

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN -MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

*Escaneado*



*CD - Rom*  
Biblioteca Central "Salomon de la Selva"  
UNAN-Managua  
Fecha de Ingreso. *01/02/2017*  
Comprado: *Don a Fac Med.*  
Precio: C\$ \_\_\_\_\_ U\$ \_\_\_\_\_  
Registro No. *60593*

**TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICINA  
Y CIRUGÍA GENERAL**

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA  
EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, INGRESADAS A LA SALA DE PUERPERIO DEL  
SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL AMISTAD JAPON-NICARAGUA,  
DEL DEPARTAMENTO DE GRANADA, EN EL PERIODO DEL 1 DE AGOSTO AL 31  
DE OCTUBRE DEL 2015.

AUTORES: Br. Delia Beatriz Chavarría Mercado  
Br. Wuendy Massiel Zepeda Lara

*MED  
378.242  
Cha  
2016*

TUTOR: Dr. José Francisco Reyes Ramírez  
Profesor Titular. Facultad de Ciencias Médicas  
UNAN - Managua

Managua, Octubre 2016

## DEDICATORIA

- Dedico este trabajo a Dios, ya que sin Él no sería posible la realización del mismo, a ti sea la gloria por siempre Señor.
- A mis padres Rolando Chavarría y María Soledad Mercado, quienes me han brindado su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera y quienes siempre me han enseñado a luchar por mis sueños, he aquí padres el fruto de mi esfuerzo para ustedes, los amo.
- A mi hermano Alder Chavarría, quien me ha acompañado en cada momento que he necesitado de una mano amiga.
- A mi amigo Evertz Alemán quien ya no se encuentra en el seno terrestre pero desde donde este te dedico esto amigo siempre prometimos estar y lograr juntos esto aunque no estés hoy presente te digo lo logramos.. siempre mi amigo, siempre mi hermano.

DELIA BEATRIZ CHAVARRÍA MERCADO.

## DEDICATORIA

- Al creador de todas las cosas, el que me ha dado la fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello con toda la humildad que mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a DIOS.
  
- A mis padres que me han dado la existencia y en ella la capacidad por superarme, desear lo mejor en cada paso por este camino difícil y arduo de la vida gracias por ser como son por su presencia y persona han ayudado a construir y a forjar la persona que ahora soy. A pesar de sus limitaciones estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y por qué el orgullo que sienten por mí, fue lo que me ha hecho ir hasta el final.
  
- A mi tía María Auxiliadora Lara, por ser mi segunda Madre, siendo parte fundamental de mi vida en todo momento, ha sabido brindarme su cariño y comprensión; dándome el impulso que necesito en las etapas más difíciles de mi vida. Con sus consejos y enseñanzas ha llenado de carácter mi ser y me ha dado fortaleza para hacerle frente a las más duras adversidades. Gracias tía por cada granito de arena que aportó tanto en mi formación personal como profesional.

WUENDY MASSIEL ZEPEDA LARA

## AGRADECIMIENTO

- Primeramente agradecemos a la universidad por habernos aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para en esta carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.
- Agradecemos a nuestro tutor Dr. José Francisco Reyes por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico así como habernos tenido toda la paciencia del mundo para guiarnos durante todo el desarrollo de la tesis.
- Le agradecemos al Hospital Amistad Japón - Nicaragua por permitirnos la realización de esta tesis y así mismo la aplicación de nuestros conocimientos investigativos y nuestro calor humano con las mujeres de este estudio.
- Y agradecemos a todas aquellas personas que directa o indirectamente contribuyeron con un granito de arena en la culminación de nuestra formación humana y académica.

DELIA BEATRIZ CHAVARRÍA MERCADO  
WUENDY MASSIEL ZEPEDA LARA

## INDICE

### CAPITULO I: GENERALIDADES

INTRODUCCION-----	1-2
ANTECEDENTES-----	3-5
JUSTIFICACION-----	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	7
OBJETIVOS-----	8
MARCO TEORICO-----	9-43
<b>CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS-----</b>	<b>44-52</b>
<b>CAPITULO III: DESARROLLO</b>	
RESULTADOS-----	53-67
ANALISIS DE LOS RESULTADOS-----	68-71
CONCLUSIONES-----	72
RECOMENDACIONES-----	73
<b>CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA-----</b>	<b>74-76</b>
<b>CAPITULO V. ANEXOS-----</b>	<b>77-113</b>

## RESUMEN

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

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

Los estudios tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición.

El propósito de esta investigación fue elaborar una evaluación sobre los Conocimientos Actitudes y Practicas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

Se realizó estudio en 287 mujeres, las cuales fueron encuestadas, obteniendo los principales resultados:

El 74.6% correspondió al grupo de 15 a 26 años, y el 22.3% al grupo de edad de 27 a 38 años. Y un 3.13% en el grupo de 39 a 49 años. Según el estado civil predominaron las mujeres acompañadas con un 51.9%, estuvieron casadas el 20.6%.

En cuanto a la religión, las mujeres en estudio un 56.8% profesaban la religión católica y un 32.1% la evangélica, 11.1% pertenecían a otras entidades religiosas. Las mujeres tuvieron una procedencia rural, en el 18.1% de los casos y procedencia urbana en el 81.9%. En la escolaridad encontramos que el 27.2% cursaban Primaria, 51.9% cursaban la secundaria, 11.1% nivel técnico y un 9.8% se encontraban en la universidad.

De manera general encontramos que el nivel de conocimientos fue bueno en el 70.7% de los casos, la actitud en su mayoría fue Favorable con un 65.9%, y el nivel de prácticas fue en su mayoría malo con un 68.6%.

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

El personal de salud, así como las Unidades de Salud, juegan un importante papel, ya que es en primera instancia en este sitio y con estos actores donde las mujeres aclaran dudas y mejoran el conocimiento y la actitud de las mujeres ante los mitos y tabúes que la población en general maneja alrededor del tema de Lactancia Materna.

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

## OPINION DEL TUTOR

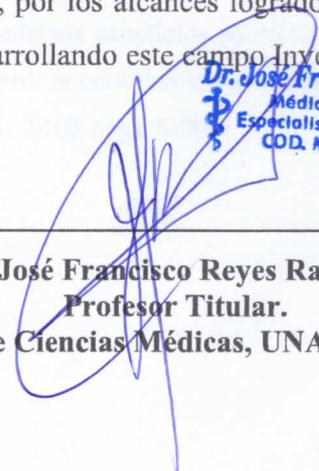
El presente estudio monográfico sobre conocimientos actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que se encuentran en la sala de puerperio del servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del departamento de Granada, en el periodo del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015, realizado por los Bachilleres Delia Beatriz Chavarría Mercado y Wuendy Massiel Zepeda Lara, aborda un tema de interés y de mucha importancia en el campo de la salud Materno Infantil en Nicaragua.

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

La información oportuna y el conocimiento objetivo sobre Lactancia Materna, fortalecerán una mejor conciencia para fomentar una vida más saludable, donde nuestras mujeres sean verdaderas impulsores, participando activamente en un enfoque más integral y objetivo. Y de esa manera la Lactancia Materna en Nicaragua, se desarrolle cada día más, creando consigo mejores condiciones en los índices de la Salud Infantil del país.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por las Bachilleres Delia Beatriz Chavarría Mercado y Wuendy Massiel Zepeda Lara, durante todo el proceso de la Investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología rigida en todo momento por un alto nivel científico.

Por lo anterior expuesto felicito a las Bachilleres Delia Beatriz Chavarría Mercado y Wuendy Massiel Zepeda Lara, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

  
**Dr. José Francisco Reyes**  
Médico y Cirujano  
Especialista en Patología  
COD. MINSA: 9526

---

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



## INTRODUCCIÓN

La leche materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño (Josefa Aguayo Maldonado, 2000) o niña hasta los seis meses de edad y con otros alimentos hasta los dos años (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) han considerado por décadas a la lactancia materna (LM) fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales. (Rodríguez Faride, 2006)

A nivel internacional existen diversas instituciones que apoyan y promueven la lactancia materna, como la UNICEF, la IBFAN (International Baby-Food Action Network) y la WABA (World Alliance for Breastfeeding Action). (Ecuador, 2012)

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

La leche materna le proporciona al niño todos los nutrientes que necesita durante los primeros seis meses de vida en forma complementaria hasta los dos años, por tanto es importante que el inicio de otros alimentos sea en un momento oportuno y no tempranamente. (Nicaragua M. d., 2010, págs. 8-15)

La lactancia materna le aporta al lactante los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo y además lo protege de enfermedades; en la madre disminuye la mortalidad materna, el riesgo de cáncer de mama, fomenta el amor con su hijo; en la familia, contribuye a la integración y a la economía familiar. (Nicaragua M. d., 2010, págs. 8-28)

La lactancia materna ofrece además beneficios sociales, como la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, la contribución a una población infantil sana y favorece la no violencia. (Nicaragua M. d., 2010, págs. 8-20)



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

La lactancia materna proporciona una amplia variedad de beneficios y es de gran importancia para la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil, ayuda al espaciamiento de los nacimientos y al mantenimiento de la salud materna. Los lactantes que son amamantados en los primeros meses de vida tienen como mínimo seis veces más probabilidades de sobrevivir que los que no lo son, ya que la leche materna reduce de manera considerable la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas como la diarrea y las infecciones agudas de las vías respiratorias, dos de las principales causas de muertes infantiles en el mundo.

Nicaragua se ha interesado desde hace varios años en promover la práctica de Lactancia Materna. Ya se empiezan a ver algunos resultados; la encuesta nacional de la situación nutricional, mostró que en los últimos años el porcentaje de mujeres que inicia la Lactancia Materna ha venido aumentando, y por otro lado los niveles de desnutrición infantil han mejorado notablemente sobretodo en el primer año de vida, con una mejoría notable en la calidad de vida del niño. (Nicaragua M. d., 2010)



## ANTECEDENTES

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

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

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

En Venezuela, se realizó estudio sobre evaluación del conocimiento de las madres sobre lactancia materna en la que se entrevistaron 502 madres que acudieron a centros hospitalarios públicos y privados de Caracas y Maracaibo, entre julio y diciembre de 2007. Con respecto al número de hijos: 162 madres tenían un hijo; 161 dos, 91 tres; 43 cuatro; 28 cinco y 17 tenían seis o más hijos. Llama la atención la baja paridad de las madres estudiadas, ya que la mayoría tenía 1 o 2 hijos. (Flor Elena Aznar, 2007)



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

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

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

En el 2005 un estudio realizado en Perú, en relación al Nivel de conocimiento en la lactancia materna según grupo etáreo el grupo de adolescentes es el que tiene el porcentaje más alto de conocimiento malo (39.4%) a comparación de las mujeres en edad fértil y añosas. (Ferro sosa, 2005)

En el 2001 estudio realizado en Cuba, acerca del nivel de conocimiento sobre la lactancia materna la ocupación de la madre tiene gran influencia en la lactancia materna, ya que de 32 madres trabajadoras, 27 para el 22,5 % lactaron y 5 para el 4,1 % no lo hicieron.



Las madres estudiantes fueron 15, de ellas 5 para el 4,1 % lactaron y 10 para el 8,3 % no lo hicieron y de 73 amas de casa, 7,3 lactaron para el 60,8 %, por lo que hay un predominio de las amas de casa con lactancia materna exclusiva. (Lic. Antonia E. Gutiérrez Gutiérrez, 2001)

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



## JUSTIFICACION

Los estudios tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición.

La promoción de la salud es percibida como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, para tal fin se requiere del esfuerzo coordinado de los sectores salud, trabajo, educación, industria, sociedad civil y comunidad. Al mismo tiempo optimiza nuestra calidad de vida y el disfrute pleno del desarrollo humano, es por ello que la promoción de la lactancia materna forma parte de las tareas de la promoción de la salud, pues está ligada directamente con la práctica de estilos de vida saludable que a su vez incrementa o mejora la calidad de vida de cada individuo.

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

También el hecho de impulsar programas y estrategias para elevar la Promoción de la Lactancia Materna y que tenga una cobertura hacia todo nuestro país, impactando en el comportamiento de esta práctica tan importante en la vida de los seres humano.

