como tomar un descanso antes de amamantar, asegurarse de una cómoda posición, ubicarse en un lugar tranquilo, ofrecer más frecuentemente el pecho a su bebé y/o siempre que sienta el reflejo de salida, pues si el bebé succiona más, los pechos producen más leche.

#### ❖ Reflejo en el niño

##### **Reflejo de Búsqueda:**

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

- Búsqueda (boque activo): se abre ampliamente la mandíbula, la lengua sobre pasa la encía inferior, llega el labio inferior y forma surco.
- Toma el pezón: El pezón, introducido por la lengua, ocupa completamente la boca. Los labios permanecen relajados<sup>7</sup>.

##### **Reflejo de Succión:**

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

- La lengua haciendo rítmicos movimientos ondulares, queda hacia delante sobre la encía inferior, ahuecadas en forma de surco<sup>9</sup>.

**Reflejo de Deglución:** Permite al niño (a), deglutir en forma refleja el alimento líquido que llena su boca es decir, hace que estos líquidos pasen al tracto digestivo<sup>8</sup>.

## **Beneficio de la lactancia materna**

### **Niño, niña**

#### **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<sup>8</sup>.
- **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<sup>8</sup>.
- **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<sup>8</sup>.

## **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<sup>7</sup>.

- Organización biocronológica y del estado de alerta:

Durante al menos tres meses, el (la) niño (a) necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar su propio ritmo basal y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apnea prolongada, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita<sup>9</sup>.

- 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)<sup>9</sup>.

- Desarrollo dento-maxilar y facial:

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende del buen desarrollo dento-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<sup>9</sup>.

### **c. Protección**

- El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (IgA) que protege al niño (a) mientras ellos (as) van aumentando su capacidad de producirla.
- Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Protección inmunológica: La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el (la) niño (a) y sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El (la) niño (a) amamantado (a), rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias.
- Protección relacionada en la prevención de las Diarreas<sup>9</sup>.

### **d. Otros**

En prematuros, previene contra la enterocolitis necrotizante.

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

## **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<sup>9</sup>.

## **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<sup>9</sup>.

- 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)<sup>8</sup>.

- 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.

## **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 amenorréica, 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<sup>11</sup>.

## **Comunidad**

### **a. Disminución de la morbimortalidad infantil:**

Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos (as) al menos hasta los 6 meses, 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 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<sup>8</sup>.

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.

### **Ecológica**

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

- b. Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población, al espaciar los nacimientos.
- c. No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación, protegiendo de esta forma el medio ambiente.
- d. No implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento.

- e. No necesita preparación ni uso de fuentes de energía, (leña, kerosene, gas, electricidad, etc.)
- f. No requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla.
- g. Conserva el agua y otros recursos naturales<sup>9</sup>.

### **Preparación psicológica de la madre**

La lactancia es un evento que forma parte de la función procreativa de la mujer y uno de los primeros sucesos posteriores al parto que impactan el estado emocional de la madre. Sin embargo, este hecho en general se omite dando lugar a la siguiente pregunta ¿es esencial para el (la) niño (a), desde el punto de vista psico-afectivo, el amamantamiento, o lo importante es la forma en la cual se le da el alimento y el cariño? La respuesta de diferentes investigadores, tanto de investigaciones controladas, como de observaciones clínicas, ha sido controversial y polar pero siempre los beneficios o perjuicios están enfocados en el bebé, dejando a un lado los efectos emocionales que la lactancia produce en la madre; En este sentido, nos debemos preguntar ¿Por qué algunas mujeres dicen: no pueden o no quieren amamantar a sus hijos (as)?

Desde el punto de vista psicosocial, una de las razones aducidas es el tener que trabajar, no solamente para satisfacer una necesidad personal sino económica, para contribuir al gasto familiar, haciéndola pensar que no es capaz de lactar a libre demanda a su bebé más allá de tres meses, en el mejor de los casos, no teniendo más opción que cambiar de pecho a fórmula<sup>9</sup>.

Debido a la gran publicidad mundial, que se ha hecho a favor de la lactancia natural, algunas madres comienzan a sentirse frustradas y culpables. Los sentimientos de culpa pueden provenir de dos fuentes: interna y externa. En la interna, la mujer siente que no es “buena madre” porque separó prematuramente a su bebé negándole las bondades de la lactancia natural y probablemente interpretará erróneamente el llanto del mismo lo que a la larga le impedirá sentirse satisfecha y contenta con su maternidad<sup>9</sup>.

La fuente externa se da en el medio ambiente (familiares, amigos, vecinos, etc.) y a través de la gran publicidad hecha por los defensores de la lactancia exclusiva, quienes afirman que con la lactancia natural el bebé crecerá sintiéndose amado y por consiguiente, desarrollará al máximo sus potencialidades tanto intelectuales como emocionales. Por lo tanto, la mujer que no puede lactar a su bebé podría sentirse en una situación de conflicto.

Otra pregunta planteada: ¿Por qué algunas mujeres, aunque dicen querer, no pueden lactar exitosamente a sus bebés? o ¿Por qué otras, definitivamente, no desean hacerlo? Aquí el problema es más complicado pues estas madres no poseen una explicación objetiva que les impida amamantar. Langer plantea dos respuestas al respecto:

- 1.- Podría deberse a trastornos causados en la mujer por el rechazo a la maternidad ya que inconscientemente no está lista para asumir esta responsabilidad.
- 2.- Los trastornos se pueden originar por la persistencia de tendencias agresivas en la mujer debido a experiencias negativas vividas en su infancia<sup>11</sup>.

Para algunos autores, estos conflictos son inconscientes, es decir, la mujer no se percata que esto puede estarle impidiendo dar el pecho; ella piensa que sí desea hacerlo pero que existen circunstancias que obstaculizan tal deseo, como por ejemplo que no tiene suficiente leche y, por lo tanto, el (la) bebé no se satisface, razón por la que va sustituyendo poco a poco el pecho por el biberón. Otras dirán que no quieren que el bebé las esclavice y por lo tanto éste se tiene que adaptar a ella y no la madre al (a la) niño (a); otras más pondrán como justificación el deterioro de su apariencia física que puede ocasionarle conflictos con su pareja. Se podría enumerar una gran lista de las razones que aducen las mujeres para evitar lactar. La pregunta es ¿Por qué les causa tanto conflicto y malestar hacerlo?

La experiencia clínica ha observado a muchas mujeres - sobre todo primíparas – que antes de que naciera su hijo (a) reportaban un gran deseo de darle lactancia exclusiva pero cuando llegaba el momento de hacerlo referían tristeza, incomodidad, dolor, llanto y extremo cansancio, en lugar de la alegría, la comodidad y la satisfacción que les habían dicho.

Lo referido por estas mujeres, tiene que ver, por un lado, con la extrema dependencia Del (de la) recién nacido (a) y, por el otro con rasgos de personalidad de la madre. La dependencia del bebé les hacía sentir que perdían su libertad, pérdida que les producía depresión, culpa y sentimientos ambivalentes hacia su bebé, estado emocional que se Veía agravado con la inexperiencia y el poco conocimiento que al inicio se tiene del hijo.

En cuanto a los rasgos de personalidad y actitudes diversas, se ha podido observar que la capacidad de adaptarse adecuada y satisfactoriamente a la situación de lactancia va a depender, en parte, de las vivencias que la mujer tuvo en la infancia, así como del desarrollo educativo y cultural que tenga a lo largo de su vida<sup>11</sup>.

Se sabe que el embarazo, aunque es un proceso fisiológico normal, produce en la futura mamá una serie de dudas, temores e inseguridades que pueden influir negativamente en su actitud hacia la lactancia natural. Entre estas dudas y temores frecuentes se identifican las relativas al niño (a): ¿Cuál será el sexo? ¿Nacerá Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria sano? ¿Completo? etc. Otros temores relativos a ella misma; ¿Saldré bien? ¿Qué me irá a pasar? ¿Me moriré? ¿Cómo voy a quedar? ¿Podré dar de mamar? ¿Tendré suficiente leche?, etc<sup>11</sup>.

A estas dudas y temores se agregan otros problemas propios de la vida cotidiana para la mayoría de las mujeres que agudizan la situación psicológica, en particular en la primigesta por su inexperiencia y expectativas de los cambios en su vida como futura mamá<sup>11</sup>.

Los problemas más comunes en nuestro medio son: los socio-económicos, madres solteras, adolescente embarazada, futuras madres sin fuentes de ingreso, situación agravada por la violencia social. Todos estos factores son determinantes en la actitud para el amamantamiento y a veces para el rechazo del (de la) futuro (a) hijo(a).

Debemos valorar profundamente el hecho de la influencia de las creencias, prácticas y costumbres de la familia, de la comunidad donde vive la mujer, para facilitar su decisión a amamantar. El personal de salud tiene que prepararse con técnicas y metodologías que faciliten el proceso de convencimiento de la embarazada. Para ello tenemos que apoyarnos de la familia sobre todo de experiencias positivas que sirvan de modelo; así mismo de otras madres y compañeras de trabajo. El conversar y animar al compañero o esposo para que cree un ambiente positivo son actividades que motivan a la futura mamá y ayudan a disminuir sus dudas e inseguridades<sup>11</sup>.

Durante la atención prenatal el trabajador de salud desempeña una labor valiosísima para estimular a la madre y la familia, si durante la consulta logra realizar lo siguiente:

- Establecer un clima que favorezca la confianza para que ella haga preguntas y exprese sus dudas y temores.
- Ser amable y escuchar sus problemas prestando todo el interés.
- Asegurarse de que todas las mamás comprendan las ventajas del amamantamiento.
- El trabajador de la salud debe brindar toda información necesaria a la embarazada para que ella tome sus propias decisiones y respetarlas.

- Promover un ambiente de seguridad sobre su capacidad de amamantar.
- Pregúntele si amamantó a sus otros hijos y cuál fue su experiencia. Si tuvo dificultades, explíquele cómo prevenirlas y si todo le fue bien anímela a que repita la experiencia<sup>11</sup>.

Otras alternativas para enfrentar y solucionar los problemas emocionales del amamantamiento podrían ser:

- Aclarar ideas, mitos y creencias que se tienen sobre la lactancia materna en las diversas situaciones que vive la madre.
  - Promover un ambiente positivo para favorecer el proceso de amamantamiento donde la madre pueda relajarse, adaptarse y conocer más fácilmente a su hijo
- Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria (a), permitiendo que el establecimiento del vínculo afectivo, así como de los comportamientos de apego, se desarrollen en una forma sana.

### **1. Preparación física de la madre**

En el primer control prenatal, se debe realizar un detenido examen mamario, como parte de la evaluación integral a la mujer, para darle seguridad a la madre de que sí puede amamantar a su bebé y detectar tempranamente algún problema y ayudar a corregirlo. Es importante observar la forma, tamaño, simetría, indicios de cirugías anteriores, formación de hoyuelos, descamaciones, cambios de coloración, durezas de las mamas a la palpación, etc. Si se detecta alguna anomalía se debe referir a la paciente para un examen especializado<sup>9</sup>.

Se debe hacer hincapié en que el tamaño y la forma de los pechos no tienen efecto sobre la producción de la leche y una cirugía anterior no necesariamente impide la lactancia. En cuanto a los pezones se debe observar si son pequeños, grandes o alargados, planos, umbilicados o invertidos, pues estas variaciones, no afectan la capacidad de amamantar. Además es importante valorar la textura de la piel y probar la protractilidad<sup>9</sup>.