Al desarrollar la presente investigación permitirá identificar el conocimiento, actitud y prácticas sobre este importante tema que tienen las mujeres que se encuentran en la sala de puerperio de ginecología del Hospital Amistad Japón Nicaragua del departamento de Granada, para proporcionar información al SILAIS y generar medidas organizativas, educativas y de seguimiento para un mejor control acerca de la práctica de Lactancia Materna, en las mujeres que se encuentran en el área de salud. Mejorando de esa manera la calidad de atención del binomio Madre-Hijo.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Investigaciones y análisis realizados sobre conocimientos, actitudes y prácticas dirigidas a promover la lactancia materna, nos sugieren que las instituciones de salud y sus profesionales desempeñan un rol significativo en promover dicha práctica y que las campañas educativas que promueven los beneficios de la lactancia, son estrategias importantes para apoyar a las madres a amamantar durante más tiempo.

En Nicaragua existen Normativas acerca de la Promoción de Lactancia Materna, la cual de forma estratégica tiene que desarrollarse en cada uno de los niveles de importancia de nuestro país.

Las actividades e iniciativas para integrar activamente a la población femenina en la práctica de la Lactancia Materna, exige una constante capacitación e información, dirigida hacia las mujeres en principio, pero también integrando a todos los integrantes del núcleo familiar.

Ante esta difícil situación y con el principal objetivo de elevar la calidad de atención en salud de nuestra población femenina con un personal optimizado y actualizado en la información sobre la Promoción de la Lactancia Materna es que hemos planteado la siguiente interrogante:

**¿Determinar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que se encuentran en la sala de puerperio del servicio de ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del departamento de Granada, en el periodo del 1 de agosto al 31 de octubre del 2015?**



## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Determinar los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que se encuentran en la sala de puerperio del servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo del 1 de agosto al 31 de octubre del 2015

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características generales del grupo en estudio.
- Evaluar el nivel de conocimiento de las mujeres en estudio sobre la Lactancia Materna.
- Evaluar las características principales de la Fuente de Información.
- Describir las actitudes que muestran las mujeres que se encuentran en la sala de puerperio de ginecología sobre Lactancia Materna.
- Conocer las prácticas que poseen las mujeres que se encuentran en la sala de puerperio de ginecología en edad fértil sobre Lactancia Materna.



## MARCO TEORICO

Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño, dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto con la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a ambos. (pediatria, 2012)

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

La lactancia materna es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económico, como higiénicas y afectivas. La leche materna es un recurso material de bajo costo, el cual contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan la respuesta del cerebro. (pediatria, 2012)

La leche materna, es el primer alimento del ser humano por excelencia. Contiene propiedades bioactivas que facilitan la transición de la vida intrauterina a la extrauterina del niño, presenta múltiples nutrientes indispensables para su correcto desarrollo, protección contra las infecciones y le otorga inmunidad frente a las alergias. También ofrece importantes beneficios a la salud materna. (Mexicano, 1999)

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

### **DEFINICIONES LACTANCIA MATERNA**

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

Es un proceso fisiológico con el que la mujer finaliza el ciclo corporal de la maternidad e inicia el periodo inmediato al postparto y biológicamente concluye cuando las necesidades nutricionales del niño o niña son satisfechas con otros alimentos. (Organizacion Mundial de la salud, 2010)



Es el proceso de síntesis y secreción de la leche de la madre la alimentación del recién nacido. (Organización Mundial de la salud, 2010)

Es la manera natural de alimentar al recién nacido con la leche de su madre y el acto a través del cual se lleva a cabo el amamantamiento. (Organización Mundial de la salud, 2010)

Siempre que se a posible la madre debe amamantar a su hijo con su leche, ya que es el alimento que más se parece a las sustancias que el niño recibe en la matriz a través de la sangre, las que se tornan en leche después del parto, es por esto que es el alimento que mejor se adapta a las circunstancias del niño. (Amaya Medina, 2012)

Hay muchas definiciones para clasificar la lactancia:

❖ **Lactancia materna exclusiva:**

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

❖ **Lactancia materna completa:**

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

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

❖ **Lactancia materna predominante**

Él bebe es amamantado por la madre con el pecho materno pero ya empieza a recibir pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua como lo son jugos naturales o te. (Edna Magaly Gamboa D, 2005)

Lactancia materna, incluyendo leche extraída como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales) (Navarro, 2011)

❖ **Lactancia materna parcial:**

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



❖ **Destete:**

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

❖ **Lactancia complementaria:**

❖ **Alimentación complementaria oportuna:**

Es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

El rango etáreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 231 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años. (Edna Magaly Gamboa D, 2005)

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

❖ **Lactancia de biberón:**

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

Científicamente es posible encontrar también otros términos:

❖ **Lactancia de múltiples:**

Lactancia por leche de madre a dos o más hijos de la misma edad (Edna Magaly Gamboa D, 2005)

❖ **Lactancia diferida:**

Lactancia por leche materna extraída (Edna Magaly Gamboa D, 2005)

❖ **Lactancia directa:**

Cuando el bebé se alimenta tomando la leche directamente del pecho (Edna Magaly Gamboa D, 2005)

❖ **Lactancia en tándem:**

Lactancia por leche de la propia madre a dos o más hijos de distinta edad (Edna Magaly Gamboa D, 2005)



❖ **Lactancia inducida:**

Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que haya mediado embarazo previo en la madre (Edna Magaly Gamboa D, 2005)

❖ **Lactancia mercenaria:**

Lactancia por leche de una madre distinta a la propia a cambio de algún tipo de remuneración (Edna Magaly Gamboa D, 2005)

❖ **Lactancia mixta:**

Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana + leche no humana). La OMS recomienda que no se utilice este término en investigaciones científicas (Edna Magaly Gamboa D, 2005)

❖ **Lactancia solidaria:**

Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración (Edna Magaly Gamboa D, 2005)

❖ **Relactancia:**

Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia. (Edna Magaly Gamboa D, 2005)

### **TIPOS DE LECHE MATERNA**

❖ **El Calostro :**

Comienza a elaborarse al final del embarazo, sin embargo se mantiene en pequeñas cantidades dado que la prolactina, se encuentra suprimida por las altas concentraciones de estrógenos y progesterona. Al nacimiento del bebé disminuyen las concentraciones de éstas hormonas, elevándose la producción de prolactina y por lo tanto del estímulo de producción láctea.

El calostro permanece durante los primeros 4 a 7 días después del parto, constituyendo el primer alimento y esencial para la nutrición y la salud del recién nacido en los primeros días de vida. (Autores, 2009-2018)

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



La principal inmunoglobulina que se transmite al niño con el Calostro es la IgA que junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido inmunidad específica e inespecífica. Además, contiene lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y liposolubles (A, E, K,) y algunos minerales como Sodio y Zinc. (MINSA, 2010)

Facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. También facilita la producción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido, evitando el crecimiento de bacterias patógenas. (Autores, 2009-2018)

❖ **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. (MINSA, 2010)

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. (Autores, 2009-2018)

❖ **Leche madura:**

Esta leche varía en relación con la hora del día, la duración de la comida, las necesidades del lactante y las enfermedades con las que ha estado en contacto la madre. Alcanza una producción promedio entre 600 y 900 ml/día. Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3 g%) constituyendo una importante fuente calórica para el niño. La alta concentración de lactosa, determina las deposiciones blandas del (de la) niño (a) amamantado. (Autores, 2009-2018)

La cantidad de proteínas en la leche materna es perfecta para el crecimiento del (de la) niño (a) y el desarrollo del cerebro, y sus concentraciones no se ven afectadas por la ingesta de la madre. Además estas son de fácil digestión y absorción.

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. (Autores, 2009-2018)



El nivel de grasa es bajo al comenzar al amamantamiento (leche delantera o del inicio) y aumenta a medida que el niño mama (leche del final o trasera). A pesar de que el contenido de hierro en la leche materna es bajo, su absorción es mayor en relación al de las otras leches. (Autores, 2009-2018)

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

La leche del comienzo o del inicio (delantera), es la que sale cuando el niño (a) principia a mamar. Tiene una apariencia acuosa, de color azulado y calma la sed al niño, dado su contenido de agua: a la vez, también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa. (MINSA, 2010)

La leche del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa, por lo tanto le brinda más energía, al niño (a) lo que es necesario para satisfacerlo en cuanto a su saciedad y para un aumento de peso satisfactorio. Si se retira al niño (a) del pecho muy pronto éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. (MINSA, 2010)

Además, por su mayor contenido de grasa, es rica en las vitaminas liposolubles A, D, E, K. Si se cambia muy rápidamente al niño(a) de un pecho al otro, sin que haya obtenido la leche del final sino solamente la del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a ésta, lo cual en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos vespertinos que algunos bebés presentan hacia los tres meses de edad. (Autores, 2009-2018)

❖ **Leche de pre término:**

Las madres que tiene un parto antes del término de la gestación producen un período prudencial una leche con una composición diferente. La leche de pre término contiene, en comparación con la leche de un niño (a) a término, mayor número de sustancias que aportan las defensas necesarias para luchar contra las infecciones especialmente contra la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal. Además, contiene mayor cantidad de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa que la leche madura siendo ésta la combinación más apropiada para el niño (a) inmaduro quien tiene requerimientos más elevados de proteínas y menor capacidad de digestión de la lactosa. (MINSA, 2010)



La lactoferrina y la IgA están en mayor abundancia por lo que es más adecuada a las necesidades del prematuro que cualquier preparación artificial. (MINSA, 2010)

### **ANATOMIA DE LA LACTANCIA MATERNA**

La glándula mamaria se encuentra localizada en la pared torácica anterior entre la segunda y la sexta costilla. Su tamaño y forma varía según las características individuales, genéticas y raciales y, en la misma mujer, de acuerdo a la edad y la paridad. (MINSA, 2010)

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

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

La base del pezón está rodeada por una zona oscura denominada aréola. Esta contiene fibras de tejido conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. La aréola, contiene numerosas glándulas sebáceas denominadas “Glándulas o Tubérculos de Montgomery” las que se pueden apreciar claramente como poros levantados y se les atribuye la lubricación y odorización de la mama. (MINSA, 2010)

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

##### **• Tejido glandular:**

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

La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de 15 a 20 racimos glandulares denominados lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto que lleva la leche hasta la punta del pezón. (MINSA, 2010)

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 musculares o mioepiteliales y vasos sanguíneos de pequeño calibre (capilares), de gran importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche. (MINSA, 2010)



- **Conductos:**

Transportan la leche desde el sitio de la producción, en el tejido glandular, hasta el sitio de almacenamiento (senos lactíferos). (MINSA, 2010)

- **Senos lactíferos:**

Se forman por el ensanchamiento de los conductos provenientes de los acinos o alvéolos y están situados por debajo de la aréola. Deben ser estimulados mediante una succión adecuada, para que la leche pueda ser extraída y, debido a su relación con la aréola, es importante que cuando el niño se acople a la mama su boca abarque toda o gran parte de ella. (MINSA, 2010)

- **Grasa y tejido de soporte:**

La mama está sujeta al cuerpo por medio de una serie de ligamentos (ligamentos de Cooper), los que están entrelazados con tejido graso, siendo éste último el que determina el tamaño de las mamas. Durante el proceso de la lactancia, los ligamentos adquieren especial importancia ya que se ven obligados a sostener “mayor carga” y por lo tanto pueden distenderse. Por esta razón es importante aconsejar a la madre que vacíe frecuentemente sus pechos y utilice un brassier adecuado. (MINSA, 2010)

- **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. (MINSA, 2010)

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. (MINSA, 2010)

## FISIOLOGIA DE LA LACTANCIA

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

- ❖ **Las hormonas luteínicas y placentarias:**

Producen un aumento en el número de conductos y lobulillos. (MINSA, 2010)

- ❖ **Los estrógenos:**

Estimulan la proliferación del sistema ductal (conductos). (MINSA, 2010)

- ❖ **La Progesterona:**

Incrementa el tamaño de los lóbulos, lobulillos y alvéolos. (MINSA, 2010)



❖ **La Prolactina:**

Su producción es mediada por los estrógenos, es indispensable para el desarrollo completo de los conductos y lobulillos. (MINSA, 2010)

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

❖ **Lactogénesis:**

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

- **Etapa I:**  
Se inicia durante el embarazo con el desarrollo de la capacidad para secretar leche. (MINSA, 2010)
- **Etapa II:**  
Se da con el inicio de la secreción copiosa de leche, lo que ocurre entre el segundo y quinto día post-parto. Esta etapa depende de tres factores; el desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo, mantención de niveles elevados de prolactina y caída de los esteroides sexuales especialmente de la progesterona. (MINSA, 2010)
- **Etapa III:**  
Se da con el proceso de maduración que ocurre después del quinto día post-parto. (MINSA, 2010)

❖ **Lactopoyesis:**

Regulación de la producción de leche durante la plena lactancia.