Tanto si el pezón es protráctil o no lo es, se debe tranquilizar a la madre asegurándole que puede amamantar, dado que el bebé para succionar, se acopla a la areola y no al pezón. Si la madre utiliza una buena técnica de amamantamiento tendrá excelentes resultados existen diferentes posiciones que le permiten una buena adhesión al pecho y lograr que el bebé succione exitosamente. El ejercicio físico es fundamental de tal manera que se debe establecer una rutina de ejercicios diarios para flexibilizar el aparato locomotor y estimular la circulación<sup>9</sup>

Sobre la ropa a utilizar durante el período del embarazo el sostén debe adecuarse al tamaño de los pechos ya que debe evitar la presión excesiva y preferiblemente usar uno con tirante de tela y no elástico para evitar la pendulación. En general, la ropa debe ser cómoda, liviana, fácil de poner y sacar, que no dificulte los movimientos<sup>9</sup>.

### **Técnica de amamantamiento**

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores: amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanta frecuencia como su bebé desee facilitando la proximidad del (de la) bebé y la madre, en lugar de separarlos y conocer los problemas comunes que pueden surgir durante la lactancia. Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para colocar a su bebé al pecho y ajustar su boca alrededor de la aréola y el pezón<sup>1</sup>.

Por lo anterior, vemos que el amamantamiento debe comenzar inmediatamente después del parto. La primera hora, después del parto, es el momento más importante para que se establezca un lazo estrecho entre madre e hijo y para que el bebé aprenda a succionar, ya que por lo general está alerta y su reflejo de succión es fuerte<sup>1</sup>.

La madre debe cubrir al bebé, para evitar enfriamientos y mantener al bebé junto a ella. De esta manera el (la) bebé podrá succionar el seno las veces que desee y se estimulará la secreción de oxitocina y de prolactina para una buena iniciación de la lactancia. El apego precoz, es el vínculo afectivo que se establece en los primeros momentos después del parto; durante este período la madre e hijo (a) deben permanecer en una relación de intimidad y contacto, preferiblemente en contacto piel a piel, que les permita conocerse mutuamente. Esta primera experiencia funcional y de contacto entre madre e hijo (a) es fundamental para el éxito de la lactancia y para fortalecer los lazos afectivos que permiten un buen desarrollo físico y psico-emocional del (de la) niño (a)<sup>1</sup>.

La madre, reconoce los rasgos físicos del (de la) hijo (a) e intenta reconocer los códigos de comunicación de sus gestos y movimientos.

El (la) niño (a) por su parte, está dotado(a) de habilidades sensoriales y neuromotoras que le permiten identificarse con su madre, buscar sus ojos, reconocer su olor, manifestarle sus necesidades y esperar de ella una respuesta. Todos estos procesos obedecen a una secuencia continua de acontecimientos neurohormonales recíprocos del binomio madre-hijo (a)<sup>1</sup>.

Si se interfiere en este período crítico se altera en menor o mayor grado el proceso de formación del vínculo. El sentimiento de apego o vínculo forma la base de los patrones de comportamiento afectivo-emocional del individuo. En la madre produce una íntima satisfacción de su rol de mujer, fortalece su autoestima y le da más seguridad en sí misma<sup>7</sup>.

El contacto piel a piel puede ser: completo si el (la) bebé está desnudo (a) sobre el cuerpo de la madre o cerca de ella en la cama o puede ser parcial, es decir, la carita del (de la) bebé contra el pecho de la madre, la mano de la madre sobre el cuerpo del (de la) bebé. Pero, si el cuerpo del (de la) bebé está completamente cubierto, la madre puede estar sosteniéndolo (a) pero no tener un contacto piel a piel con él (ella). Un elemento esencial es el método o la técnica que usa la madre para colocar a su bebé al pecho<sup>7</sup>.

Debemos de recordar que si el (la) niño (a) es amamantado correctamente: La glándula mamaria produce leche a través del estímulo de la succión. Extrae suficiente leche, en calidad y cantidad, para satisfacer su hambre y su necesidad de chupar. Satisface todas sus necesidades nutricionales con mínimo desgaste metabólico. No provoca molestias en la madre y ella siente verdadero placer de amamantar su hijo(a) y satisface psico-emocionalmente tanto a la madre como al niño (a). Para obtener la posición correcta se debe tener en cuenta, tanto la comodidad de la madre como la del (de la) niño (a), considerando la adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre<sup>1</sup>.

- Correcta posición de la madre.
- Correcta ubicación del (de la) niño (a) con respecto al cuerpo de la madre.
- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según demanda el (la) niño (a).
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche.

Cualquiera que sea la posición que adopte la madre, lo más importante es que el (la) niño (a) quede a la altura del pecho, sin tener que girar, extender o halar demasiado la cabeza para lograrlo y frente al cuerpo de su madre.

Durante la lactancia, madre y niño (a) pasan juntos muchas horas al día por lo que, la forma en que se realice el amamantamiento tiene que ser cómoda y agradable para ambos. La elección de la posición para amamantar depende de las circunstancias de la madre y del (de la) niño (a) y ha de ser la más cómoda y eficiente para ambos. La madre puede amamantar sentada o acostada, de preferencia debe buscar un lugar tranquilo, sin demasiado ruido e iluminación. Si esto no es posible hacerlo discretamente en cualquier lugar. Hay muchas posiciones que son más favorables para casos específicos como la madre cesareada, los gemelos, el (la) niño (a) hipotónico, el (la) niño (a) con labio leporino o paladar hendido, etc<sup>1</sup>.

## **Problemas comunes del amamantamiento**

### **❖ Niño, niña**

Cuando el (la) niño (a) no quiere mamar, la mayoría de las veces se trata de un problema relacionado con una técnica de amamantamiento defectuosa que, por lo general, es fácil de identificar y corregir. Pero podría ser un signo de que el (la) bebé está enfermo (a), y en ocasiones muy seriamente enfermo (a)<sup>11</sup>.

Los principales problemas pueden ser:

1. Disfunción motora oral.
2. El (la) niño (a) está enfermo (a).
3. El (la) niño (a) con problema en nariz o boca.
4. El (la) niño (a) es pequeño y con dificultades para succionar.
5. El (la) niño (a) puede tener confusión de pezones.
6. El (la) niño (a) está mal colocado o agarra mal.
7. Problemas con la técnica de amamantamiento.

**Disfunción motora oral:** Es la alteración de la avidez y del patrón de succión que no le permite acoplarse adecuadamente al pecho de su madre para extraer la leche. Para mamar, el (la) niño (a) debe ser capaz de abrir la boca para introducir el pezón entre la lengua y el paladar; la lengua, avanza sobrepasando la encía inferior y efectúa un movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás extrayendo la leche de los senos lactíferos ubicados bajo la aréola. Este problema puede presentarse ya sea por inmadurez, problemas neurológicos, dolor provocado por el uso de fórceps o también por el uso de mamaderas o chupetes. Para diagnosticarlo se debe hacer la evaluación motora-oral del (de la) recién nacido (a)<sup>11</sup>.

#### **Evaluación motora oral:**

1. Evaluación motora general:
  - Con el bebé despierto y tranquilo: Se debe observar la flexión de las extremidades. Si se extienden, éstas deben volver espontáneamente a su posición inicial.

- Si se levanta al niño en decúbito ventral, tiende a levantar la cabeza.
- Al sostenerlo por la región axilar, debe tener el tono suficiente para no deslizarse.

## 2. Evaluación oral:

- Tocar el labio inferior con el dedo índice, estimulando el reflejo de búsqueda
- El (la) niño (a) lleva la cabeza hacia adelante y abre la boca; la lengua, sobre el piso de la boca, sobrepasa la encía inferior
- Introducir el dedo en la boca, con el pulpejo hacia arriba, y presionar suavemente el

Paladar para estimular el reflejo de succión.

- La lengua, envuelve el dedo con movimiento ondulatorio, de afuera hacia adentro traccionándolo firmemente hasta el límite del paladar duro.
- Los labios están apoyados relajadamente sobre el contorno del dedo y no tienden a irse hacia adentro<sup>10</sup>.

La evaluación motora - oral, es importante para valorar la avidez y la fuerza de succión y debería ser parte de las actividades de control del (de la) recién nacido (a), especialmente si éste es prematuro, de bajo peso o presenta alguna patología neurológica.

El (la) niño (a) con disfunción motora - oral, presenta manifestaciones neuromotoras generales que son características, de las cuales las más frecuentes son:

\* **Hipertonía:** El (la) niño (a) adopta una posición de extensión, con las extremidades en tensión y la cabeza hacia atrás, los músculos del cuello anterior traccionan la mandíbula hacia abajo y atrás y los labios tienden a invertirse. Al mamar el (la) niño (a) muerde el pezón, con las encías, provocando dolor a la madre. Después de la mamada, se observa el pezón blanco y deformado mostrando signos evidentes de compresión<sup>10</sup>.

La Hipertonía cede colocando al niño en posición frente a la madre o en posición de caballito. Se puede también hacer masaje presionando suavemente la encía inferior poco antes del amamantamiento.

\* **Hipotonía:** El tono corporal general del niño (a) está reducido, las extremidades muestran una flexión disminuida y al sostenerlo por las axilas tiende a deslizarse hacia abajo. La succión es débil. Al examen se percibe una lengua plana, que no envuelve el dedo y no hay resistencia para retirarlo. Se presenta con frecuencia en niños (as) de pre término o de bajo peso al nacer que tienen poca vitalidad y se duermen al mamar, o en bebés con síndrome de Down. Para ayudar a niños (as) hipotónicos (as) es útil que la madre sostenga el mentón (mano de bailarina) y coloque al niño (a) en posición sentado (a) frente a ella sosteniendo su espalda y la cabeza<sup>10</sup>.

La succión débil, a veces no logra generar el estímulo suficiente para una buena producción y evacuación de la leche por lo que la madre necesitará estimular sus pechos para mantener su producción de leche.

**El (la) niño (a) con problema en nariz o boca:** Si tiene un resfriado que le está obstruyendo la nariz hay que mostrarle a la madre cómo limpiar la nariz del (de la) niño (a) con agua tibia, antes de cada comida. Si a pesar del lavado quedan algunos tapones de moco "rebeldes", la mejor manera de retirarlo es utilizando un aplicador de algodón o la punta de un trapo limpio humedecidos. Estos se introducen en la nariz del (de la) niño (a), se hace un solo giro y se retira.

Si al bebé le duele la boca, o ésta está inflamada dele a la madre gotas de nistatina

(Nistatina) para que las coloquen en la boca del (de la) bebé tres veces al día, hasta que

Sane<sup>11</sup>.

**El (la) niño (a) es pequeño (a) y con dificultades para succionar:** Los (las) bebés que pesan menos de 1,800 grs. al nacer, pueden tener dificultades para succionar aliméntelos dándoles leche materna extraída manualmente, hasta cuando estén en capacidad de succionar más eficientemente. En general, un (una) bebé que puede succionar de un biberón, puede hacerlo del pecho materno, de manera que no es necesario darles leche con biberón a estos (as) niños (as). Use taza y cuchara.

**El (la) niño (a) puede tener confusión de pezones:** El niño (a) aprendió a succionar de un biberón. Al intentar ponerlo (a) a mamar va a rechazar el pecho, o lo aceptará con dificultad. Para saber esto el profesional de salud deberá averiguar:

¿Le dieron biberón antes de comenzar a amamantarlo?

¿Le está dando la madre biberón en la casa?

¿Le da la madre a su bebé algo más que leche materna, como otras leches, jugos, agua, agua azucarada o cereales?

**El (la) niño (a) está mal colocado (a) o agarra mal:** ¿Se alimenta el (la) niño (a) en una buena posición? Esto solamente puede detectarse con una buena observación. Lleve a la madre a un sitio tranquilo, donde no haya otras personas y allí, en privado observar:

¿Toma, el (la) niño (a), el pezón y la areola de manera adecuada? Si el niño (a) succiona en una posición pobre y agarra el pezón y la areola de una manera deficiente, no va a obtener toda la leche que debería, se pondrá furioso y comenzará a llorar. Mantiene la madre cerca a su bebé y se ve feliz con su hijo?<sup>10</sup>

El hecho de que un (a) niño se niegue a mamar podría ser una forma de mostrar que su madre no siente por él mucho cariño. Algunas mamás rechazan a sus hijos (as), especialmente al comienzo.

**Problemas con la técnica de amamantamiento:** Si el (la) niño (a) ha sido separado de la madre, el profesional de la salud deberá averiguar si:

- Hubo alguna demora en ponerlo a succionar después del parto.
- La mamá deja al niño solo y por ratos largos, todos los días, debido a que se va a trabajar o por cualquier otra razón.
- La madre y el (la) niño (a) han sido separados debido a enfermedad o por cualquier otra causa<sup>8</sup>.

❖ **madre:**

Problemas clínicos que interfieren con la lactancia materna. Durante el puerperio tanto la madre como él (la) niño (a) pueden presentar algunos problemas que interfieran la lactancia materna y que pueden ser solucionados mediante la aplicación de tratamientos sencillos; pero adecuados a cada situación<sup>8</sup>.

Los problemas más comunes en la madre son:

1. Pezones planos o invertidos.
2. Grietas del pezón.
3. Dolor al amamantar.
4. Congestión mamaria.
5. Micosis mamaria.
6. Mastitis.
7. Absceso mamario.
8. Cirugía mamaria previa.
9. Reflejo de eyección inhibido.
10. Reflejo de eyección excesivo.

**Pezones planos o invertidos:**

Entre las medidas prenatales se puede hacer uso del sostén con agujero en la punta de la copa a fin de que al ejercer presión el pezón salga.

Otras medidas como la jeringa invertida o ejercicios, deben utilizarse únicamente bajo las indicaciones de personal calificado.

Si no se detectó este problema durante el embarazo, y por lo tanto, no hubo intervención para su solución, indicar a la madre que, previo a ofrecer el pecho al niño, extraer un poco de leche para ablandar la zona areolar. Colocar al niño (a) para que aprenda a introducir pezón-aréola correctamente dentro de su boca. El amamantamiento ayudará a estirar el pezón. Los pezones invertidos son poco comunes y se pueden hacer varias acciones prenatales y post natales para facilitar la lactancia<sup>7</sup>.

Entre las post natales se pueden utilizar las siguientes:

- Estimulación de los pezones antes de amamantar.
- Uso del extractor de leche antes de amamantar.
- Dar el pecho lo más pronto posible después del parto.
- Sentarse de lado, apoyada en los antebrazos.
- Evitar el uso de mamilas y consoladores.

Si resulta imposible que el (la) niño (a) mame, se debe extraer la leche y darle al niño con vaso o cuchara. Este procedimiento será una medida temporal mientras el (la) niño (a) logra acoplarse al pecho.

**Grietas del pezón:** Si un (a) niño (a) succiona en mala posición y agarra mal el pecho, la piel del pezón se puede dañar y entonces puede aparecer una fisura o grieta.

- Si la grieta es leve se corrige sólo con utilizar la técnica adecuada de amamantamiento, de modo que el pezón y la areola queden dentro de la boca del (de la) niño (a).
- No deben usarse cremas cicatrizantes ya que sólo mantienen la humedad y retardan la curación.

Después de cada mamada se debe cubrir la areola y el pezón con leche materna y dejarla secar al aire o exponerlos al sol o al calor algunos minutos.

- Si la grieta es extensa y dolorosa se deben probar distintas posiciones del (de la) niño (a) al mamar, como por ejemplo, el (la) niño (a) sentado frente a la madre.
- No se recomienda distanciar las mamadas.
- Si aun usando la técnica correcta, la grieta se abre al amamantar, se debe extraer manualmente toda la leche cada 3-4 horas y darla al niño (a) con taza o cuchara por un período de 24-48 horas. En grietas que no curan se debe sospechar la sobre infección micótica o succión disfuncional, por lo que es importante examinar la boca y la succión del (de la) niño (a)<sup>8</sup>.

Toda madre con grieta debe ser controlada periódicamente hasta resolver el problema, ya que puede complicarse con una mastitis.

**Dolor al amamantar:** La causa más frecuente de dolor en los pezones es el mal acoplado de la boca-pecho al mamar. Si el (la) niño (a) introduce en su boca solo el pezón y no la aréola, la presión de las encías y la tracción del pezón producen dolor. La succión disfuncional (disfunción motora oral) puede producir dolor aún con una buena posición de amamantamiento. Otra causa de dolor es la infección de la piel del pezón y/o areola, siendo la micosis la más frecuente.

El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche. Esto provoca que el (la) niño (a) no reciba suficiente leche para mamar, manifestándose con inquietud y llanto. La madre se angustia, inhibiéndose aún más la eyección de la leche provocando un círculo vicioso que lleva al fracaso de la lactancia.

**Congestión mamaria:** Es la retención de leche producida por vaciamiento infrecuente y/o insuficiente de las mamas. La congestión puede ser primaria o secundaria.

La congestión primaria se manifiesta en que ambas mamas están aumentadas de tamaño, duras y sensibles, pero de las cuales se puede extraer la leche. Se produce por mamadas infrecuentes o insuficientes<sup>8</sup>.

La congestión mamaria se previene utilizando una buena técnica y amamantamiento frecuente. El tratamiento consiste en un vaciamiento efectivo, hecho idealmente por el (la) niño (a). Si la congestión compromete la areola, el (la) niño (a) no siempre será capaz de introducirla en su boca. En este caso, se debe extraer la leche manualmente hasta ablandar la zona de la areola para que el (la) niño (a) pueda mamar efectivamente.

En la congestión secundaria, además de la acumulación de leche, se presenta edema de la mama, que en casos extremos lleva a obstruir los conductos, impidiendo la salida de la leche. Las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes y en algunas ocasiones enrojecidas<sup>8</sup>.

Para vaciar la mama es conveniente estimular previamente la areola y el pezón para desencadenar el reflejo de eyección y luego extraer manualmente o por amamantamiento del (de la) niño (a). La congestión secundaria demora dos o tres días en desaparecer y puede ocasionar daño en el epitelio alveolar<sup>8</sup>.

**Micosis mamaria:** Es una infección de la zona del pezón y de la areola producida por el Hongo *Monilia* o *Cándida albicans* (candidiasis o moniliasis). Es conocida como algodoncillo, mugget. Se manifiesta por manchas blancas dentro de la boca del bebé. En casos severos, en la madre, puede llegar a comprometer los conductos mamarios. El síntoma más característico es el dolor quemante y persistente en los pezones y la areola. Los que se ven levemente hinchados y de un color rosado violáceo (platinado) que contrasta con el color oscuro que tenían antes de infectarse<sup>3</sup>.

La micosis mamaria puede manifestarse únicamente con la lesión de la piel, sin otra sintomatología, o llegar a producir un dolor muy intenso, quemante y punzante, durante y después de la mamada.

**Mastitis:** Es un proceso infeccioso del tejido intersticial que rodea al lóbulo mamario, cuya puerta de entrada más frecuente son las grietas del pezón. Se caracteriza por dolor, congestión y enrojecimiento localizado, generalmente unilateral. Con frecuencia acompañado de gran malestar general, fiebre y escalofrío<sup>4</sup>

**Absceso mamario:** Si no se soluciona el problema causado por la obstrucción de los conductos, o una mastitis mal tratada éste, puede evolucionar a un absceso. Este se presenta como una hinchazón dolorosa, caliente que al palparla se siente como si estuviese llena de líquido. Se debe tener en cuenta que: Cuando se produce una inflamación en cualquier parte del cuerpo, es necesario que el cuerpo descanse para que la inflamación disminuya. Sin embargo, con la inflamación en el pecho o sin ella, el pecho lactante debe ser evacuado permanentemente, ya sea por el (la) niño (a) o mediante extracción manual, para evitar más problemas<sup>8</sup>.

**Cirugía mamaria previa:** Muchas veces las mujeres que han tenido este tipo de cirugía tendrán dificultades para mantener una adecuada producción de leche. Se recomienda amamantar lo más frecuentemente posible y extraer manualmente después de la mamada para incrementar el estímulo y la producción<sup>8</sup>.

**Reflejo de eyección inhibido:** La inseguridad, la tensión y el dolor al amamantar pueden interferir con el reflejo de eyección, impidiendo un buen vaciamiento mamario y por lo tanto, una disminución en la producción de leche. El (la) niño (a), que siempre empieza a mamar ávidamente, se frustra al no tener leche para satisfacer su hambre; se manifiesta ansioso (a) e irritado (a) y adopta una posición rígida, se retira del pecho echando la cabeza hacia atrás, llora y se resiste a acercarse nuevamente.

La repetición de la experiencia condiciona al niño (a) a rechazar el pecho al empezar la mamada, aumentando aún más la tensión de la madre. Esta situación se agrava si se recurre al uso de suplementos en mamaderas, de los que el (la) niño (a) extraer la leche con menor esfuerzo.

**Reflejo de eyección excesivo:** En los casos de reflejo de eyección excesivo también se puede condicionar un rechazo al amamantamiento por un efecto diferente. Al iniciar la mamada, la madre presenta una gran descarga de leche que atraganta al niño, o bien la deglución de una cantidad excesiva de leche le produce distensión gástrica dolorosa, condiciones que le hacen desagradable la experiencia del amamantamiento. Se recomienda extraerse un poco de leche antes de iniciar la mamada, ya que contribuye a resolver el problema<sup>9</sup>.

#### **Mitos acerca de 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, trata de estar 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 tienes pechos pequeños, y sientes que no te sale tanta leche, intenta alimentar a tu bebé con más frecuencia, entre más amamantes, más leche vas 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<sup>10</sup>.

**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. Si tienes esta condición, busca un consejero de lactancia que te enseñe técnicas para lograrlo<sup>10</sup>.

**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. De todas maneras consulta siempre con tu médico antes de tomar cualquier medicamento durante el periodo de lactancia, ya que será un especialista el que determine si puedes o no darle pecho a tu bebé.

**Algunas mujeres no producen suficiente leche:** ¡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<sup>10</sup>.

**Es normal que la lactancia produzca dolor:** ¡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:** apropiada y por lo tanto no está succionando bien la leche. 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<sup>11</sup>.

**El bebé debe lactar durante 20 (10, 15, 7, 6) minutos en cada lado:** ¡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:** ¡Falso! La leche materna contiene toda el agua que necesita el bebé.

**El bebé lactante requiere Vitamina D extra:** ¡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 bebé:** ¡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<sup>11</sup>.

**La extracción de la leche materna es una buena forma de saber cuánta leche tiene disponible la madre:** ¡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. Extraer sólo le dice cuánto usted puede extraer.

**La leche materna no contiene el hierro suficiente que necesita el bebé:** ¡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 es 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:** ¡Falso! O no debería ser cierto. 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 un mal comienzo se puede corregir, además la lactancia se mejora con el tiempo.

**La lactancia ata a la madre:** ¡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<sup>6</sup>.

**No hay una forma de saber cuánta leche materna el bebé está tomando:** ¡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 él 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)<sup>6</sup>.

**Las fórmulas modernas son casi iguales a la leche materna:** ¡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<sup>6</sup>.

**Si la madre tiene una infección debe suspender la lactancia materna:** ¡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:** ¡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:** ¡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:** 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:** falso la lactancia materna le ayuda a la madre a que recupere su peso anterior.

## DISEÑO METODOLÓGICO:

### 1. Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo y cualitativo

### 2. Lugar de estudio:

Centro de Salud Francisco Buitrago, ubicado en el distrito IV Managua, que posee una extensión territorial 30 KM<sup>2</sup>

### 3. Universo:

Mujeres entre las edades de 15-24 años embarazadas en su tercer trimestre (56 mujeres) y puérperas de los dos últimos trimestres del año 2014 (120 mujeres) atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago siendo un total el universo de 176 mujeres.