Si bien la prolactina es la hormona desencadenante principal de la secreción láctea, no puede mantenerla sin la intervención de un conjunto de hormonas (somatotrofina, tiroxina, corticoides, ACTH) y factores nerviosos (sistema hipófisis-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. (MINSA, 2010)



La succión es un estímulo poderoso para la síntesis y secreción de prolactina, la que es necesaria para la secreción láctea. Hasta los cinco días post-parto el proceso es regulado por cambios en los niveles plasmáticos de hormonas presentes al final del embarazo y después la mantención del proceso de lactancia depende de la remoción de la leche de la mama. (Xiomara Hernández, 2010)

Existe una creciente evidencia de que un factor proteico presente en la misma leche inhibe la producción láctea y se prevé que está asociado a la leche residual dentro de la mama, por lo que si se aumenta la frecuencia del amamantamiento y la remoción de la leche es más completa, el factor se removerá con la leche residual y desaparecerá la inhibición. Por lo tanto la remoción de la leche es clave para mejorar la producción láctea. (MINSA, 2010)

#### ❖ **Eyección láctea:**

Constituye la expulsión de la secreción láctea que se produce por la contracción de las células musculares o mioepiteliales de los alvéolos y conductos galactóforos. El fenómeno parece estar gobernado por la oxitocina, segregada por un mecanismo reflejo que parte del pezón durante la succión. Así pues, la leche humana se produce como resultado de la acción de distintas hormonas y reflejos. (MINSA, 2010)

Cuando el (la) niño (a) empieza a succionar, comienzan a actuar dos reflejos, en la madre: reflejo de producción-/secreción de leche o reflejo de prolactina y reflejo de eyección o reflejo de oxitocina. Estos reflejos permiten que la leche se produzca y salga en la cantidad adecuada en el momento que se necesita. (Xiomara Hernández, 2010)

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

#### ❖ **REFLEJOS EN LA MADRE:**

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

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



Por lo tanto, entre más mame el niño, habrá mayor liberación de prolactina y mayor producción y secreción de leche. (MINSA, 2010)

- **Reflejo de eyección:**

Los impulsos de los nervios sensitivos que se originan con la succión del (la) niño (a) en el pezón, hacen que en la parte posterior de la Pituitaria se libere oxitocina, la cual hace que se contraigan las células epiteliales, que se encuentran alrededor de los alvéolos expulsando la leche hacia los conductos que la llevarán hasta los senos lactíferos de donde será extraída por el (la) niño (a) al succionar el pecho. (MINSA, 2010)

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. (Autores, 2009-2018)

De ahí que es importante brindar una adecuada orientación a la madre, informándole que pronto se restablecerá la salida y la cantidad de su leche. Además de ofrecer algunas recomendaciones que pueden ser útiles para superar el problema, tales como: tomar un descanso antes de amamantar, asegurarse de una cómoda posición, ubicarse en un lugar tranquilo, ofrecer más frecuentemente el pecho a su bebé y/o siempre que sienta el reflejo de salida, pues si el bebé succiona más, los pechos producen más leche; si el bebé deja de succionar, o disminuye la frecuencia y la duración de las mamadas, los pechos dejarán de producir leche; esto es lo que se conoce como Oferta y Demanda. (MINSA, 2010)

- ❖ **Reflejos del (de la ) niño:**

- **Reflejo de Búsqueda:**

Este reflejo, ayuda al niño (a) a buscar el pezón; si algo toca la mejilla del (de la) niño (a), éste abre la boca y se voltea hacia el lado de donde proviene el estímulo táctil, tratando de buscar el pezón de donde succionar. (MINSA, 2010)



Secuencialmente ocurren los siguientes eventos:

- **Búsqueda (boqueo activo):** se abre ampliamente la mandíbula, la lengua sobrepasa 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. (MINSA, 2010)

• **Reflejo de Succión:**

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

- La lengua, haciendo rítmicos movimientos ondulantes, queda hacia delante, sobre la encía inferior, ahuecadas en forma de surco.
- El bolo de leche es propulsado hacia atrás, a lo largo de la depresión central de la lengua.
- La lengua y el paladar previenen que el bolo de líquido entre a la faringe antes de desencadenar el reflejo de deglución. (MINSA, 2010)

• **Reflejo de Deglución:**

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

- El paladar blando se eleva para cerrar la vía aérea.
- El bolo pasa a través de la faringe por efecto de las contracciones peristálticas de los constrictores de la faringe.
- La epiglotis se mueve hacia atrás para cubrir la vía aérea.
- La laringe se eleva y las cuerdas vocales falsas se contraen, brindando protección adicional a la vía aérea.
- El bolo pasa por alto vía aérea y cruza el esfínter cricofaríngeo hacia el esófago.
- El esfínter se cierra de inmediato, previniendo el reflujo hacia la faringe.
- Los movimientos peristálticos del esófago (esfínter esofágico inferior) ocluye para prevenir el reflujo del contenido estomacal. (MINSA, 2010)



La mejor manera de alimentar al bebé y la más segura es amamantarlo exclusivamente, es decir, que no reciba ni agua, ni té, ni refrescos. (Xiomara Hernández, 2010) Los bebés no necesitan nada diferente a la leche materna, durante los primeros seis meses de vida, ya que la leche de su madre contiene todos los nutrientes que necesita, tales como:

❖ **Proteínas:**

Contiene la cantidad de proteína adecuada a las necesidades del (la) niño (a). Si se compara la leche materna con la leche de vaca, se evidencia que esta última tiene más proteína, sin embargo sus concentraciones son mayores a las que un bebé necesita y son de una clase diferente, causando con frecuencia alergias. (MINSA, 2010)

❖ **Enzimas:**

Contiene enzimas digestivas tales como amilasa y lipasa digestiva, las que actúan compensando la inmadurez de la función pancreática del recién nacido. La lipasa se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares participando en la digestión de las grasas. (MINSA, 2010)

Otras enzimas que se encuentran en la leche materna se muestran a continuación:

Algunos aminoácidos que se encuentran en las proteínas de la leche materna y que son indispensables para el desarrollo del cerebro del bebé, no se encuentran en otras leches en la cantidad requerida, como la taurina, un aminoácido esencial para el prematuro y muy importante para el desarrollo del recién nacido, puesto que es necesaria para conjugar los ácidos biliares y es además, un posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina. (MINSA, 2010)

❖ **Hormonas y factores del crecimiento:**

Muchas hormonas con diversas funciones se encuentran en cantidades variadas en la leche materna, tales como: esteroides adrenales, calcitonina, eritropoyetina, factor liberador de la hormona del crecimiento, factor liberador de gonadotrofina, insulina, factor liberador de la hormona luteinizante, neurotensina, oxitocina, esteroides ováricos, progesterona, prolactina, relaxina, somatostatina, triyodotironina, tiroxina, factor liberador de tirotrófina y hormonas tiroestimulantes. (MINSA, 2010)



Además, la leche materna contiene factores del crecimiento: factor de crecimiento epidérmico, factor de crecimiento semejante a la insulina y factor de crecimiento nervioso. (MINSA, 2010)

❖ **Vitaminas y minerales:**

Contiene las vitaminas que el bebé necesita, en las proporciones adecuadas por lo que no es necesario darle suplementos vitamínicos ni jugos de frutas durante este período. Los jugos y las vitaminas no solo no son necesarios sino que pueden causar problema al lactante menor, como es el caso de los de frutas cítricas que pueden precipitar la aparición de alergias en niños (as) predispuestos. (MINSA, 2010)

❖ **Hierro:**

Cuenta además con la cantidad suficiente de hierro que el 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 (transferrina) contenidos en ésta y que no se encuentran en la leche de vaca.

❖ **El hierro contenido en la leche de vaca:**

El hierro contenido en la leche de vaca, se absorbe solamente en un 10% y el de las preparaciones de leche de vaca procesada fortalecidas con hierro (fórmulas), se absorbe solamente en un 4%. De ahí que los niños amamantados con leche materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, tienen menor riesgo de desarrollar anemia Ferropénica y no necesitan suplemento de hierro. (MINSA, 2010)

❖ **La leche materna tiene la cantidad adecuada de sal, calcio, fosfatos y agua que el bebé requiere, aún en climas cálidos.**

Contiene más lactosa (azúcar natural de la leche) que la mayoría de leches de otros mamíferos. La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del hierro y del calcio y promueve la colonización intestinal del lactobacilos bífidus, quien al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. (MINSA, 2010)

Una segunda razón por la cual debe darse al bebé lactancia exclusiva es porque protege tanto la salud del (de la) niño (a) como la de la madre. (MINSA, 2010)

Los niños amamantados exclusivamente, tienen menos diarrea que los alimentados con biberón. Y por otra parte presentan menos infecciones respiratorias y del oído medio. (MINSA, 2010)

❖ **Los niños amamantados con leche materna tienen menos diarrea que los alimentados con biberón.**



## BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

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

### ❖ Para el niño y la niña:

#### • Nutrición y crecimiento óptimo:

##### ▪ Alimento Óptimo:

La lactancia materna es el mejor en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes. Esta composición, se va adecuando a las necesidades del (de la) niño (a) a medida que crece y se desarrolla. (Linkage, 2012)

##### ▪ Fácil digestibilidad:

Por su concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que faciliten su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción aprovechándose al máximo todos sus nutrientes sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal, permitiendo una maduración progresiva del sistema digestivo del (de la) niño (a), preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos. (MINSA, 2010) (Linkage, 2012)

##### ▪ Crecimiento y Desarrollo óptimo:

Los (as) niños (a) alimentados, exclusivamente, hasta los 6 meses con leche materna tiene un crecimiento y desarrollo adecuado. Este crecimiento y desarrollo se mantiene óptimo iniciando la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y manteniendo la lactancia materna hasta al menos los 2 años de edad. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche. (Linkage, 2012)

##### ▪ 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. (Linkage, 2012)

#### • Desarrollo Psico-motor:

##### ▪ Organización Sensorial:

El contacto físico del (de la) niño (a) con la madre durante el amamantamiento permite el desarrollo adecuado de sus patrones sensoriales. Se ha demostrado que los niños (as) amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, tacto, olfato, visión y audición) que los alimentados con biberón y fórmula. (MINSA, 2010)



▪ **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. (MINSA, 2010)

▪ **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. (MINSA, 2010)

▪ **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). (Linkage, 2012)

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

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-maxilo-facial y la maduración de las funciones bucales: masticación, mímica y fono-articulación del lenguaje. (Linkage, 2012)

Los (as) niños (as) amamantados (as) están mejor preparados para el inicio de la alimentación sólida dado que el período del amamantamiento le permite un buen desarrollo anatómico y funcional de las estructuras orofaríngeas. (MINSA, 2010)

• **Protección:**

▪ **IgA:**

El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (IgA) que protege al niño (a) mientras ellos (as) van aumentando su capacidad de producirla. (Linkage, 2012)

▪ **Evita la hiperbilirrubinemia neonatal:**

El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal. (MINSA, 2010)



▪ **Protección inmunológica:**

La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el (la) niño (a) y sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El (la) niño (a) amamantando (a), rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias. (MINSA, 2010)

• **Otros:**

- Previene la mal-oclusión.
- En prematuros, previene contra la enterocolitis necrotizante.
- Optimiza el desarrollo cerebral.
- Disminuye el riesgo de muerte súbita. (MINSA, 2010)

❖ **LA MADRE**

• **Recuperación fisiológica post-parto**

• **Retracción del útero:**

- Por el estímulo de succión, inmediatamente después del parto, se libera oxitocina, la que actúa sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño normal. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta produciendo también una recuperación a más corto plazo. (MINSA, 2010)

• **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. (MINSA, 2010)

**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. (MINSA, 2010)
- **De carácter físico**

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

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



La lactancia prolongada (más de 36 meses) es considerado por algunos investigadores, como un factor relacionado con la disminución del peligro de cáncer de mama, debido quizás a una disminución relativa de los estrógenos carcinógenos desencadenada por los períodos de anovulación tal como ocurre en el embarazo. (MINSAs, 2010)

▪ **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. (Linkage, 2012)