### 4. Muestra:

Para población finita cuando se conoce el total de unidades de observación que la integran. Para definir el tamaño de la muestra suficiente para obtener resultados confiables, se aplica la siguiente fórmula

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

Dónde:

- 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 (que es el cuadrado)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (176)}{(0.1)^2 (176-1) + (1.96)^2(0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{169.03}{1.75 + 0.9604}$$

$$n = \frac{169.03}{2.7104}$$

$$n = 62.3 = \boxed{62}$$

Al aplicar la fórmula mencionada, el tamaño de la muestra resultó en 61 mujeres.

El tipo de muestreo a utilizar para obtener la muestra, es probabilístico.

**5. Unidad de análisis:** mujeres primigestas entre las edades 15-24 años

**6. Criterios de inclusión y exclusión:**

**A. Inclusión:**

- Mujeres primigestas
- Mujeres entre las edades 15-24 años
- Mujeres que acuden al Centro de Salud Francisco Buitrago en el periodo abril-mayo 2014
- Mujeres que acepten ser entrevistadas
- Mujeres con dos o más controles prenatales
- Mujeres que se encuentran él en tercer trimestre de embarazo
- Mujeres con hijos menores de 6 meses

## **B. Exclusión:**

- Mujeres multípara
- Mujeres menores de 15 años
- Mujeres mayores de 25 años
- Mujeres que no acepten ser entrevistadas
- Mujeres con menos de 2 controles prenatales
- Mujeres entre el primer y segundo trimestre de embarazo
- Mujeres con hijos mayor de 6 meses

## **7. Técnicas y procedimiento:**

1. Se acudió al centro de Salud Francisco Buitrago, al área de epidemiología donde se expuso la realización de este tema de investigación
2. Se obtuvo la información del universo de estudio
3. Se seleccionó a un grupo de informantes claves conformado por hombres, mujeres multíparas, trabajadores de salud, brigadistas y estudiantes que fueron entrevistados con un cuestionario de 15 preguntas abiertas
4. Con los resultados de la entrevista al grupo de informantes claves se elaboraron tablas a partir de las cuales se diseñó el instrumento de recolección de datos, el cual consta de 115 ítems incluidos en 3 cortes: Conocimientos, Actitudes y Practicas
5. Se procedió a la recolección de la información en las personas en estudio

## **8. Plan de tabulación**

Para procesar los datos se realizaron los siguientes pasos:

1. Proceso manual de entrevistas de los informantes claves por categorías
2. Codificación del instrumento
3. Diseño de base de datos en SPSS
4. Control de calidad de la información
5. Introducción de datos
6. Análisis por frecuencia y porcentajes

Para resumir los resultados se hizo uso del Índice Sumatorio, en donde el nivel de conocimiento se midió a través de los criterios de Bueno, Regular y Malo, considerando:

a) Nivel de Conocimiento Bueno, si respondieron las entrevistadas entre 40-59 respuestas correctas. Regular, si las entrevistadas respondieron entre 20-39 preguntas correctas y Malo, si respondieron menos de 20 respuestas acertadas

b) Para evaluar el grado de Actitud en las entrevistadas hicimos uso de la escala de Likert, el cual consiste en un conjunto de ítems enumerados con puntajes, presentados en forma de afirmaciones, ante las que se pide la opinión de los participantes con respecto a una de las 5 categorías de la escala (TA, DA, I, DE, TDE), según Hernandez Sampieri.

Después de obtener la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones, clasificamos en 2 grupos la actitud de las participantes: Favorable y Desfavorable; siendo correspondiente la actitud "Favorable" con las categorías TA, DA, I; y la actitud "Desfavorable" correspondiente con las categorías DE y TDE.

c) Para el nivel de Práctica se consideró Bueno, si las entrevistadas respondieron de 8-10 respuestas correctas. Regular, si respondieron de 5-7 respuestas correctas y Malo, si respondieron menos de 4 respuestas correctas.

7. Elaboración de cuadros y gráficos según variable

8. Grabación del informe final

## 9. Plan de análisis:

1. Tabla de informantes claves
2. Datos demográficos de mujeres primigestas atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago
3. Medio utilizado, lugar y tipo de información recibida sobre lactancia materna exclusiva
4. Conocimientos sobre concepto de lactancia materna y materna exclusiva de las mujeres primigestas
5. Conocimientos sobre duración, edad de introducción de alimentos y horario de lactancia materna
6. Conocimientos sobre tipos de leche, composición y alimentación materna en mujeres primigestas
7. Conocimientos sobre beneficios para la madre y el niño de lactancia materna exclusiva
8. Características demográficas vs nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en mujeres primigestas
9. Actitud sobre educación y la lactancia materna exclusiva en mujeres primigestas
10. Actitud sobre practica de lactancia materna exclusiva en mujeres primigestas
11. Actitud sobre mitos y tabúes de la lactancia materna exclusiva
12. Características demográficas vs actitudes sobre lactancia materna exclusiva en mujeres primigestas
13. Nivel de conocimiento vs grado de acuerdo sobre lactancia materna exclusiva en mujeres primigestas
14. Prácticas relacionadas a la lactancia materna exclusiva de mujeres primigestas.

## 10. Variables:

- ✓ Características demográficas
  - edad
  - escolaridad
  - ocupación
  - estado civil
  - religión
- ✓ Conocimientos sobre lactancia materna
  - fuente de 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:
      - ❖ Niño, niña
      - ❖ Madre
      - ❖ Familia
  - Mitos
    - ❖ Madre
    - ❖ conyugue
- ✓ Actitud ante la lactancia materna
  - Ante las mujeres que amamantan
- ✓ Prácticas de lactancia materna
  - Técnica utilizada para amamanta

## 11. Operacionalización de variables:

VARIABLE	CONCEPTO	DISMENSION	INDICADOR	ESCALA /VALOR
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento de la investigación	-----	Años cumplidos	15-19 2024
Información acerca de LME	La información es un conjunto organizado de datos, que constituye un mensaje sobre un cierto fenómeno. En este caso sobre lactancia materna.	Fuente	Tipo	Medios de comunicación hablados :TV, Radio Medios de comunicación escritos: periódicos, revistas, folletos Otros
		Lugar		Unidades de salud Farmacia Escuela ONG Otros
		Perfil del informante		Personal de salud Compañero sentimental Familiares Maestro/as Amigo/as Otros
		Contenido de la información		Concepto de LM y IME Duración de LME Beneficios maternos de LME Beneficios del Niño con LME Horario de LM Tipos de LME Posición de amantamiento Alimentación materna

Conocimiento sobre LME	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre lactancia materna	Concepto de LM	Tipo	Alimentación con seno materno. Alimentación para el desarrollo y crecimiento del niño suministrado por la madre. Forma de alimentar al RN a través del pecho materno Proceso por el cual la madre a través de su pecho da lactancia a su hijo
		Concepto de LME		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
		Duración de la LM	Meses	5 meses 6 meses 1 año 2 años Hasta que la mama decida quitarle el pecho
		Edad de introducción de alimentos	Meses y años	A los 2 meses A los 4 meses A los 6 meses

			cumplidos	Al año
		Horario de dar LME	Tiempo	<p>A libre demanda</p> <p>Solo en la mañana, medio día y tarde</p> <p>Solo por la mañana y noche</p> <p>Cada 5-6 horas</p> <p>Cada 3 horas</p>
		Tipos de leche materna	Tipo	<p>La leche que le da la mama a su bebe</p> <p>Leche única de la mama natural</p> <p>Calostro</p> <p>Leche de transición</p> <p>Leche en polvo</p>
		Composición de la leche		<p>Proteínas</p> <p>Vitaminas</p> <p>Agua</p> <p>Grasas</p>
		Beneficios de la LME para el bebe		<p>El bebe crece sano y saludable</p> <p>Tiene un buen desarrollo y crecimiento</p> <p>Evita que el bebe se desnutra</p> <p>Evita alergias</p> <p>Apego emocional con la madre, le brinda los nutrientes que necesita</p> <p>Mantiene la vista del bebe</p> <p>Promueve el desarrollo intelectual</p>

		Beneficios de la LME para la madre		Es económica Baja de peso Promueve el afecto de la mama con su bebe Previene cáncer de mama Sirve de método de planificación Evita hemorragias post parto
		Tipo de alimentación de la madre que da LME		Todo tipo de alimento Abundantes líquidos y frescos naturales Solo tortilla y queso con tibio Frutas y verduras cocidas Cereales Sopas Dieta variada rica en hierro Alimento rico en vitaminas, proteínas y aminoácidos
Actitud hacia LME	Disposición interna de carácter aprendido y duradero que sostiene las respuestas favorables del individuo hacia la lactancia materna	Educación y lactancia	Grado de acuerdo LME	Totalmente de Acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
		Practica de LME		
		Mitos y tabúes de LME		
Practicas sobre LME	Conducta o respuestas establecidas para una	Tiempo que le dio de lactar	Meses	6 Meses completos Más de dos meses

situación determinada en lactancia materna es la actividad que las mujeres refieren hacer	Higiene materna antes de administrar LM	Tipo	Lavarse las manos antes de agarrar al bebe Limpiarse los pechos antes de dárselos al bebe Cambio de ropa
	Frecuencia con que administra pecho materno	Horas	Cada hora Cada dos horas Cada 3 horas Cada vez que el bebe lo pida
	Duración de cada mamada	Minutos	De 10-15 minutos De 15-30 minutos A libre demanda
	Actividad que realiza después de dar el pecho materno	Tipo	Lo deja dormido Le saca los gases Lo deja en la cuna
	Actividad que realiza en un lugar publico	Tipo	No le da el pecho Le da el pecho
	Pasos que realiza para amamantar a su bebe cuando trabaja	Pasos	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

## 12. Aspectos éticos:

El presente trabajo realizado por estudiantes del VI año de la carrera de Medicina, consiste en una investigación cuyo objetivo principal es conocer la prevalencia de la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en madres primigestas. 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, para lograr fines investigativos.

## RESULTADOS

De las mujeres primigestas que fueron atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago se encontró que el 58.1% estaba en el rango de edad de 20 a 24 años y el 41.9 % restante en el rango de 15 a 19 años; el 91.9% la procedencia fue urbana y el 8.1% del área rural; en cuanto a la escolaridad el 46.8% fue a la secundaria, el 35.5% a la universidad, el 16% primaria y el 1.6 eran analfabetas; con respecto al estado civil el 41.9% se encontraron en Unión estable, 38.7% son solteras, y el 19.4% casadas. El 96.8% pertenecen a la etnia mestiza y el 3.2% a otras. En religión se encontró que el 43.5% eran evangélicas, 33.9% católicas, 1.6% testigo de Jehová y 21% a otras. De acuerdo a la ocupación el 43.5% eran estudiantes, 40.3% ama de casa, 8.1% comerciantes y 8.1% tenían otras ocupaciones. **(Tabla N° 1)**

De acuerdo con los datos obtenidos por parte de la población en estudio la principal fuente información sobre lactancia materna el 91.9% de las entrevistadas refirieron haberla recibido de parte de un personal de salud, así mismo la mayoría de los informantes claves refirieron que el medio de obtención de la información fue en el “Centro de Salud” (Tabla de informantes claves). Un 45% fue por parte de familiares, 24% por medio de la televisión y radio, 24% por revistas escritas y 8% por parte de religiosos. El contenido recibido con mayor frecuencia fue sobre concepto, beneficios tanto para él bebe como para la madre, los cuales sobrepasan el 50% de los casos, y menos del 43% fue informado sobre posiciones de amamantamiento, duración de LM, alimentación materna, y menos del 29% sobre horarios y tipos de LM. **(Tabla N° 2)**

En el aspecto de conocimientos entre el 67.6% y el 90.3 % de las entrevistadas identificaron el concepto de lactancia materna y entre el 30.6% y 58.1% señalaron los aspectos correctos que se involucran en el concepto de LME, este dato concuerda con la opinión de los informantes claves los cuales refirieron que el concepto de lactancia materna es “Brindar alimentos necesarios al bebe por medio del pecho”.