▪ **Comodidad:**

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

• **De carácter emocional**

• **Establecimiento del apego:**

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo (a), estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o “apego”, induciendo en la madre un sentimiento de ternura, admiración y protección para su hijo (a). (MINSAs, 2010)

• **Satisfacción emocional de la madre:**

La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo, producen en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer. (MINSAs, 2010)

❖ **LA FAMILIA:**

• **Refuerzo de lazos afectivos familiares:**

El amamantamiento del (de la) niño (a) es una experiencia familiar. El padre, otros hijos o personas integradas a la familia, organizan su interacción en torno a la madre y su hijo (a). Se refuerzan los lazos afectivos y de solidaridad. (MINSAs, 2010)

• **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. (MINSAs, 2010)



- **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 con amenorrea, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. EL MELA (Método de Lactancia y Amenorrea), es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos. (MINSA, 2010)

- ❖ **La sociedad**

- **Disminución de la morbimortalidad infantil:**

Si todas las madres del mundo amamantarán a sus hijos (as) al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños (as) anualmente, debido principalmente al afecto protector y nutricional de la leche materna. (MINSA, 2010)

**Economía de recursos:**

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

- ✓ Leche de vaca o de fórmula
- ✓ Mamaderas, chupetes y accesorios
- ✓ Enfermedades y sus tratamientos
- ✓ Gastos hospitalarios de maternidad y atención a neonatos
- ✓ Ausentismo laboral de la madre por necesitar atender al niño enfermo
- ✓ Producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos. (MINSA, 2010)

Se estima que, si todas las madres del mundo alimentaran exclusivamente a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales. (MINSA, 2010)

- ❖ **La ecología**

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



- Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población, al espaciar los nacimientos.
- No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación, protegiendo de esta forma el medio ambiente.
- No implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento.
- No necesita preparación ni uso de fuentes de energía, (leña, kerosene, gas, electricidad, etc...)
- No requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla.
- Conserva el agua y otros recursos naturales. (MINSA, 2010)

### **CREENCIAS Y PRACTICAS QUE DIFICULTAN LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA**

En las últimas décadas los conocimientos sobre la lactancia materna y la alimentación infantil en general se han ampliado considerablemente, nosotros como profesionales de la salud hemos ido implementando en la madre los conocimientos y prácticas sobre esta para que se impulse la lactancia materna exclusiva, alimentación adecuada para el bebé en los primeros seis meses de vida y hacerle ver los beneficios que esta conlleva tanto como al bebé como a la madre de la misma manera a la familia a la sociedad y ecológicamente, Sin embargo, pese a que muchos de estas nuevas recomendaciones llevan ya varios años en rigor, es aún muy frecuente oír en nuestro entorno sugerencias erróneas, hoy consideradas mitos o falsas creencias por carecer de fundamento científico (Concepción Batres, 2012), entre las cuales tenemos:

#### **❖ Según Alimentos:**

- Hay que comer más para tener más leche.
  - Se debe tomar leche para fabricar más y reponer las pérdidas de calcio.
  - Hay alimentos y bebidas que aumentan la producción.
  - Algunos alimentos están prohibidos por producir cólicos o gases.
  - Se deben evitar alimentos que cambian el sabor o la composición de la leche.
- (Concepción Batres, 2012)



❖ **Según Estética**

- No debe hacerse dieta de adelgazamiento durante la lactancia.
- No deben usarse tintes ni colorantes para el pelo.
- No debe hacerse ejercicio físico antes de dar el pecho.
- No deben practicarse intervenciones dentales con anestesia local ni empastes dentales durante la lactancia.
- La lactancia prolongada deforma los pechos
- No pueden usarse cremas ni productos de belleza durante la lactancia.  
(Concepción Batres, 2012)

❖ **Según la Producción de leche**

- Se deben ingerir muchos líquidos: infusiones.
- La falta de leche suele ser un problema familiar que se transmite de madres a hijas.
- Las mujeres con poco pecho fabrican menos leche.
- El peso semanal del bebé es la mejor manera de controlar la producción.
- Las impresiones fuertes cortan la producción de leche.
- El frío en la espalda disminuye la producción de leche.
- Es mejor esperar a sentir el pecho lleno para amamantar.
- Es importante sentir el “golpe de leche” durante la toma.
- El escape de leche entre tomas y el chorreo durante la toma es señal de gran producción.
- Los masajes en la espalda favorecen la lactancia.
- Bañarse con agua fría corta la leche.
- Sentir los pechos blandos es señal de baja producción.
- Por las tardes se tiene menos leche que por las mañanas (Concepción Batres, 2012)

❖ **Según la Calidad de la leche**

- El calostro no alimenta y debe desecharse.
- La leche materna es “aguada”.
- Los disgustos se transmiten al bebé a través de la leche.



- Hay leche de baja calidad que impide que el bebé engorde bien.
- Si la madre queda embarazada debe suspender la lactancia.
- La leche de las madres muy nerviosas alimenta menos y transmite los nervios a su bebé.
- La lactancia demasiado frecuente causa obesidad en el niño. (Concepción Batres, 2012)

#### ❖ Según Problemas con el pecho

- Si los pezones sangran o hay mastitis, no se debe dar el pecho.
- Colocar aceite de oliva para prevenir y curar problemas de los pezones.
- Si se tiene poco pezón es útil estirarlo durante el embarazo.
- Las mujeres pelirrojas, de piel blanca y ojos azules sufrirán dolor en los pezones porque tienen pieles delicadas.
- Las hojas de col previenen la ingurgitación mamaria.
- Limitar el tiempo de cada toma previene el dolor en los pezones (Concepción Batres, 2012)

#### ❖ Según la Técnica de la lactancia

- Basta con dar el pecho 10 minutos.
- No se debe despertar a un bebé para darle de mamar, el sueño alimenta tanto como la leche.
- Es normal que dar el pecho duela.
- La leche retenida mucho tiempo en el pecho se estropea.
- No hay que permitir que el bebé esté en el pecho si no “le toca” comer.
- Mimar y calmar al bebé en brazos o al pecho lo malcría.
- Dar el pecho mientras el bebé está recostado causa infecciones de oído.
- Las tomas nocturnas de pecho favorecen las caries en el bebé.
- A medida que crecen los bebés van adquiriendo un horario fijo para las tomas.
- Pasados los primeros meses el bebé dormirá toda la noche (Concepción Batres, 2012)



#### ❖ Según Problemas para la madre

- Las molestias de la espalda empeoran durante la lactancia.
- No hay que amamantar si la madre o el hijo tienen diarrea.
- La lactancia frecuente puede dar lugar a depresión post-parto.
- Dar el pecho genera caída del pelo. (es un efecto del post-parto, NO de la lactancia).
- No deben hacerse radiografías a la madre durante la lactancia.
- Dar el pecho agrava la miopía. (Concepción Batres, 2012)

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

#### ❖ Técnicas del amamantamiento :

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores:

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

#### Apego precoz:

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

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

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

Primera experiencia funcional y de contacto entre madre e hijo (a) es fundamental para el éxito de la lactancia y para fortalecer los lazos afectivos que permiten un buen desarrollo físico y psicoemocional del (de la) niño (a). En estos momentos la madre, reconoce los rasgos físicos del (de la) hijo (a) e intenta reconocer los códigos de comunicación de sus gestos y movimientos. (MINSa, 2010)

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. (MINSa, 2010)



Todos estos procesos obedecen a una secuencia continua de acontecimientos neuro-hormonales recíprocos del binomio madre- hijo (a). 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. 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. Empeora, 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). (MINSA, 2010)

- Conocer y prevenir las dificultades más 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. Un elemento esencial es el método o la técnica que usa la madre para colocar a su bebé al pecho. Debemos recordar el (la) niño (a) sea 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 (la) niño (a). (MINSA, 2010)

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. (MINSA, 2010)

- Correcta posición de la madre.
- Correcta ubicación del (de la) niño (a) con respecto al cuerpo de la madre. Cuerpo del bebé vuelto hacia la madre, bien cerca y paralelo a ella.
- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre. Boca bien abierta, labios proyectados, mayor parte de la aréola dentro de la boca del/la bebé.



- Frecuencia de las mamadas según demanda el (la) niño (a).
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche. (MINSA, 2010)

**Posiciones de amamantamiento:**

Durante la lactancia, madre y niño (a) pasan muchas horas en el día junto por lo que, la forma en que se realice el amamantamiento tiene que ser cómoda y agradable para ambos. Es ideal que la madre tenga el apoyo de su pareja y el resto de la familia, debemos motivar a la familia a estimular y animar a la madre. La elección de la posición para amamantar depende de las circunstancias de la madre y del (de la) niño (a) y ha de ser la más cómoda y eficiente para ambos. La madre puede amamantar sentada o acostada. (Concepción Batres, 2012)

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

Esta es la más común. Si la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, con un respaldo firme para apoyar bien la parte posterior del tórax, esto evitará el “dolor de espaldas” que las madres refieren y que se interpreta como que el/la bebé succiona muy fuerte y esta “dañando los pulmones de la madre”. (MINSA, 2010)

Es más cómodo apoyar los pies sobre algún mueble. Si el (la) niño (a) es demasiado pequeño es conveniente usar una almohada o cojín para acomodarlo a la altura del pecho. (Lawrence, 1996)

**Posición de sandía o de pelota:**

En esta posición se ubica el (la) niño(a) con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. Esta sostiene la cabeza del (de la) niño (a) con la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama y su antebrazo le sostiene la espaldita. La mano contraria ofrecer el pecho. Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente. También se recomiendan en caso de cesárea ya que con ella no se presiona el abdomen o “la herida”. Hay madres que prefieren esta posición para alimentar en casos normales. (MINSA, 2010)

**Posición reversa:**

La madre ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta. La otra mano sostiene la cabeza del (de la) niño (a). En esta posición se requiere de una almohada o un cojín para ubicar el cuerpo del (de la) niño (a) a la altura de los pechos.



Esta forma permite deslizar al niño de un pecho al otro sin cambiarlo de posición. Es útil cuando el (la) niño (a) tiene preferencia por un pecho o cuando en la posición tradicional acostado se estimula el reflejo de búsqueda con el roce del brazo. (MINSA, 2010) (Lawrence, 1996)

#### **Sentado frente a la madre:**

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

#### **Posición de caballito:**

Es una pequeña variación de la posición anterior. El nombre de posición “de caballito” viene de que el (la) niño (a) se ubica frente al pecho de la madre, montado sobre su pierna. (Nicaragua M. d., 2010)

En las posiciones verticales, la mano que afirma la cabeza debe ubicarse en forma de “C” en la base del cráneo, apoyando los dedos medio y pulgar detrás de las orejas. Si se apoya la parte posterior de la cabeza con la palma de la mano, el (la) niño (a) responde con un reflejo de extensión que lo hace llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho. (Nicaragua M. d., 2010) (MINSA, 2010)

Estas posiciones verticales se recomiendan en caso de mamas muy grandes, grietas del pezón, reflejo eyectolácteo aumentado, niños (as) hiper o hipotónicos (as), niños (as) con labio leporino o paladar hendido. (Ecuador, 2012) (MINSA, 2010)

#### **Mano de bailarina:**

En el caso del (de la) niño (a) hipotónico (a) también es importante la posición de la mano que ofrece el pecho. La mano en “C” sostiene al pecho, pero el dedo índice se adelanta y se apoya debajo del mentón del (de la) niño (a) (mano de la bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión. (MINSA, 2010)



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

Posición tradicional, niño acostado de lado: El (la) niño (a) está acostado (a) en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. (MINSA, 2010) La cabeza del (de la) niño (a) se apoya en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. (Lawrence, 1996)

El abdomen del (de la) niño (a) queda en íntimo contacto con el abdomen de la madre y su brazo debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo que acuna al niño (a) debe tomarlo firmemente de la región glútea, de manera que la madre con sólo desplazar el brazo pueda acercar o alejar el (la) niño (a) al pecho. (MINSA, 2010) Con la otra mano la madre debe ofrecer el pecho, estimulando el reflejo de búsqueda mediante el roce del labio inferior del (de la) niño (a) para que abra la boca. (MINSA, 2010)

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

En esta posición la madre está acostada de espaldas y el (la) niño (a) se acuesta en decúbito ventral sobre su pecho. Ella le sostiene la frente con su mano. Esta posición es muy práctica cuando el reflejo de eyeción es excesivo. (MINSA, 2010)

### **Amamantamiento de gemelos:**

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

### **❖ Técnicas de Extracción Manual de la Leche Materna:**

Es recomendable que toda madre aprenda la técnica de extracción manual de leche ya que no se puede prever cuando estará separada de su hijo (a). (MINSA, 2010)

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

Prevenir y aliviar la congestión de sus pechos.