En el ítem de duración de la lactancia materna el 14.5% refirió el tiempo exacto de dos años y el 6.5% expreso como tiempo máximo 5 meses, con respecto a la duración de la lactancia materna la mayoría de los informantes claves refirieron que hasta “1 año” hay que dar el pecho materno (Tabla de informantes claves).

El 59.7% identifico perfectamente la edad de introducción de los alimentos a los 6 meses, mientras el 11.3% manifestó la introducción de alimentos de manera temprana a los 2 meses y el 22.6% pensó en introducción muy tarde al año, la opinión de los informantes claves fue que se puede iniciar con el alimento del niño a partir de los “6 meses” (Tabla de informantes claves). En cuanto al horario un 51.6 % señalo correctamente que es cada 3 horas mientras un 9.7% asume que solo debe darse por la mañana y por la noche (**Tablas N° 3,4**). Los informantes claves refirieron que hay que dar el pecho “Cuando él bebe lo pida” (Tabla de informantes claves).

Entre el 17.7% y el 29% reconoció entre los tipos de leche materna la de transición y el calostro respectivamente y el 29% de las encuestadas reconoce la leche en polvo como una leche materna, de acuerdo a la opinión de los informantes claves ellos refirieron que los tipos de leche materna son “Artificial y natural” (Tabla de informantes claves). Entre el 51.6% y el 95.2% afirmaron conocer los elementos incluidos en la leche materna; siendo las grasas el elemento de menos reconocimiento con un 48.4%. En Alimentación materna el 21% tiene la creencia de que solo se puede comer tortilla, queso y tibio durante la lactancia materna exclusiva, y el 69.4 % estaba de acuerdo con que se puede comer todo tipo de alimentos. (**Tabla N° 5**)

Sobre los beneficios brindados por la lactancia para los bebes entre el 43.5% y el 98.4% los reconocieron; siendo el más conocido que él bebe tiene buen desarrollo y crecimiento y el menos identificado que mantiene la vista del bebe; de acuerdo a los beneficios del niño los informantes claves refirieron que el niño tiene “Menor riesgo de enfermarse” (Tabla de informantes claves).

En cuanto a los beneficios maternos los reconocieron entre el 95.2 % y el 35.5% siendo el más identificado que es económica y el menos que evita hemorragias post parto **(Tabla N° 6)**, de la misma manera los informantes claves opinaron que uno de los beneficios de la lactancia materna en la madre es que “Es más económico” (Tabla de informantes claves).

De las mujeres primigestas encuestadas en este estudio un 76.9% corresponde a aquellas con un nivel de conocimiento “Bueno” respecto a lactancia materna exclusiva, de esto un 50% corresponde a aquellas mujeres entre las edades de 20-24 años, mientras que el 26.8% restante corresponde a mujeres de 15 a 19 años. Según el nivel de escolaridad el 54.5% de las universitarias tenían conocimiento bueno, y el porcentaje más bajo con 31% lo obtuvieron las mujeres con escolaridad secundaria.

Según la religión, el conocimiento respecto a Lactancia Materna Exclusiva en el 100% de encuestadas pertenecientes a los Testigo de Jehová se clasifico como “bueno”, seguido por quienes profesan la religión evangélica con un 48.1% y finalmente aquellos que profesan ser Católicos con 33.3%. Según la ocupación, las comerciantes son las que tienen mejor conocimiento con un 60% y en las amas de casa el conocimiento con mayor porcentaje es clasificado como “Regular” **(Tabla N° 7)**.

En relación a la actitud sobre la educación y la lactancia materna el 77.4% de las entrevistadas están totalmente de acuerdo en que las madres deben de saber que es la lactancia materna exclusiva; el 64.5% en que una consejería previa es de importancia para una buena lactancia materna exclusiva ;y un 33.9% se encuentran indecisas si el nivel educativo que posea la madre influye en el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva. **(Tabla N° 8)**

En la actitud sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva las mujeres estuvieron totalmente de acuerdo en un 48.4% que la mujer debe mantener una dieta balanceada con abundante líquido para producir más leche; un 53.2% que a los menores de 6 meses se les da leche materna para su crecimiento y desarrollo adecuado; un 41.9% estuvo de acuerdo que existe un mayor apego emocional entre madre e hijo al dar pecho materno exclusivo; y el 43.5% de las mujeres entrevistadas estuvo en desacuerdo cuando se les pregunto si las largas horas de trabajo impedían dar lactancia materna a los bebes ; pero 33.9% están de acuerdo en que él bebe debe tener un horario específico para recibir el pecho materno; un 35.5% de las mujeres se presentó indecisa acerca del papel que juega el padre al momento de la lactancia materna exclusiva y un 43.5% también se presentó indecisa cuando preguntamos que entre más leche succiona él bebe menos leche materna se produce.(**Tabla No. 9**)

La actitud sobre los mitos y tabús de la lactancia materna exclusiva, las mujeres entrevistadas en un 51.6% está de acuerdo que dar a cada rato el pecho al bebe lo mantiene sano; un 37.1% opino estar en desacuerdo en que la madre durante la lactancia materna exclusiva debía alimentarse con tortilla, queso y pinol, mientras que un 27.4% estuvo de acuerdo que comer frijoles y el huevo causa cólico al bebe pero de igual manera el 27.4% afirmo estar en desacuerdo con respecto a esa misma pregunta ; un 30.6% están de acuerdo que guiñarle el pezón muy rápido al bebe le baja la mollera; y al preguntar si se le daba más un pecho que el otro este se hace más grande el 25.8% se mostró indecisa pero un 25.8% estuvo en desacuerdo con respecto a la misma pregunta.

Un 40.3% aceptaron estar de acuerdo en que es bueno darle a los bebes otro tipos de sabores y que le proporcione vitaminas, también estuvieron de acuerdo en un 30.6% que una madre enojada no puede dar el pecho porque le produce diarrea al bebe; un 40.3% estuvo en desacuerdo que una mujer con pechos agrietados y adoloridos tiene problemas al dar lactancia materna; y el 43.5% se mostró indecisa al preguntar si creían que al dar de mamar la matriz se voltea.

Un 48.4% estuvo en desacuerdo en que sus senos pierdan tono y se caen al dar lactancia materna; mientras que los informantes claves refirieron que uno de los mitos que prevalece aun en la sociedad es que “Caen los pechos” al dar de mamar (Tabla de informantes claves). El 37.1% estuvo de acuerdo en que hay que darle otro tipo de alimento al bebe porque no se llena con la leche materna; un 46.8% de las entrevistadas estuvo indecisa cuando preguntamos si dar de mamar moldeaba el cuerpo; y el 32.3% de las mujeres estuvieron de acuerdo que después del parto y dando de mamar se pueden tener relaciones sexuales.

Un 33.9% se mostraron indecisas al preguntarles si los moguitos producían anemia a los bebes y un 40.3% de las primigestas estuvieron en desacuerdo con que las mujeres que dan lactancia materna exclusiva pueden comer cualquier cosa en los primeros 40 días después del parto **(Tabla N° 10)**

De las mujeres entrevistadas que se encuentran en el grupo etario de 15-19 el 84.6% presentan una actitud favorable ante la lactancia materna exclusiva mientras que las que se encuentran entre 20-24 tienen una actitud favorable del 72.2 % ; con respecto al nivel educativo las universitarias fueron las que presentan una mejor actitud ante la lactancia materna exclusiva teniendo una actitud favorable del 86.4% siguiendo las de secundaria con un 72.2% y con un 70.0% las de primaria ,durante nuestra entrevista solo se encontró una mujer analfabeta la cual presento una actitud favorable ante el tema, ; de las entrevistadas las que practican la religión católica el 85.7% tienen actitud favorable, las demás religiones cristianas no católicas presentaron también actitud favorable ante la lactancia materna exclusiva; la mayoría de las entrevistadas eran estudiantes las que tuvieron un 77.8% de actitud favorable siguiendo las amas de casa con un 76.0%. **(Tabla N° 11)**

En relación a la práctica de la lactancia materna exclusiva en mujeres primigestas de las 62 entrevistadas solo 21 habían practicado adecuadamente lactancia Materna Exclusiva, lo que equivale al 33.8% del total de las encuestas donde un 19.0% dio lactancia materna exclusiva menos del tiempo establecido y un 81.0% dio los 6 meses; al preguntar sobre la higiene antes de brindar el pecho al bebe un 38.1% afirmo limpiarse los pechos antes de amamantar y un 61.9% lavarse las manos para agarrar al bebe.

Al referir la frecuencia con que daban el pecho un 42.9% afirmaron darlo cada 3 horas y un 42.9% cada vez que él bebe lo pedía y solo un 14.3% cada 2 horas. Con respecto a la duración de cada mamada el 66.7 respondió que era a libre demanda y un 33.7% que duraban de 10 a 15 minutos y el 100% de las madres afirmaron sacar los gases a sus bebes después de darles el pecho, al encontrarse en lugares públicos el 95.2% de estas optaron por dar el pecho y solo un 4.8% opinaron que se abstenían porque les daba mucha pena; al momento de preguntar como seria los pasos para amamantar a su bebe si trabajaran un 57.1% opino que se sacarían la leche y la dejarían en un recipiente en la refrigeradora, un 14.3% la dejarían a temperatura ambiente, el 23.8% le daría otro tipo de leche y un 23.8% dejan indicado que les den la leche en biberón. **(Tabla N° 12)**

## DISCUSIÓN

Vale la pena resaltar la importancia que tiene para la población estudiada la Información brindada por el personal de salud, la cual se presentó en gran proporción, a la recibida por la familia. En este estudio la mayor parte de la población entrevistada refirió haber recibido información respecto a Lactancia materna por parte del personal de salud (91%), la familia (45%) y de otras diversas fuentes. En diferentes países el reto de las políticas de Lactancia Materna (LM), consiste en lograr no sólo un aumento de la población infantil que reciba alguna vez la LM, sino lograr mantenerla, lo cual es un desafío también para las familias, ya que existen diversos factores causales que impiden que este propósito se lleve a cabo. Las investigaciones muestran que la duración de Lactancia Materna Exclusiva (LME) se asocia al conocimiento de la LM, con la edad y las horas de trabajo de la madre<sup>11</sup>.

Otros estudios también reportaron como factores importantes para la continuación de la LM a la atención prenatal y las prácticas hospitalarias de LM<sup>13</sup>. La educación ofrecida en los programas del sector salud incide en la motivación de las madres hacia la LM; los estudios en el extranjero muestran que las intenciones prenatales y las experiencias de amamantamiento inciden en la iniciación o suspensión temprana de LM<sup>14</sup>. Otro apoyo importante es el de los amigos, casi la mitad de la ayuda ofrecida fue dada por estas personas. Algunas madres lactantes manifestaron el placer que les ofrece compartir la experiencia con otras mujeres, enseñarles y apoyarlas, y constituirse como un apoyo y recuerdan la experiencia como gratificante<sup>12</sup>. Cuando las madres encuestadas tienen problemas acuden a las madres, abuelas y al médico y además ellas consideran que los programas educativos son importantes para promocionar la LM<sup>12</sup>.

Al evaluar los conocimientos de la población estudiada con respecto a Lactancia materna exclusiva se encontró que un alto porcentaje de las entrevistadas podían identificar el concepto de lactancia materna, señalar los aspectos correctos que se involucran en el concepto de lactancia materna exclusiva y reconocieron los beneficios brindados por la lactancia materna a sus bebés como para sí mismas.

En muchos estudios realizados en Colombia el identificar los conocimientos y creencias que posee la población es importante para desarrollar estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil. Uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y técnicas, lo cual propicia la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos<sup>12</sup>. El conocimiento de los beneficios de la LM, está asociado con la iniciación temprana y la duración de la LM y la iniciación tardía de fórmulas lácteas<sup>15</sup>. Estudios realizados en Colombia muestran que las madres consideran que la LM es beneficiosa para el niño<sup>16</sup> y resaltan los aspectos inmunológicos y de salud<sup>17</sup>. En esta investigación la mayoría de las madres tiene esa percepción.