Es importante también que la madre aprenda la forma de alimentar a su bebé que no interfiera con el amamantamiento. (Centeno, 2009-2010)



La extracción manual se recomienda cuando:

- Las madres no pueden comenzar a amamantar.
- Las madres tienen separaciones periódicas.
- La madre está hospitalizada.
- El bebé es prematuro o de muy bajo peso.
- Evitar y/o aliviar la congestión mamaria.
- Para aliviar el goteo. (Nutrición, 1999)

#### **Extracción y conservación de la leche materna**

- Prepare un recipiente limpio, de boca ancha, como una taza o un plato hondo. (Nutrición, 1999)
- Lávelo con agua y jabón.
- Vierta agua hirviendo en el recipiente y déjela cinco minutos. Bote el agua del recipiente cuando comience a extraerse la leche.
- Lave sus manos; coloque el recipiente sobre la mesa y sosténgalo con una mano para recoger la leche extraída.
- Si el pecho está duro y doloroso, inclínese hacia adelante y, con mucha delicadeza, empiece a tocar la piel del pecho; primero, en las áreas más lejanas del pezón, tratando de detectar los sitios más sensibles y los más duros, intentando disolver la dureza con un masaje circular, muy suave en estas áreas.
- Apenas esté blando, vaya alejándose poco a poco hasta acercarse a la aréola. Casi siempre, en este momento empieza a gotear la leche. (MINSa, 2010)
- Coloque su mano en forma de "C", el dedo pulgar sobre la parte superior de la aréola y el dedo índice por debajo de ella. Recuerde que los senos lactíferos están por debajo de la aréola, así que trate de abarcarla toda. (MINSa, 2010)
- Presione con el pulgar y el índice hacia adentro, dirigiéndose hacia la pared del tórax (las costillas). De esta manera, aísla los senos lactíferos del resto del tejido del pecho. (Nicaragua M. d., 2010)
- Ahora, sin que sus dedos resbalen, quemando la piel que está delicada y tensa, haciendo un movimiento de rotación, presione sobre los senos lactíferos, como cuando le toman huella digital y comience a presionar y soltar, presionar y soltar. (Nicaragua M. d., 2010)



- Presione y suelte. Al comienzo, puede que no salga leche, pero después ésta goteará y luego observará que, en la mayoría de los casos, hay chorros diminutos de leche, como si fuera una regadera; pudiendo llegar muy lejos, en los casos en que el reflejo de eyección sea muy activo. (MINSA, 2010)
- En una mamá relajada, los chorros de leche pueden alcanzar varios metros y ser motivo de satisfacción; en una mamá, antes tensa y dolorida, pueden ser una demostración de gran valor psicológico, de motivación y felicidad, al saber que ella sí produce leche en cantidad. (MINSA, 2010)
- No apriete el pezón. La presión, o la tracción del pezón, no exprimen leche. Es lo mismo que si el bebé succiona únicamente del pezón. (MINSA, 2010)
- Cambie la posición de los dedos alrededor de la aréola, siguiendo un orden; por ejemplo, la dirección de las manecillas del reloj, para que así se drenen todos los senos lactíferos con eficiencia. (MINSA, 2010)

### **DIFICULTADES DURANTE EL AMAMANTAMIENTO**

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. (MINSA, 2010)

La mayor parte del tiempo las dificultades se asocian con mala técnica, por lo tanto el apoyo que la madre necesita tanto del personal de salud como la familia es relevante. (MINSA, 2010)

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

- Pezones planos o invertidos.
- Grietas del pezón.
- Dolor al amamantar.
- Congestión mamaria.
- Micosis mamaria.
- Mastitis.
- Absceso mamario.
- Cirugía mamaria previa.
- Reflejo de eyección inhibido.
- Reflejo de eyección excesivo. (MINSA, 2010)



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

Cuando el (la) niño (a) no quiere mamar, la mayoría de las veces se trata de un problema relacionado con una técnica de amamantamiento defectuosa o prácticas inadecuadas que, por lo general, es fácil de identificar y corregir. Pero podría ser un signo de que el (la) bebé está enfermo (a), y en ocasiones muy seriamente enfermo (a). (MINSA, 2010)

- Disfunción motora oral.
- El (la) niño (a) está enfermo. (a)
- El (la) niño (a) con problema en nariz o boca.
- El (la) niño (a) es pequeño y con dificultades para succionar.
- El (la) niño (a) puede tener confusión de pezones.
- El (la) niño (a) está mal colocado o agarra mal.
- Problemas con la técnica de amamantamiento. (MINSA, 2010)

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

❖ **Conocimientos:**

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

• **Productos primarios del conocimiento:**

- Las sensaciones; que constituyen la forma más elemental del conocimiento.
- La percepción; es la integración del sistema de sensaciones.
- Las representaciones; son huellas de la percepción que se conservan debido a la plasticidad del cerebro.



- Las sensaciones, percepciones y representaciones constituyen las formas primarias o elementales del conocimiento, éstas no revelan la esencia de los objetos y fenómenos. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)  
Un objeto se puede captar en tres niveles: sensible, conceptual y holístico.
- Conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de la vista; gracias a ello podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.
- Conocimiento conceptual abarca representaciones invisibles, inmateriales pero universales y esenciales. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)
- Conocimiento holístico (llamado también intuitivo). En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales.
- La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en que el conocimiento sensible es singular y el conceptual universal. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)
- El conocimiento holístico y conceptual se diferencian en que el primero carece de estructuras, tiende a prescindir de ellas. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)

❖ **Actitud:**

Se refiere a los sentimientos hacia ciertos objetos sociales, físicos, tipo de persona; personas determinadas, instituciones sociales, etc. El método más directo para la medición de las actitudes es preguntar a las personas de una u otra manera, cuales son las suyas. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)

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

Las actitudes son adquiridas y no heredadas; su desarrollo implica socialización y hábito. Influyen a nivel socioeconómico y educacional, la ocupación, la edad sobre las actitudes y creencias. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)



- Características.
  - Relativamente duraderas.
  - Son resultado de la agregación de varios elementos que se relacionan entre sí.
  - Se refieren a objetos concretos y abstractos como personas, grupos instituciones, temas o situaciones específicas (acontecimientos).
  - Conducen a comportamientos preferenciales ante un objeto o situación.
  - Dan como resultado, respuestas que pueden ser negativas o positivas y estar determinadas por componentes valorativos y afectivos.
  - Contienen predisposiciones a actuar de manera específica, estas predisposiciones están interrelacionadas. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)
  - No son directamente observables, sino que deben ser inferidas a través de respuestas de los individuos. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)
  
- Elementos.
  - Elemento cognoscitivo: Conformados por una idea, un conocimiento, una creencia cualquiera concerniente al objeto de la actitud. Lo más importante del elemento es la forma con la que la persona mira al mundo y no como es el mundo en la vida real. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)
  - Elemento afectivo: está conformado por un conjunto de emociones o instintos que surgen en la persona cuando se encuentran ante un objeto o una circunstancia, o simplemente pensar en éste.
  - Elemento comportamental: está conformado por las tendencias hacia la acción y no por la acción. Si la actitud es favorable, la persona se verá inclinada a expresarse en acción. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)
  
- Fuentes.
  - La cultura, costumbres, valores, manera de vivir, etc. De la sociedad a la que pertenece. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)
  - Los grupos de amistades a los cuales pertenecen, además de aquellos a los cuales se desearía pertenecer.



- La familia, las emociones, las creencias en la familia implican la coherencia de un sistema cultural, implicando situaciones de riesgo físico, psicológico y social que inciden en la formación de la personalidad, la mayoría de las veces de forma negativa e irreversible. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)
- Las experiencias personales.
- La pareja.
- El personal de salud. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)

#### ❖ **Práctica**

Se define como la aplicación de una idea, doctrina, enseñanza o pensamiento que tiene la persona sobre determinado tema. También la podemos definir como la realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas o como la habilidad, destreza o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad. (Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, 2005)

#### ❖ **Puerperio:**

Período de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta revertirlas a su estado inicial. Comprende un período de tiempo de 45 a 60 días pos parto. (Grupo de trabajadores de lactancia materna integrado en el proceso de embarazo, 2011)

#### • **Puerperio Inmediato:**

Período que abarca las primeras 24 horas post parto, es el de mayor importancia ya que existe mayor riesgo de muerte materna. La mujer experimenta sensación de alivio y bienestar, puede ocurrir aumento de la temperatura y leucocitosis. (Grupo de trabajadores de lactancia materna integrado en el proceso de embarazo, 2011)



- Puerperio propiamente dicho:  
Ocurre en los primeros 10 días, corresponde al período de máxima involución de los órganos genitales, se da mayor salida de loquios e instalación de secreción láctea. (Grupo de trabajadores de lactancia materna integrado en el proceso de embarazo, 2011)
- Puerperio alejado:  
Abarca de los 11 a 45 días post parto, concluye con la involución genital, puede sobrevenir la menstruación, a partir del día 25 puede encontrarse un endometrio estrogénico, la vagina sufre un proceso de atrofia transitoria. (Grupo de trabajadores de lactancia materna integrado en el proceso de embarazo, 2011)
- Puerperio tardío  
Corresponde fundamentalmente a la mujer que amamanta comprende de los 45 a 60 días post parto. Se observa una agina bien involucionada y un endometrio hipotrófico; en la mujer que lacta tiene un límite impreciso. (Grupo de trabajadores de lactancia materna integrado en el proceso de embarazo, 2011)

#### **IMPACTO DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS SOBRE LACTANCIA MATERNA PARA PROVEEDORES DE SALUD, AGENTES COMUNITARIOS Y USUARIAS**

Estudios realizados en el país demuestran que el personal de las unidades de salud y los hospitales influyen negativamente en la concepción de la duración de la lactancia materna, los beneficios de la misma, en las prácticas adecuadas, lo que resulta contradictorio ya que el personal de salud es quien está en más íntimo contacto con la población más susceptible a esta etapa de la vida. (MINSa, 2010)

Amamantar exitosamente se vuelve difícil en una sociedad con prácticas arraigadas, como es el caso del uso del biberón y al poco interés por brindar la información necesaria durante las etapas prenatal y pos natal. (MINSa, 2010)

Ante tal situación el MINSa ha ideado el desarrollo de materiales que permitan al personal de salud ofrecer respuestas y facilitar acciones en casos específicos dirigidos a la lactancia materna. (MINSa, 2010)



Como parte del plan se han logrado realizar muchas actividades y también llevar la promoción de la lactancia materna fuera de las fronteras del Ministerio de Salud., como son la Iniciativa de Unidades Formadoras Amigas de la Mujer y la Niñez, la capacitación a promotores de salud de diversos ONG's y la formación de Grupos de apoyo comunitarios como parte de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y de la Madre la que ha sido de gran impacto en el cambio de prácticas que interfieren con la lactancia natural. Esta se ha extendido a la Atención Primaria como "Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y de la Madre" la que se encuentra también en desarrollo. (MINSAL, 2010)

El Ministerio de Salud, de Nicaragua, ha realizado numerosos esfuerzos en pro de la práctica de la lactancia materna contando con la decisión y voluntad política, los cuales se encuentran plasmados en el plan Nacional de Promoción, Protección y Mantenimiento de la lactancia materna elaborado conjuntamente con el UNICEF. (MINSAL, 2010)



## MATERIAL Y MÉTODO

### TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo de corte transversal

### UNIVERSO

Estuvo conformado por **845 mujeres** en Edad Fértil (15-49 años) que fueron ingresadas a la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

### MUESTRA:

Estuvo conformada por **287 mujeres**, las cuales representan el 34.0% del total del Universo, las cuales fueron seleccionadas, de acuerdo a los criterios de Inclusión y de Exclusión.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mujeres en edad fértil (15-49 años) que se encuentran en la sala de puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, durante el periodo de estudio
2. Mujeres que aceptaron participar llenando la encuesta.
3. Mujeres que llenaron correctamente la encuesta

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Mujeres que NO acepten participar la encuesta.
2. Mujeres que NO hayan llenado la encuesta de manera correcta.