El amamantamiento tiene un componente instintivo en relación con el recién nacido, pero también necesita de un aprendizaje de la técnica correcta. Durante el embarazo la mujer está muy receptiva para aprender sobre todos aquellos aspectos que le permitan entregar una óptima atención a su hijo.

Siendo la actitud de la población en estudio uno de los ejes esenciales de este estudio al compararlo con otros estudios desde la perspectiva del comportamiento es fácil comprender aquellos factores que motivan a una madre a cumplir con el esquema de lactancia exclusiva para los primeros 6 meses de vida de su hijo(a). Maestre y Cols, estudiaron esta variable en conjunto con las creencias y conocimientos de lactancia materna, obteniendo entre sus resultados que el 90% de sus encuestas tenían una actitud favorable para la lactancia materna.

En una investigación acerca del conocimiento y actitudes de madres adolescentes frente a la lactancia materna además de clasificar la actitud de las encuestadas frente a lactancia materna, se relacionó esta variable con el nivel de conocimiento, pero a pesar de que el 90% de la madre tiene una actitud favorable su nivel de conocimiento en cuanto a lactancia no es precisamente adecuado. Esto puede explicarse debido a que la actitud se ve influenciada por la personalidad y el entorno en el que se encuentra la madre.

Aunque es evidente que un buen porcentaje de la población posee conocimientos más que adecuados sobre lactancia materna y una actitud positiva con respecto a la importancia y beneficios de su práctica, Dichos datos mostraron un porcentaje contrastante con respecto a la puesta en práctica de estos elementos, puesto que solo el 33% de la población encuestada practico la lactancia materna exclusiva dentro de los parámetros apropiados.

Al analizar los datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud del 2011/12 realizado por el Ministerio hay una extraordinaria similitud con este estudio pues según los datos presentados en el informe preliminar de dicha encuesta el porcentaje de niños en un rango de edades de 0 – 5 meses solo un 30.6% lactan exclusivamente.

## CONCLUSIONES

1. Más del 90% de las entrevistadas procedían del área urbano, mas del 80% tenían estudios de secundaria y universitarios, mas del 60% eran casadas o acompañadas y mas del 40% eras estudiantes.
2. Más del 50% de las entrevistadas mostraron un nivel de conocimiento regular hacia la lactancia materna exclusiva y más de un 40.0% un buen nivel de conocimiento, la principal fuente de donde obtuvieron información fue el personal de salud y familiares de las entrevistadas; más del 70% la escucharon en centros de salud. Siguiéndole hospitales y los hogares de las entrevistadas.
3. Más del 70% de las entrevistadas tuvieron una actitud favorable ante la lactancia materna exclusiva y solo un 22.5% una actitud desfavorable.
4. De las mujeres entrevistadas solo el 33.8% habían realizado la práctica de la lactancia materna exclusiva, donde el 81.0% lo realizo durante seis meses completo, con respecto al horario en que estas alimentaban a sus bebes tanto las tres horas como el pecho a libre demanda predominaron; y más del 90% afirman no sentir pena al dar lactancia materna en público siendo esto de gran beneficio para los bebes.

## **RECOMENDACIONES**

1. Informar a todas las embarazadas sobre los diferentes beneficios que posee la práctica de la lactancia materna exclusiva y técnica que puede implementar al momento de amamantar.
2. Promover en la familia y comunidad la lactancia materna exclusiva como el alimento ideal para los lactantes.
3. Fomentar la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y proporcionar información sobre ellos a las madres antes del alta hospitalaria.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- República de Nicaragua. Ministerio de Salud Nicaragua “Manual de lactancia materna para atención primaria”. Normativa 060, Septiembre 2010
- 2- República de Nicaragua Guía para el abordaje de las enfermedades infecciosas más comunes de la infancia y la desnutrición. AIEPI Hospitalario, Managua, Enero 2009
- 3- República de Nicaragua. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nicaragüense de Salud (ENDESA), 2011-2012
- 4- Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández-Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la investigación. Cuarta edición. Abril 2006.
- 5- Acuña Morales Cabello. Mayo-Junio 2011, Conocimientos actitudes y practicas sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al programa de vigilancia de crecimiento y desarrollo del centro salud Villa libertad
- 6- Cajina Guzman Norlan, Enero-Diciembre 2005. Factores asociados a la muerte perinatal. Hospital Bertha Calderón
- 7- Gamboa Edna Magali, López B. Gloria, año 2005, Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la lactancia materna en mujeres en edad fértil residentes del asentamiento de las manos del municipio de Girón.

- 8- Garmendia Hernanza Silvio Alberto. Diciembre 2011, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna de las madres de niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de pediatría del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Davial Bolaños.
- 9- MartinezOporta Gonzalo, Diciembre 2011, Conocimientos, actitudes y practicas sobre lactancia materna en jovenes de 20 años en el municipio del tortuguero.
- 10-Soza Torres Carlos Aristoteles, Febrero 2005, Conocimientos sobre lactancia materna del personal de salud de Gineco-Obstetricia y Pediatria del Hospital AlemanNicaraguense.
- 11-Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus JA, van Schayck CP. Factors associated with the duration of exclusive breast-feeding in asthmatic families. Health Education Research Advance Access published online on April 5, 2007. Health Education Research, doi:10.1093/her/cym013.
- 12-Ochoa G, Carreño SP. Conocimientos, saberes y prácticas sobre lactancia materna. Estudio de línea de base. DABS 2003. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogota. 2003.
- 13-Estevez MD, Martell D, Medina R, García E, Saavedra P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Es Pediatr 2002; 56(2): 144-150.
- 14- DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L. Intention or Experience? Predictors of Continued Breastfeeding Health Educ Behav.2005; 32: 208-226.

- 15-McCann M, Baydar N , Williams R . Breastfeeding Attitudes and Reported Problems in a National Sample of WIC Participants. *Journal of Hum Lactation*. 2007; 23: 314-324.
- 16- Cabrera GA, Mateus, JC, Girón SL. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia 2003. *Colomb. Med*. 2004; 35 (3):132-138.
- 17- Carrasquilla G, Osorno J, Paredes B, Sota A, Vásquez C. Lactancia materna en zonas marginadas de grandes ciudades Colombianas. Fundación FES, Fundación Santa Fe de Bogotá. 1992.

# ANEXOS

**Cuestionario para personas claves:** (hombres, mujeres multíparas, trabajadores De la salud, brigadistas, estudiantes)

1. ¿Medio de obtención de la información?
2. ¿Qué es la lactancia materna?
3. ¿Qué es la lactancia materna exclusiva?
4. ¿Por cuánto tiempo hay que dar el pecho?
5. ¿A los cuantos meses puede iniciar a brindar alimento al niño?
6. Cada cuanto hay q darle el pecho al bebe en el dia?
7. ¿En cuánto tiempo posterior al parto le baja la leche a la mujer?
8. ¿Cuántos tipos de leche materna conoce?
9. ¿Cuál es la composición de la leche materna?
10. ¿Hay algo que reduzca la producción de leche en la mujer?
11. ¿Qué hay que hacer para que el niño busque el pecho?
12. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna en el niño?
13. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna en la madre?
14. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna en la familia?
15. ¿Qué mitos ha escuchado acerca de La lactancia materna?

## INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

El siguiente instrumento tiene como objetivo Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva en mujeres de 15-24 años que asisten al Centro de Salud Francisco Buitrago. Managua. Le estamos solicitando su participación. La información que brindara será anónima, y será utilizada únicamente para fines del estudio, no requiere poner su nombre.

### I. DATOS DEMOGRAFICOS.

1. **Edad:** 1. 15-19:(\_\_\_) 2. 20-24:(\_\_\_)
2. **Procedência:** 1. Urbano: \_\_\_ 2. Rural: \_\_\_
3. **Escolaridad:** 1. Analfabeta \_\_\_ 2. Primaria: \_\_\_ 3. Secundaria: \_\_\_; 4. Universitaria: \_\_\_
4. **Estado civil:** 1. Soltero \_\_\_ 2. Casado: \_\_\_ 3. Unión estable: \_\_\_;
5. **Etnia:** Mestizos \_\_\_ Otros \_\_\_
6. **Religión:** 1. Católica \_\_\_ 2. Evangélica \_\_\_ 3. Testigo de Jehová \_\_\_ 4. Otra \_\_\_
7. **Ocupación:** 1. Ama de casa: \_\_\_ 2. Estudiante \_\_\_ 3. Comerciante: \_\_\_ 4. Otros: \_\_\_

Medio utilizado para obtener información sobre lactancia materna exclusiva ( <b>puede marcar más de una respuesta</b> )	SI	NO	NO SABE
8. Personal de salud			
9. Maestros.			
10. Televisión, radio			
11. Familiares			
12. Revistas escritas			
13. Religiosos			
Lugar donde ha recibido la información ( <b>puede marcar más de una respuesta</b> )			
14. Escuela			
15. Centro de salud			
16. Iglesia			
17. Casa			
18. Hospital			
Tipo de información recibida ( <b>puede marcar más de una respuesta</b> )			
19. Concepto de Lactancia Materna			
20. Conceptos de lactancia materna exclusiva (LME).			
21. Duración de la LME			
22. Beneficios de la LME para la madre.			
23. Beneficios de la LME para el niño.			
24. Horario de lactancia materna exclusiva.			
25. Tipos de LME			
26. Posición de amamantamiento.			
27. Alimentación materna			

### II. CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

<b>CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA</b>			
28. Es la alimentación con leche del seno de la madre			
29. Es la alimentación para el desarrollo y crecimiento del niño suministrado por la madre			
30. Es dar de amamantar a los niños			
31. La forma de alimentar al Recién Nacido a través de los pechos de la madre			
32. Es el proceso por el cual la madre a través de su pecho da lactancia a su hijo			
<b>CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>			
33. solo ofrecer pecho, nada de fórmula			
34. Son los primeros 6 meses de edad solo con lactancia materna.			
35. Alimentación que da al momento del nacimiento			
36. alimentación con pecho sin agua ni otro tipo de alimentos			
37. alimentación del bebé con leche materna Desde los primeros 6 meses hasta el año.			

<b>DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA</b>			
38. 5 meses			
39. 6 meses			
40. 1 año			
41. 2 año			
42. hasta que la mamá decida quitarle el pecho.			
<b>EDAD DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS</b>			
43. a los 2 meses			
44. al los 4 meses			
45. a los 6 meses			
46. al año			
<b>HORARIO DE DAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>			
47. A libre demanda cuando el bebé lo pida			
48. Solo en la mañana, mediodía y tarde			
49. Solo por la mañana y la noche			
50. Cada 5 a 6 horas			
51. Cada 3 horas			
<b>TIPOS DE LECHE MATERNA</b>			
52. La leche que le da la mamá su bebé			
53. Leche única de la mamá natural			
54. Calostro			
55. Leche de transición			
56. Leche en polvo			
<b>COMPOSICION DE LA LECHE</b>			
57. Proteínas			
58. Vitaminas			
59. Agua			
60. Grasas			
<b>BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PARA EL BEBÉ</b>			
61. El Bebé crece sano y saludable.			
62. Tiene un buen desarrollo y crecimiento			
63. Evita que el bebé se desnutra			
64. Evita alergias			
65. Apego emocional con la madre			
66. Le brinda los nutrientes que necesita			
67. Mantiene la vista del bebé			
68. Promueve el desarrollo intelectual.			
<b>BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PARA LA MADRE</b>			
69. Es económica			
70. La madre baja de peso			
71. Promueve el afecto de la mamá con su bebé			
72. Previene de cáncer de mama			
73. Sirve de método de planificación			
74. evita hemorragias post parto			
<b>ALIMENTACION DE UNA MUJER QUE DA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>			
75. Todo tipo de alimento			
76. Abundante líquidos y frescos naturales			
77. Solo tortilla y queso con tibio			
78. Frutas y verduras cocidas			
79. Cereales			
80. Sopas			
81. Dieta variada rica en hierro			
82. Alimento rico vitamina, proteínas y aminoácidos			

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

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

ACTITUD SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	GRADO DE ACUERDO HACIA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA				
	TA	DA	I	D	TD
<b>Educación y lactancia materna</b>					
83. Es bueno que la mamá sepa que es la lactancia materna exclusiva.					
84. La consejería previa son importantes para una buena lactancia materna exclusiva.					
85. Entre menos es el nivel educativo de la madre, menor es su conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva					
<b>Practica de lactancia materna</b>					
86. Una madre que trabaja, no puede dar el pecho materno a su bebé, por las largas horas de trabajo.					
87. Entre más veces succiona el bebé menos leche materna se produce.					
88. El padre no tiene ninguna función cuando la madre está dando lactancia materna exclusiva.					
89. Los bebés deben tener un horario específico para dar el pecho materno					
90. A los bebés menores de 6 meses se les da leche materna, para su crecimiento y desarrollo adecuado					
91. Existe un mayor afecto y apego emocional entre madre e hijo al dar el pecho materno exclusivo.					
92. La madre durante la lactancia materna exclusiva debe mantener una alimentación balanceada, con abundantes líquidos para producir más leche.					
<b>MITOS Y TABUES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>					
93. con los pechos agrietados y dolorosos no es un problema el dar lactancia materna.					
94. No se debe dar el pecho materno porque las chiches se aguadean y se caen.					
95. Hay que darle otro tipo de alimento al bebé porque no se llenan con la leche materna.					
96. Es bueno darles a los bebés otro tipo de sabores y que le proporcionen vitaminas.					
97. Los mosquitos pueden provocar anemia al bebé.					
98. La madre durante la lactancia materna exclusiva debe alimentarse con tortilla, queso y pinol.					
99. Una madre enojada no puede dar pecho materno, le produce diarrea al bebé					
100. Comer frijoles y huevos dando de mamar no causan cólicos al bebé.					

MITOS Y TABUES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	TA	DA	I	D	TD
101. Guiñarle el pezón muy rápido al bebé le baja la mollera					
102. Después del parto y dando de mamar se puede tener relaciones sexuales.					
103. Una madre que esta dando lactancia materna exclusiva puede comer de todo los primeros 40 días después del parto.					
104. Dar de mamar al bebé, moldea el cuerpo.					
105.Si se le da el pecho a cada rato al bebé se mantiene sano y buen peso.					
106. La matriz de la mujer se voltea si da de mamar al bebé.					
107. Cuando se da de mamar un pecho se hace más grande que el otro.					

### III. PRACTICAS RELACIONADO A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

**Conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible**

108. Ha dado pecho materno (sin agua ni otro tipo de alimentos)

-1. LACTANCIA EXCLUSIVA: 1.SI /\_\_\_/;2.NO /\_\_\_/

**Si su respuesta es NO, TERMINE. YDE LAS GRACIAS POR LA PARTICIPACION**

**SI SU RESPUESTA ES SI, RESPONDA**

**109.TIEMPO QUE LE DIO LACTANCIA MATERNA AL BEBE:**

menos de 6 meses :/\_\_\_/; 2. 6 meses :/\_\_\_/

**110.: HIGIENE MATERNA ANTES DE ADMINISTRAR LACTANCIA MATERNA**

**(Puede marcar más de una)**

Lavarse las manos para agarrar al bebé: /\_\_\_/;

Limpiarse los pechos antes de dárselos al bebé:/\_\_\_/; Cambio de ropa:/\_\_\_/

**111..FRECUENCIA CON QUE ADMINISTRA PECHO MATERNO:**

Cada hora:/\_\_\_/; Cada dos horas:/\_\_\_/; Cada tres horas:/\_\_\_/;

Cada vez que el Bebe lo pida:/\_\_\_/;

**112. DURACIÓN DE CADA MAMADA:**

De 10 a 15 minutos:/\_\_\_/; 15 a 30 minutos:/\_\_\_/; A libre demanda:/\_\_\_/

**113..DESPUÉS DE DAR EL PECHO MATERNO USTED REALIZA LO SIGUIENTE:**

- Lo deja dormido:/\_\_\_/; Le saca los gases:/\_\_\_/; Lo deja en la cuna:/\_\_\_/.

**114.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:/\_\_\_/

**115. 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:/\_\_\_/

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION**

**TABLA No.1 DATOS DEMOGRAFICOS DE MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO, 2014**

**N: 62**

<b>DATOS DEMOGRAFICOS</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
15-19	26	41.9
20-24	36	58.1
<b>PROCEDENCIA</b>		
Urbano	57	91.9
Rural	5	8.1
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Secundaria	29	46.8
Universitaria	22	35.5
Primaria	10	16.1
Analfabeta	1	1.6
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Unión estable	26	41.9
Soltero	24	38.7
Casado	12	19.4
<b>ETNIA</b>		
Mestiza	60	96.8
Otros	2	3.2
<b>RELIGION</b>		
Evangélica	27	43.5
Católica	21	33.9
Otra	13	21.0
Testigo de Jehová	1	1.6
<b>OCUPACION</b>		
Estudiante	27	43.5
Ama de casa	25	40.3
Comerciante	5	8.1
Otros	5	8.1

**FUENTE: ENTREVISTA A MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO 2014.**

**TABLA No.2 MEDIO UTILIZADO, LUGAR Y TIPO DE INFORMACION RECIBIDA SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA POR MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO EN EL PERIODO DE MAYO, 2014.**

**n: 62**

<b>MEDIO UTILIZADO PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Personal de salud	57	91.9
Familiares	28	45.2
Televisión, radio	24	38.7
Maestros.	17	27.4
Revistas escritas	15	24.2
Religiosos	5	8.1
<b>LUGAR DONDE HA RECIBIDO LA INFORMACIÓN</b>		
Centro de salud	49	79.0
Hospital	34	54.8
Casa	26	41.9
Escuela	25	40.3
Iglesia	3	4.8
<b>TIPO DE INFORMACION RECIBIDA</b>		
Concepto de Lactancia Materna	45	72.6
Beneficios de la LME para el niño.	44	71.0
Beneficios de la LME para la madre.	35	56.5
Posición de amamantamiento.	32	51.6
Duración de la LME	27	43.5
Alimentación materna	25	40.3
Conceptos de lactancia materna exclusiva (LME).	22	35.5
Horario de lactancia materna exclusiva.	18	29.0
Tipos de LME	10	16.1

**FUENTE: ENTREVISTA A MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO 2014**

**TABLA No.3 CONOCIMIENTOS SOBRE CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA Y MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO EN EL PERIODO DE MAYO, 2014.**

**n: 62**

<b>Conocimiento sobre lactancia materna</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>CONCEPTODE LACTANCIA MATERNA</b>		
Alimentación con leche del seno de la madre	56	90.3
Alimentación para el desarrollo y crecimiento del niño suministrado por la madre	53	83.5
Proceso por el cual la madre a través de su pecho da lactancia a su hijo	49	79.0
Forma de alimentar al Recién Nacido a través de los pechos de la madre	45	72.6
Dar de amamantar a los niños	42	67.6
<b>CONCEPTODE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>		
Solo pecho, nada de formula	36	58.1
Los primeros 6 meses de edad solo con lactancia materna.	35	56.5
Alimentación del bebe con leche materna Desde los primeros 6 meses hasta el año.	12	19.3
Alimentación con pecho sin agua ni otro tipo de alimentos	19	30.6
Alimentación que da al momento del nacimiento	17	27.4

**FUENTE:ENTREVISTA A MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO, 2014.**

**TABLA No.4 CONOCIMIENTOS SOBRE DURACION, EDAD DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS Y HORARIO DE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO EN EL PERIODO DE MAYO, 2014.**

**n: 62**

<b>Conocimiento sobre lactancia materna</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA</b>		
5 meses	58	93.5
1 año	42	67.7
Hasta que la mamá decida quitarle el pecho.	38	61.3
6 meses	37	59.7
2 año	09	14.5
<b>EDAD DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS</b>		
A los 2 meses	55	88.7
A los 4 meses	49	79.0
Al año	48	77.4
A los 6 meses	37	59.7
<b>HORARIO DE DAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>		
Mañana y la noche	56	90.3
Cada 5 a 6 horas	54	87.1
A libre demanda cuando el bebé lo pida	45	72.6
Mañana, mediodía y tarde	45	72.6
Cada 3 horas	32	51.6

**FUENTE: ENTREVISTA A MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO, 2014**

**TABLA No.5 CONOCIMIENTOS SOBRE TIPOS DE LECHE, COMPOSICION Y ALIMENTACION MATERNA EN MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO EN EL PERIODO DE MAYO, 2014.**

**n: 62**

<b>Conocimiento sobre lactancia materna</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>TIPOS DE LECHE MATERNA</b>		
Leche en polvo	44	71.0
Calostro	18	29.0
Leche única de la mamá natural	11	17.7
Leche de transición	11	17.7
La leche que le da la mamá su bebé	10	16.1
<b>COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA</b>		
Vitaminas	59	95.2
Proteínas	57	91.9
Agua	36	58.1
Grasas	32	51.6
<b>ALIMENTACION DE LA MUJER QUE DA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>		
Alimento rico vitamina, proteínas y aminoácidos	50	80.6
Abundante líquidos y frescos naturales	49	79.0
Frutas y verduras cocidas	46	74.2
Sopas	44	71.0
Todo tipo de alimento	43	69.4
Dieta variada rica en hierro	39	62.9
Cereales	38	61.3
Solo tortilla y queso con tibio	49	79.0

**FUENTE: ENTREVISTA A MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO, 2014.**

**TABLA No.6 CONOCIMIENTOS SOBRE BENEFICIOS PARA LA MADRE Y EL NIÑO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO EN EL PERIODO DE MAYO, 2014.**

**n: 62**

<b>Conocimiento sobre lactancia materna</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PARA EL BEBE</b>		
El Bebé crece sano y saludable.	60	96.8
Tiene un buen desarrollo y crecimiento	61	98.4
Le brinda los nutrientes que necesita	53	85.5
Promueve el desarrollo intelectual.	38	61.3
Evita que el bebé se desnutra	37	59.7
Apego emocional con la madre	37	59.7
Evita alergias	28	45.2
Mantiene la vista del bebé	27	43.5
<b>BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PARA LA MADRE</b>		
Es económica	59	95.2
Promueve el afecto de la mamá con su bebé	44	71.0
Previene de cáncer de mama	30	48.4
La madre baja de peso	28	45.2
Sirve de método de planificación	25	40.3
evita hemorragias post parto	22	35.5

**FUENTE: ENTREVISTA A MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO, 2014.**

**TABLA No. 7 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS VS NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO, 2014**

**n: 62**

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LME					
	Bueno		Regular		Total	
	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
<b>EDAD</b>						
15-19	7	26.9	19	73.1	26	41.9
20-24	18	50.0	18	50.0	36	58.1
<b>ESCOLARIDAD</b>						
Analfabeta	0	0.0	1	100.0	1	35.5
Primaria	4	40.0	6	60.0	10	46.8
Secundaria	9	31.0	20	69.0	29	16.1
Universitaria	12	54.5	10	45.5	22	1.6
<b>RELIGION</b>						
Católica	7	33.3	14	66.7	21	43.5
Evangelica	13	48.1	14	51.9	27	33.9
Testigo de Jehova	1	100.0	0	0.0	1	21.0
Otra	4	30.8	9	69.2	13	1.6
<b>OCUPACION</b>						
Ama de casa	8	32.0	17	68.0	25	43.5
Estudiante	12	44.4	15	55.6	27	40.3
Comerciante	3	60.0	2	40.0	5	8.1
Otros	2	40.0	3	60.0	5	8.1

**FUENTE: ENTREVISTA A MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO, 2014.**

**TABLA No. 11 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS VS ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO, 2014**