## FUENTE DE INFORMACIÓN

Se obtuvo la información de fuentes primarias a través de la aplicación de una encuesta de preguntas cerradas, previamente validada.

## TIPO Y PROCEDIMIENTOS DE MUESTREO

Será de tipo NO probabilístico por conveniencia.

## TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó mediante el llenado de una encuesta de preguntas cerradas. Previamente validada por informantes claves conformados por profesionales de la salud: 3 médicos generales, 2 enfermeras ginecobstetras, 2 Médicos Ginecobstetras, 1 Médico Pediatra, 5 mujeres escogidas al azar de la comunidad y que NO habían asistido al Hospital Amistad Japón Nicaragua, con antecedentes de haber brindado LME.

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

Para el llenado del cuestionario, nos hicimos presentes en el área de puerperio del servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón Nicaragua del Departamento de Granada en el periodo ya descrito. Toda paciente que aceptó participar se le pidió consentimiento informado. Se tomó la muestra de las mujeres presentes en ese momento en el área ya descrita y que cumplían con los criterios del estudio. A las respuestas que obtuvimos del cuestionario cerrado se obtuvieron el nivel de conocimientos actitudes y prácticas.

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

Bueno: 5-7 respuestas correctas

Regular: 3-5 respuestas correctas

Malo: 0-2 respuestas correctas



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

- De acuerdo (A)
- Indeciso (I)
- Desacuerdo (D)

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

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

Bueno: 4-5 respuestas correctas

Regular: 3 respuestas correctas

Malo: 0-2 respuestas correctas

### **PROCESAMIENTO DE DATOS**

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

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

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



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

**ENTRECruzAMIENTO DE VARIABLES:**

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

Entrecruzamiento de Variables		Escala	
Edad	13 a 26 años		
Estado Civil	1. Soltera 2. Casada		
Nivel de Educación	1. Primaria 2. Secundaria 3. Tercera 4. Universitaria		
Área de Trabajo	1. Área de Casa 2. Hospitalario 3. Ambulatorio 4. Otro		



### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

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



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



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



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



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



## RESULTADOS

Las características sociodemográficas, las mujeres entre la edad de 15 y 26 fue de 74.6% (214), las mujeres entre la edad de 27 y 38 años fue de 22.3% (64) y las mujeres entre la edad de 39 y 49 años fue de 3.1% (9).

En relación al estado civil de las mujeres solteras fue de 27.5% (79), el estado civil de las mujeres casadas fue de 20.6% (59) y el estado civil de las mujeres acompañadas fue de 51.9% (149).

En relación al número de hijos, las mujeres que solo tuvieron 1 hijo corresponde el 49.8% (143), el caso de las mujeres que tuvieron 2 hijos fue de 23.7% (68), el caso de las mujeres que tuvieron 3 hijos fue de 17.1% (49) y el caso de las mujeres que tuvieron más de tres hijos fue de 9.4 (27).

En relación a la religión, las mujeres con una religión católica corresponde al 56.8% (163), el caso de las mujeres con una religión evangélica fue de 32.1% (92) y el caso de las mujeres con otro tipo de religión fue de 11.1% (32).

El caso de las mujeres de procedencia urbana fue de 82.0% (235) y el caso de las mujeres de procedencia rural fue de 18.0% (52).

Con respecto a la escolaridad de las mujeres, el caso de las mujeres que cursaron primaria fue de 27.2% (78), el caso de las mujeres que cursaron secundaria fue de 51.9 (149), el caso de las mujeres que cursaron la escolaridad técnica fue de 11.1% (32) y el caso de las mujeres que cursaron la universidad fue de 9.8% (28).

En relación a la ocupación, las mujeres con una ocupación estudiantil correspondían al 57.8% (166), el caso de las mujeres con una ocupación de ama de casa fue de 21.6% (162) y en el caso de las mujeres con una ocupación de trabajadora fue de 20.6% (59).

**(Cuadro N°1)**



El número de mujeres que si creía que era importante dar de mamar a los niños fue de 94.8% (272), el número de mujeres que no creía que fuese importante dar de mamar a los niños fue de 1.7% (5) y el número de mujeres que no sabía si era importante dar de mamar a los niños fue de 3.5% (10).

El número de mujeres que si conocía los beneficios de dar de mamar fue de 80.5% (231), el número de mujeres que no conocía los beneficios de dar de mamar fue de 14.3% (41) y el número de mujeres que no sabía los beneficios de dar de mamar fue de 5.2% (15).

El número de mujeres que si sabían que la lactancia materna no debía prolongarse más de 6 meses fue de 38.7% (111), El número de mujeres que no sabían que la lactancia materna no debía prolongarse más de 6 meses fue de 51.6% (148) y El número de mujeres que no sabían que la lactancia materna no debía prolongarse más de 6 meses fue de 9.7% (28).

El número de mujeres que si sabían que el niño debía recibir lactancia cuando el deseara fue de 65.2% (187), El número de mujeres que dijo que el niño no debía recibir lactancia cuando el deseara fue de 20.6% (59) y El número de mujeres que no sabían que el niño debía recibir lactancia cuando el deseara fue de 14.2% (41).

El número que si estaban preparadas para de dar de lactar sus bebe fue de 78.4% (225), en número de mujeres que no estaba lista para dar de lactar a sus bebe fue de 10.8% (31) y el número de mujeres que no sabían si estaban lista para dar lactar a sus bebe fue de 10.8% (31).

Las mujeres que si sabían que la preparación de los pezones facilitaba la lactancia fue de 79.4% (228), el número de mujeres que decía la preparación de los pezones no facilitaba la lactancia fue de 9.8% (28) y el número de mujeres que no sabía que la preparación de los pezones facilitaba la lactancia fue de 10.8% (31).

El número de mujeres que si sabía que la lactancia materna no ayuda a prevenir el cáncer de mama fue de 55.4% (159), el número de mujeres que decía que la lactancia materna no ayudaba a prevenir el cáncer fue de 40.4% (116) y el número de mujeres que no sabía que la lactancia materna no ayudaba a prevenir el cáncer fue de 4.2% (12).



El número de mujeres que si sabían que la lactancia materna proporcionaba al bebe defensas para combatir enfermedades fue de 71.1% (204), el número de mujeres que decían que la lactancia materna no proporcionaba defensas al bebe para combatir enfermedades fue de 16.0% (46) y el número de mujeres que no sabían que la lactancia materna proporcionaba defensas al niño para combatir enfermedades fue de 12.9% (37).

Las mujeres que si sabían que los niños alimentados con pechos son más inteligentes que los alimentados con biberón fue de 39.4% (113), el número de mujeres que decían que alimentar con pecho a los bebe no los hacia más inteligentes que los alimentados con biberón fue de 18.1% (52) y el número de mujeres que no sabía que los niños alimentados con pechos los hacia más inteligentes que los alimentados con biberón fue de 42.5% (122).

El número de mujeres que si sabían que la lactancia materna ayudaba a establecer vínculo entre madre e hijo fue de 78.0% (224), el número de mujeres que decía que la lactancia materna no ayudaba a establecer vínculo entre madre e hijo fue de 3.8% (11) y el número de mujeres que no sabía si la lactancia materna ayudaba a establecer vínculos madre e hijo fue de 18.2% (52).

El número de mujeres que si sabía que la lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe fue de 64.5% (185), el número de mujeres que decían la lactancia materna exclusiva no era solo dar pecho y agüita fue de 26.5% (76) y el números de mujeres que no sabía que la lactancia exclusiva solo era dar pecho y agüita al bebe fue de 9.0% (26).

El número de mujeres que si sabía que la leche materna está libre de microbios fue de 62.4% (179), el número de mujeres que decía que la leche materna no estaba libre de microbios fue de 20.2% (58) y el número de mujeres que no sabía que la leche materna estaba libre de microbios fue de 17.4% (50).

El número de mujeres que si sabían que al dar de mama podían comer de todo y beber de todo fue de 22.6% (65), el número de mujeres que decían que al dar de mama no podían comer de todo ni bebe de todo fue de 65.9% (189) y el número de mujeres que no sabía que al dar de mama podía comer de todo y beber de todo fue de 11.5% (33).



El número de mujeres que si sabía que había que comer el doble para poder dar de mamar fue de 74.6% (214), el número de mujeres que decía que no había que alimentarse el doble para poder dar mamar fue de 19.5% (56) y el número de mujeres que no sabía que había que alimentarse el doble para poder dar de mama fue de 5.9% (17).

El número de mujeres que sabía que cuando comenzaban a trabajar ya no era posible dar de lactar fue de 63.7% (187), el número de mujeres que decía que no necesariamente al comenzar a trabajar no se podía volver a dar de lactar fue de 29.3% (84) y el número de mujeres que no sabía que al empezar a trabajar no se podía dar de lactar fue de 7.0% (20).

El número de mujeres que si sabía que la succión por parte del niño estimulaba la secreción de leche fue de 26.8% (77), el número de mujeres que decía que la succión no estimulaba la secreción de leche fue de 63.1% (181) y el número de mujeres que no sabía que la succión estimulaba la secreción fue de 10.1% (29).

El número de mujeres que si sabía que la lactancia materna disminuye la cantidad de sangrado después del parto fue de 30.3% (87), el número de mujeres que decía que la lactancia materna no disminuía la cantidad de sangrado después del parto fue de 66.6% (191) y el número de mujeres que no sabía que la lactancia materna disminuía la cantidad de sangrado después del parto fue de 3.1% (9). **(Cuadro N°2)**

Con respecto al nivel de conocimiento de las mujeres, el nivel bueno de conocimiento de las mujeres fue de 70.7% (203), el nivel regular de conocimiento de las mujeres fue de 16.0% (46) y el nivel malo de conocimiento fue de 13.3% (38). **(Cuadro N°3)**

A la proposición, **durante los 6 primeros meses de vida, él bebe debe de ser alimentado solo con lecha materna para ser sano, fuerte e inteligente.** La actitud de las mujeres fue a favor (De acuerdo) 58,9% (169), la actitud indecisa fue 26.5% (76), la actitud en desacuerdo fue 14.6% (42).

A la proposición, **La leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebe que la leche materna.** La actitud de las mujeres fue a favor (de acuerdo) 19.2% (55), la actitud indecisa fue de 14.6% (42), la actitud en desacuerdo fue de 66.2% (190).



A la proposición, **La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo.** La actitud de las mujeres fue a favor (de acuerdo) en 47.7% (137), la actitud indecisa fue de 30.7% (88), la actitud en desacuerdo fue de 21.6% (62).

A la proposición, **La madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 58.5% (168), la actitud indecisa fue de 23.0% (66), la actitud en desacuerdo fue de 18.5% (53). A la proposición, **La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 31.4% (90), la actitud indecisa fue de 8.0% (23), la actitud en desacuerdo fue de 60.6% (174).

A la proposición, **Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.** La actitud de las mujeres a favor fue de 78.7% (226), la actitud indecisa fue de 3.8% (11), la actitud en desacuerdo fue de 17.5% (50). A la proposición, **La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 68.6% (197), la actitud indecisa fue de 7.7% (22), la actitud en desacuerdo fue de 23.7% (68).

A la proposición, **El bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 89.2% (256), la actitud indecisa fue de 3.1% (9), la actitud en desacuerdo fue de 7.7% (22).

A la proposición, **Dar de mamar al bebé es doloroso.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 35.2% (101), la actitud indecisa fue de 1.7% (5), la actitud en desacuerdo fue de 63.1% (181).

A la proposición, **Un ambiente tranquilo y agradable no es importante para dar de lactar.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 9.1% (26), la actitud indecisa fue de 16.0% (46), la actitud en desacuerdo fue de 74.9% (215).

A la proposición, **La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 61.7% (177), la actitud indecisa fue de 21.6% (62), la actitud en desacuerdo fue de 16.7% (48).

A la proposición, **No todas las mamás tienen suficiente leche para dar de lactar.** La actitud de las mujeres a favor (de acuerdo) fue de 69.0% (198), la actitud indecisa fue de 21.3% (61), la actitud en desacuerdo fue de 9.7% (28). A la proposición, **La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.** La actitud de las mujeres a favor fue de 57.2% (164), la actitud indecisa fue de 2.8% (8), la actitud en desacuerdo fue de 54.0% (115). A la proposición, **El bebé, cuando toma el pecho de su madre, recibe amor**



**seguridad y afecto.** La actitud de las mujeres a favor fue de 78.8% (226), la actitud indecisa fue de 19.5% (56), la actitud en desacuerdo fue de 1.7% (5).

A la proposición, **El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche.** La actitud de las mujeres a favor fue de 63.8% (183), la actitud indecisa fue de 5.6% (16), la actitud en desacuerdo fue de 30.6% (88). A la proposición, **A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo.** La actitud de las mujeres a favor fue de 60.3% (173), la actitud indecisa fue de 12.2% (35), la actitud en desacuerdo fue de 27.5% (79).

A la proposición, **El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, de la madre interfiere con la lactancia materna.** La actitud de las mujeres a favor fue de 77.7% (223), la actitud indecisa 7.3% (21), la actitud en desacuerdo fue de 15.0% (43).

A la proposición, **Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y Conservarla en la refrigeradora.** La actitud de las mujeres fue a favor 65.2% (187), la actitud indecisa fue de 3.1% (9), la actitud en desacuerdo fue de 31.7% (91). **(Cuadro N°4)**

Con respecto al nivel de conocimiento de las mujeres, El nivel de actitud favorable de las mujeres de edad fértil fue 65.9% (189), el nivel de actitud indeciso de las mujeres de edad fértil fue de 19.2% (55) y el nivel de actitud desfavorable de las mujeres de edad fértil fue de 14.9% (43). **(Cuadro N°5)**

Con respecto a los antecedentes de lactancias maternas en las mujeres, el número de mujeres que si dieron Lactancia Materna fue de 75.3% (216), el número de mujeres que no dieron lactancia materna fue de 24.7% (71). **(Cuadro N°6)**

El tiempo de lactancia exclusiva en los recién nacidos hasta los 6 meses fue de 66.2% (143), el tiempo de lactancia exclusiva de los 6 a 9 meses fue de 17.1% (37), el tiempo de lactancia exclusiva de los 9 a los 12 meses fue de 12.5% (27) y el tiempo de lactancia exclusiva en los bebes mayores de 12 meses fue de 4.2% (9). **(Cuadro N°7)**

En relación a nivel de prácticas en las mujeres, El nivel de practica buena en las mujeres fue de 9.1% (26), el nivel de practica regula en las mujeres fue de 22.3% (64) y el nivel de practica mala en las mujeres fue de 68.6% (197). **(Cuadro N°8)**



Las razones por las que no realizaron lactancia materna las mujeres corresponden por poca cantidad a 74.6% (53), las mujeres que no realizaron lactancia materna por ir a trabajar fue de 85.9% (61), las mujeres que no realizaron lactancia materna por introducir otras leches fue de 66.2% (47) y las mujeres que no realizaron lactancia materna porque el niño la rechazó fue de 93% (66). **(Cuadro N°9)**

Con respecto a la información sobre lactancia materna, El número de mujeres que sí recibió información sobre la lactancia materna fue de 84.7% (243), el número de mujeres que no recibió información sobre la lactancia materna fue de 15.3% (44).

El número de mujeres que recibieron información de parte de sus madres fue de 75.3% (216), el número de mujeres que recibieron información de parte de sus brigadista fue de 64.8% (186), el número de mujeres que recibieron información de parte de su personal de salud fue de 42.2% (121), el número de mujeres que recibieron información de parte de sus maestros fue de 40.4 (116), el número de mujeres que recibieron información de parte de sus familiares fue de 34.5% (99).

El número de mujeres que su fuente de información era la casa fue de 76.3% (219), el número de mujeres que su fuente de información era la calle fue de 70.0% (201), el número de mujeres que su fuente de información era la escuela fue de 60.3% (173), el número de mujeres que su fuente de información era del centro de salud fue de 58.5% (168), el número de mujeres que su fuente información era de farmacias fue de 33.1% (95) y el número de mujeres que su información era de folletos fue de 27.5% (79).

El número de mujeres que le explicaron con un lenguaje sencillo la información brindada fue de 86.8% (249) y el número de mujeres que no entendían la información brindada fue de 13.2% (38). **(Cuadro N°10)**

En relación con las características Sociodemográficas versus Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna en las mujeres, Las mujeres entre la edad de 15-2 años versus su nivel bueno de conocimiento sobre lactancia materna fue de 79.0% (169), versus su nivel regular de conocimiento sobre lactancia materna fue de 12.1% (26), versus su nivel malo de conocimiento sobre lactancia materna fue de 8.9% (19).

Las mujeres entre la edad de 27-38 años versus su buen nivel de conocimiento acerca de la lactancia materna fue de 45.3% (29), versus su regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 28.1% (18), versus su mal nivel de conocimiento sobre la lactancia materna fue de



26.6% (17). Las mujeres entre la edad de 39-49 años versus su buen nivel de conocimiento acerca de la lactancia materna fue de 55.6% (5), versus su regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 22.2% (2), versus su mal nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 22.2% (2). El número de mujeres solteras versus un buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 57.0% (45), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 15.2% (12), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 27.8% (22).

El número de mujeres casadas versus un buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 52.5% (31), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 32.2% (19), versus un mal conocimiento de lactancia materna fue de 15.3% (9).

El número de mujeres acompañadas versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia fue de 85.2% (127), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 10.1% (15), versus su mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 4.7% (7)-

El número de mujeres con un hijo versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 79.7% (114), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 11.9% (17), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 8.4% (12).

El número de mujeres con dos hijos versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 63.2% (43), versus su regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 26.5% (18), versus su mal conocimiento sobre lactancia materna 10.3% (7).

El número de mujeres con tres hijos versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 57.1% (28), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 12.3% (6), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 30.6% (15).

El número de mujeres con más de tres hijos versus su nivel bueno de conocimiento sobre lactancia materna fue de 66.7% (18), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 18.5% (5), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 14.8% (4). El

número de mujeres de religión católica con un buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 83.4% (136), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 12.3% (20), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 4.3% (7). El número

de mujeres de religión evangélica versus un buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 44,6% (41), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 23.9% (22), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 31.5% (29). El

número de mujeres con otra religión versus su buen nivel de conocimiento fue de 81.3% (26),



versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 12,5% (4), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 6.2% (2).

El número de mujeres de procedencia urbana versus su buen nivel de Conocimiento sobre lactancia materna fue de 78.7% (185), versus su regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 13.2% (31), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 8.1% (19).

El número de mujeres de procedencia rural versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 34.6% (18), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna 28.9% (15), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna 36.5% (19).

El número de mujeres con una escolaridad de primaria versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 59.0% (46), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna 24,3% (19), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna 16.7% (13). El

número de mujeres con una escolaridad de secundaria versus un buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 75.8% (113), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna 11.4% (17), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 12,8% (19).

El número de mujeres con una escolaridad técnica versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 75.0% (4), versus su regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 18.8% (6), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 6.2% (2).

El número de mujeres con una escolaridad universitaria versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 71.4% (20), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna 14.3% (4), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 14.33% (4). El

número de mujeres con una ocupación estudiantil versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 74.7% (124), versus un nivel regular de conocimiento sobre lactancia materna 16,3% (27), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna 9.0% (15). El

número de mujeres con la ocupación de ama de casas versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 59.7% (37), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 9.7% (6), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 30.6% (19).

El número de mujeres con una ocupación de trabajadora versus su buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna fue de 71.2% (42), versus un regular conocimiento sobre lactancia materna fue de 22.0% (13), versus un mal conocimiento sobre lactancia materna fue de 6.8% (4). **(Cuadro N°11)**



Con respecto a las características Sociodemográficas versus Nivel de Actitudes que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres, El número de mujeres entre 15-26 años versus un nivel favorable sobre lactancia materna fue de 67.7% (145), versus un nivel indeciso sobre lactancia materna fue de 17.3% (37), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 15.0% (32). El número de mujeres entre los 27-38 años versus un nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 60.9% (39), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 25.0% (16), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 14.1% (9).

El número de mujeres entre los 39-49 años versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 55.6% (5), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 22.2% (2), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 22.2% (2).

El número de mujeres solteras versus un nivel favorable de Conocimiento sobre lactancia materna fue de 41.8% (33), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 31.6% (25), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 26.6% (21). El número de mujeres casadas versus su nivel favorable de Conocimiento sobre lactancia materna fue de 49.2% (29), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 30.5% (18), versus un nivel desfavorable de Conocimiento sobre lactancia materna fue de 20.3% (12). El número de mujeres acompañadas versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 85.2% (127), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 8.1% (12), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 6.7% (10). El número de mujeres con un solo hijo versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 79.7% (114), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 11.2% (16), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 9.1% (13).

El número de mujeres con 2 hijos versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 56.9% (33), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 32.8% (19), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 27.6% (16). El número de mujeres con 3 hijos versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 51.0% (25), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 28.6% (14), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 20.4% (10).



El número de mujeres con más de 3 hijos versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 63.0% (17), sobre un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 22.2% (6), sobre un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 14.8% (4). El número de mujeres de religión católica versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 77.3% (126), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 15.3% (25), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 7.4% (12).

El número de mujeres de religión evangélica versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 50.0% (46), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 22.8% (21), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 27.2% (25).

El número de mujeres con otra religión versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 53.1% (17), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 28.1% (9), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 18.8% (6). El número de mujeres de procedencia urbana versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 68.5% (161), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 17.4% (41), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 14.0% (33).

El número de mujeres de procedencia urbana versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 53.9% (28), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 26.9% (14), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 19.2% (10). El número de mujeres con escolaridad primaria versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 42.3% (33), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 25.6% (20), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 32.1% (25).

El número de mujeres con escolaridad secundaria versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 80.5% (120), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 14.8% (22), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna 4.7% (7). El número de mujeres con escolaridad técnica versus su nivel de conocimiento favorable sobre lactancia materna fue de 59.4% (19), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 21.9% (7), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 18.7% (6).



El número de mujeres con escolaridad universitaria versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 60.7% (17), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 21.4% (6), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 17.9% (5).

El número de mujeres con una ocupación estudiantil versus su nivel de conocimiento favorable fue de 77.2% (128), versus su nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 12.0% (20), versus su nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 10.8% (18). El número de mujeres con la ocupación de ama de casa versus un nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 54.8% (34), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna 32.7% (17), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 21.2% (11).

El número de mujeres con una ocupación de trabajadora versus su nivel favorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 45.8% (27), versus un nivel indeciso de conocimiento sobre lactancia materna fue de 30.5% (18), versus un nivel desfavorable de conocimiento sobre lactancia materna fue de 23.7% (14). **(Cuadro N°12)**

En relación con las características Sociodemográficas versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres, El número de mujeres entre los 15-26 años versus su buen nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 9.3% (20), versus su nivel regular sobre la lactancia materna fue de 14.5% (31), versus su mal nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 76.2% (163). El número de mujeres en los 27-38 años versus su buen nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 6.2% (4), versus su regular nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 46.9% (30), versus su mal nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 46.9% (30). El número de mujeres entre los 39-49 años versus su buen nivel práctico sobre la lactancia materna fue de 22.2% (2), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 33.3% (3), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 44.5% (4).

El número de mujeres solteras versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 13.9% (11), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 31.7% (25), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 54.4% (43).



El número de mujeres casadas versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 8.5% (5), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 13.5% (8), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 78.0% (46).

El número de mujeres acompañadas versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 6.7% (10), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 20.8% (31), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 72.5% (108).

El número de mujeres con un solo hijo versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 6.3% (9), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 18.2% (26), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 75.5% (108).

El número de mujeres con 2 hijos versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 13.2% (9), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 23.6% (16), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 63.2% (43).

El número de mujeres con 3 hijos versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 14.3% (7), versus un regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 28.6% (14), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 57.1% (28).

El número de mujeres con más de tres hijos versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 3.7% (1), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 28.6% (8), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 66.7% (18).

El número de mujeres con una religión católica versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 7.4% (12), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 14.7% (24), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 77.9% (127).

El número de mujeres con una religión evangélica versus su buen nivel práctico de lactancia materna fue de 10.9% (10), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 39.1% (36), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 50.0% (46).

El número de mujeres con otra religión versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 12.5% (4), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 12.5% (4), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 75.0% (24).

El número de mujeres con procedencia urbana versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 8.5% (20), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna 21.7% (51), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 69.8% (164).



El número de mujeres con procedencia rural versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 11.5% (6), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 35.0% (13), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 63.5% (33).

El número de mujeres con escolaridad primaria versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 7.7% (6), versus su regular nivel sobre lactancia materna fue de 39.7% (31), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 52.6% (41).