**n: 62**

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Actitudes					
	Favorable		Desfavorable		Total	
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%
<b>EDAD</b>						
15-19	22	84.6	4	15.4	26	41.9
20-24	26	72.2	10	27.8	36	58.1
<b>ESCOLARIDAD</b>						
Universitaria	19	86.4	3	13.6	22	35.5
Secundaria	21	72.4	8	27.6	29	46.8
Primaria	7	70.0	3	30.0	10	16.1
Analfabeta	1	100.0	0	0.0	1	1.6
<b>RELIGION</b>						
Evangélica	21	77.8	6	22.2	27	43.5
Católica	18	85.7	3	14.3	21	33.9
Otra	8	61.5	5	38.5	13	21.0
Testigo de Jehová	1	100.0	0	0.0	1	1.6
<b>OCUPACION</b>						
Estudiante	21	77.8	6	22.2	27	43.5
Ama de casa	19	76.0	6	24.0	25	40.3
Comerciante	4	80.0	1	20.0	5	8.1
Otros	4	80.0	1	20.0	5	8.1

**FUENTE:** ENTREVISTA A MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO, 2014.

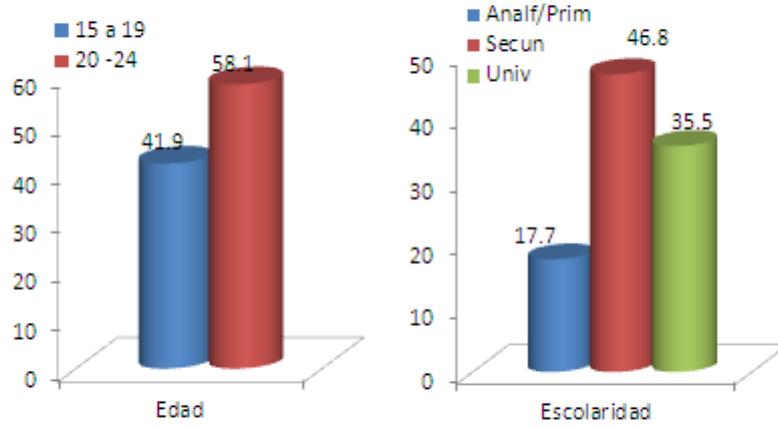
**TABLA No. 12 NIVEL DE CONOCIMIENTO VS GRADO DE ACUERDO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO, 2014**

**n: 62**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Actitudes					
	Favorable		Desfavorable		Total	
	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
BUENO	21	84.0	4	16.0	25	40.3
REGULAR	27	73.0	10	27.0	37	59.7
TOTAL	48	77.5	14	22.5	62	100.0

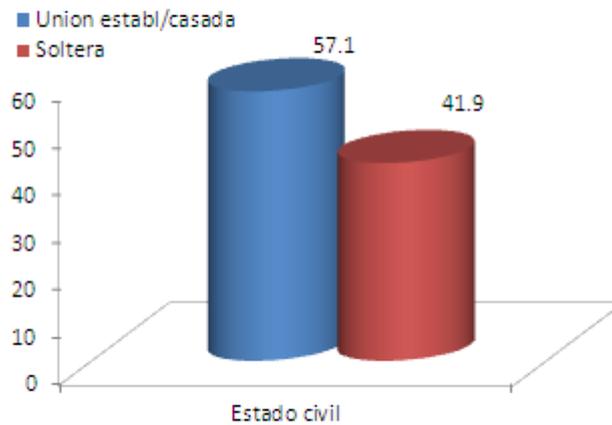
**FUENTE:** ENTREVISTA A MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA, MAYO, 2014.

Graficas No. 1 y 2 edad y escolaridad de las madres primigestas atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago, Managua



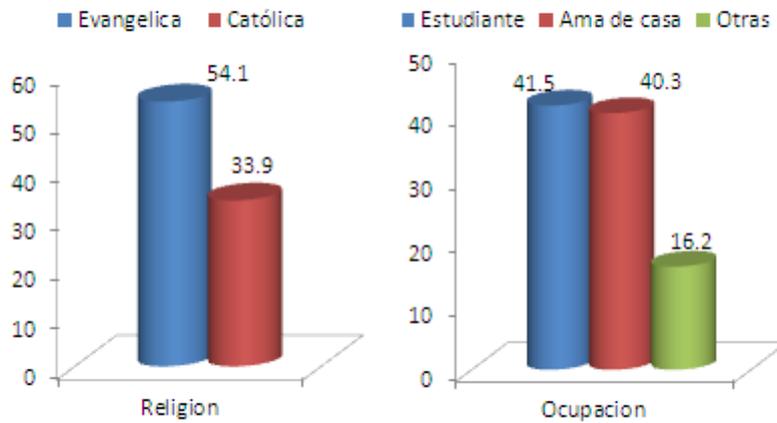
Fuente. Cuadro N°1

Graficas No. 3. Estado civil de las madres primigestas atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago. Managua mayo 2014



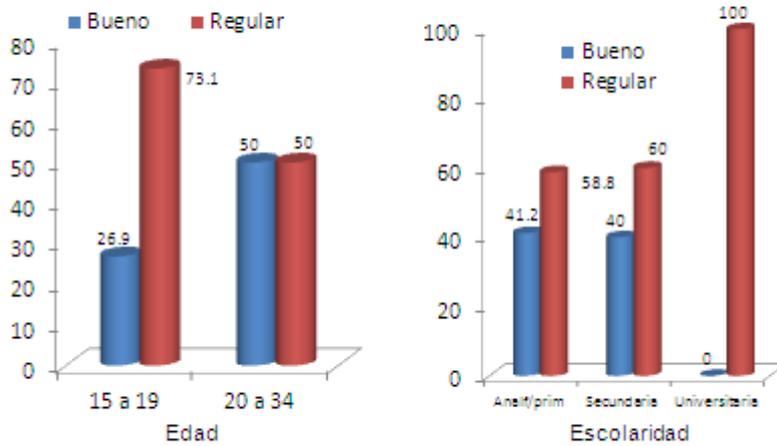
Fuente. Cuadro N°1

Grafica No 4 y 5 Religion y ocupación de las madres primigestas atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago, Managua Mayo



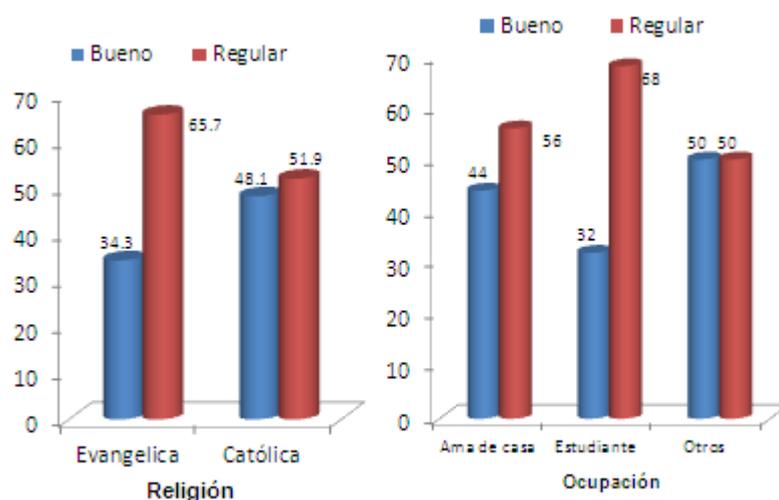
Fuente. Cuadro N°1

Graficas No. 6 y 7. Edad y Escolaridad Vs Nivel de conocimiento sobre lactancia Materna Exclusiva de las madres primigestas atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago. Managua mayo 2014



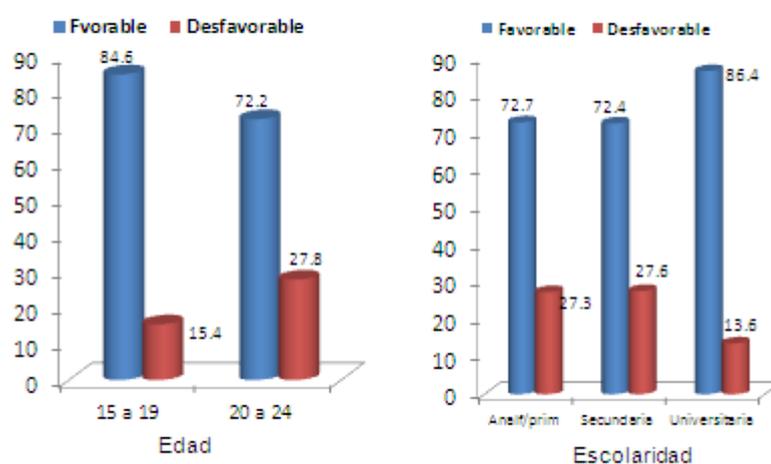
Fuente. Cuadro N°7

Graficas No. 8 y 9. Religión y ocupación Vs Nivel de conocimiento sobre lactancia Materna Exclusiva de las madres primigestas atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago. Managua mayo 2014



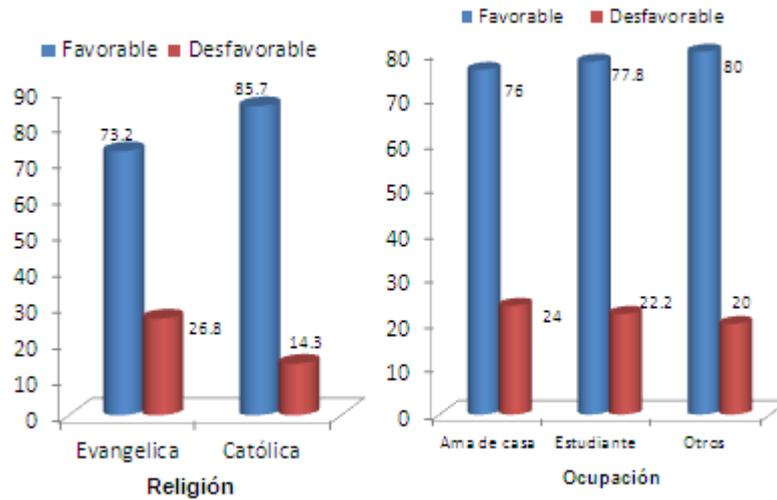
Fuente. Cuadro N°7

Graficas No. 10 y 11. Edad y Escolaridad Vs Actitud hacia la lactancia Materna Exclusiva de las madres primigestas atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago. Managua mayo 2014



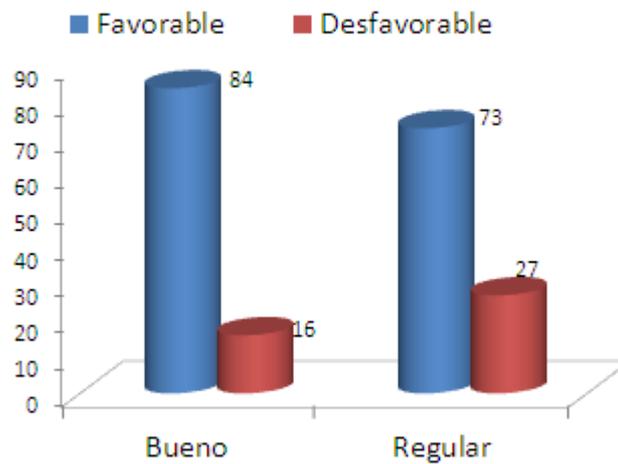
Fuente. Cuadro N° 11

Graficas No. 12 y 13. Religión y ocupación Vs Actitud hacia la lactancia Materna Exclusiva de las madres primigestas atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago. Managua mayo 2014



Fuente. Cuadro N°7

Graficas No. 14. Nivel de conocimiento Vs Actitud hacia la lactancia Materna Exclusiva de las madres primigestas atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago. Managua mayo 2014



Fuente. Cuadro N°12