El número de mujeres con escolaridad secundaria versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 8.1% (12), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 14.1% (21), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 77.8% (116).

El número de mujeres con escolaridad técnica versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 9.4% (3), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 15.6% (5), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 75.0% (24).

El número de mujeres con escolaridad universitaria versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 17.9% (5), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 25.0% (7), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 57.1% (16).

El número de mujeres con una ocupación estudiantil versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 7.8% (13), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 20.5% (34), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 71.7% (119).

El número de mujeres con la ocupación de ama de casa versus su buen nivel de lactancia materna fue de 8.1% (5), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 27.4% (17), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 64,5% (40).

El número de mujeres con una ocupación trabajadora versus su buen nivel práctico sobre lactancia materna fue de 13.6% (8), versus su regular nivel práctico sobre lactancia materna fue de 22.9% (13), versus su mal nivel práctico sobre lactancia materna fue de 64.4% (38).

**(Cuadro N°13)**

Con respecto al nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres, El nivel de conocimiento bueno versus el nivel favorable de actitud fue de 79.3% (161), versus el nivel indeciso 14.8% (30), versus el nivel desfavorable de actitud fue de 5.9% (12).

El nivel de conocimiento regular versus el nivel favorable de actitud fue de 17.4% (8), versus el nivel indeciso 32.6% (15), versus el nivel desfavorable fue de 50.0% (23).



El nivel de conocimiento malo versus el nivel favorable de actitud fue de 52.6% (20), versus el nivel indeciso fue de 26.3% (10), versus el nivel desfavorable 21.1% (8). **(Cuadro N°14)**

En relación al Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres, el nivel de conocimiento bueno versus el nivel bueno de practica fue de 5.4% (11), versus el nivel regular de practica fue de 11.8% (24), versus el nivel malo de practica fue de 82.2% (168).

El nivel de conocimiento regular versus el nivel bueno de practica fue de 17.4% (8), versus el nivel regular de practica fue de 58.7% (27), versus el nivel malo de practica fue de 23.9% (11). El nivel de conocimiento malo versus el nivel bueno de practica fue de 18.4% (7), versus el nivel regular de practica fue de 34.2% (13), versus el nivel malo fue de 47.4% (18).

**(Cuadro N°15)**



## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

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

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

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

Más del 80% de las mujeres estudiadas tenían procedencia urbana, este dato importante es un factor relevante para la Lactancia Materna en Nicaragua, ya que las mujeres del área rural tienen una práctica más continua y segura de la Lactancia Materna en comparación a las mujeres ubicadas en la región urbana. Factores como el tipo de trabajo y el horario del mismo influyen directamente en el proceso de separación temprana de la madre hacia su hijo, además de las distancias que tiene que recorrer para dar cada tetada de acuerdo al horario, aunque en su mayoría los empresarios, son proactivos de la ley dándoles el tiempo de acuerdo a la misma para la realización de la lactancia materna.

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



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

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

El reto de las políticas de Lactancia Materna, consiste en lograr no sólo un aumento de la población infantil que reciba alguna vez la Lactancia Materna, sino lograr mantenerla, lo cual es un desafío también para las familias, ya que existen diversos factores causales que impiden que este propósito se lleve a cabo. Las investigaciones muestran que la duración de LME se asocia al conocimiento de la LM, con la edad y las horas de trabajo de la madre.

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

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

Se ha encontrado que la preocupación de la madre por la producción insuficiente de leche es un factor que incide en la corta duración de la Lactancia Materna. El trabajo siempre ha jugado un factor determinante en el tiempo de amamantamiento de la mujer y ha sido referido



en otros estudios nacionales e internacionales, sin embargo el factor laboral que incide en la práctica de Lactancia Materna es la ausencia de facilidades para lactar. Otros factores son el nivel educativo de la madre, el nivel socioeconómico de las familias y asistencia a control prenatal. La inclusión de otros alimentos, incluido las fórmulas lácteas también es una causa determinante en el abandono de la Lactancia Materna.

En el presente estudio las actitudes de las mujeres fueron en su mayoría favorables hacia la realización de la lactancia materna, ya que se ha establecido que la misma es influenciada por múltiples factores tanto biológicos psicológicos y sociales y su éxito va a depender de dos factores cruciales: la primera es la motivación de la madre de amamantar a su hijo que está relacionada con las actitudes y creencias de la mujer y su nivel de información, el apoyo que reciben de familiares y amigos, sus planes de trabajo y sus experiencias previas de lactancia y la segunda es la provisión de leche que está vinculada con la frecuencia del amamantamiento, el vigor de succión, el reflejo de flujo de leche y el uso de anticonceptivos hormonales.

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

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

La Lactancia Materna es la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La desinformación o la información incorrecta respecto del amamantamiento puesta de manifiesto en los resultados llevan implícito el riesgo de morbilidad neonatal e infantil. La alimentación del recién nacido librada a las habilidades intuitivas de la madre o de sus familiares necesita apoyo profesional. Por lo que



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



## CONCLUSIONES

- Predominaron las Mujeres de 15 -26 años, Acompañadas, en su mayoría Estudiantes, con nivel educativo de secundaria, con un solo hijo, de religión Católica y de Procedencia Urbana.
- El Nivel de Conocimiento de las mujeres fue Bueno en un 70.7%
- El 84.7% de las Mujeres había recibido información sobre Lactancia Materna, proporcionada en su mayoría por la madre, dentro del ambiente familiar, utilizándose un lenguaje sencillo para la comunicación.
- La actitud fue favorable en la mayoría del grupo de estudio, mostrado principalmente en el tiempo que debe de darse Lactancia Materna al niño.
- La práctica fue mala, encontrando que a pesar de que la mayoría cuenta con información, no realiza prácticas de Lactancia Materna, relacionado sobre todo a factores culturales y laborales.



## RECOMENDACIONES

- 1.- El Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de la Familia, ONGs, los miembros de la familia nicaragüense, tienen que aprovechar cada uno de los espacios de participación de las mujeres, con el objetivo de brindarles información oportuna y actualizada sobre lactancia materna, que fortalezcan la difusión del tema de forma continua, haciendo énfasis en los beneficios dirigidos hacia los niños y niñas.
- 2.- Impulsar Intervenciones para garantizar que todas las Instituciones del Estado, con respaldo de la Empresa Privada logren desarrollar los beneficios legales que protegen al binomio Madre-Hijo para garantizar una buena práctica de Lactancia Materna.
- 3.- Reforzar las redes comunitarias, para que transmitan información referente a los derechos de Amamantamiento que tienen las mujeres en los ámbitos laborales y sociales, el marco de leyes que la protegen, integrando a los maestros de los centros escolares, grupos religiosos, ONGs y líderes comunitario, motivando la incorporación del núcleo familiar como estrategia para fortalecer una buena práctica de Lactancia Materna exclusiva en cada uno de sus miembros.
- 4.- Fomentar a través de los medios de comunicación, programas dirigidos a aclarar las dudas, originadas a partir de los mitos y tabúes, asociados a factores socioculturales en las Mujeres Nicaragüenses, consolidando un conocimiento actualizado y mejorando la práctica de la Lactancia Materna.
- 5.- Desarrollar locales donde las mujeres puedan informarse sobre la temática de Lactancia Materna, durante todo el año, teniendo acceso a una información objetiva, actualizada y real sobre la misma.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaya Medina, J. A. (2012). practica de lactancia materna, en la unidad de salud san miguel Anexa.
- Autores, V. (2009-2018). Agenda de salud de Centroamerica y Republica Dominicana.
- Br. Ivette Eulalia Selva Gómez, B. R. (2005). Conocimientos, Practicas y Actitudes de Lactancia Materna en madres con niños menores de 6 meses. Monografía Karawala y Rio grande.
- Centeno, L. H. (2009-2010). Factores Socioculturales y Laborales que influyen en el Abandono de la Lactancia Materna exclusiva.
- Concepción Batres, U. (2012). Factores socioculturales presentes en el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en la unidad cunitaria de salud familiar y especializada.
- Cyntia Roxana Zimmermann, S. M. (2010). CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS EN LA CIUDAD DE RESISTENCIA. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina., PP4.
- DELGADO, L. R. (2009). CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS EN LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN LUIS. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, PP51.
- Ecuador, U. H. (2012). Lactancia Materna, 4-8.
- Edna Magaly Gamboa D, N. L. (2005). Conocimientos, actitudes y practicas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fertil en el asentamiento las Marias. Lactancia Materna municipio de Giron.
- Edna Magaly Gamboa D., N. L. (2008). CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADOS CON LACTANCIA MATERNA EN MUEJERES EN EDAD FERTIL EN UNA POBLACION VULNERABLE. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander (UIS), Escuela de Nutricion y Dietetica, UIS. COLOMBIA , 1-17 .



- Ferro sosa, M. M. (2005). nivel de conocimiento en la lactancia materna y su relacion con factores socio culturales en puerperas deL IEMP. Facultad de medicina humana E.A.P de Obstetricia, ppg 51.
- Flor Elena Aznar, S. S. (2007). EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA. Comision de Lactancia Materna. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría., 5.
- Grupo de trabajadores de lactancia materna integrado en el proceso de embarazo, p. y. (2011). Lactancia Materna integrada en el Embarazo,Parto y Puerperio.
- Gustavo A. Cabrera A., J. C. (2003). Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca,Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 21, núm. 1,Universidad de Antioquia, Colombia, pp16.
- Josefa Aguayo Maldonado, P. S. (2000). lactancia materna, 4-12.
- LACTANCIA MATER. (2000). SOC. ESP PEDIAT, 30-31.
- Lawrence, R. (1996). La Lactancia Materna una guía para profesión Medica.
- Lcón Cava N, L. C. (2002). cuantificacion de lo beneficios de la lactancia materna. Evidencia Washington , Organizacion Panamericana de la Salud.
- Lic. Antonia E. Gutiérrez Gutiérrez, L. D. (2001). NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA. Rev Cubana Enfermer, ppg 1-5.
- Linkage. (2012). Cuantificacion de los beneficios de la Lactancia Materna. Programa de Alimentacion y nutricion, direccion de promocion y proteccion de la salud.
- M.D., I. T. (2010. ). CONOCIMIENTO, ACTITUDES, PRACTICAS SOBRE EL PAPANICOLAOU EN LAS USUARIAS EXTERNAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD ROGER OSORIO, MUNICIPIO DE MANAGUA, 4-28.
- Mario Delgado Noguera, J. J. (2004). CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE CONDUCTAS OPTIMAS DE LACTANCIA. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, PP9.



- Mexicano, M. d. (1999). norma para la atencion en la salud del niño. normativa oficial mexicana -031 .
- MINSA. (2010). Manual Lactancia Materna. Normativa-060.
- Navarro, w. C. (2011). Lactancia materna y sus propiedades microbio inmunologicas. Cuerpo Medico HNAAA.
- Nicaragua, M. d. (2010). Maual de atencion de lactancia materna , 5-7.
- Nicaragua, U. (2006). Iniciativa de las unidades de salud amigas de la Niñez y de la Madre. Proyecto de garantia de calidad y el fondo de las Naciones Unidas.
- Nutricion, d. d. (1999). Norma de Lactancia materna en Atencion Primaria.
- Organizacion Mundial de la salud, O. P. (2010). La Alimentacion del lactante y del niño pequeño. libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud.
- pediatria, C. d. (2012). Lactancia materna Guia para profesionales , 30-31.
- Rodriguez Faride, B. R. (2006). Conocimientos, actitudes y prácticas del personal multidisciplinario de salud y la promoción realizada a las madres con respecto a la lactancia materna en dos maternidades . 3-9.
- Veramendi-Espinoza LE, Z.-T. J.-S.-S. (2012). CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES EN NIÑOS DE COMUNIDAD RURAL PERUANA Y SU ASOCIACION CON LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana., PPG 8.
- Xiomara Hernández, B. V. (2010). Manual de Lactancia Materna para la Atención Primaria. Direccion General de Regulacion Sanitaria,Managua, MINSA.



Universidad Nacional de Tucumán

Facultad de Ciencias Médicas

Residencia de Pediatría

## ANEXOS

El presente trabajo es parte de un estudio que se realizó en Tucumán y cuyo objetivo principal fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres en edad fértil (15-45 años) que se encuentran en la zona de influencia del Hospital General de Tucumán. El estudio se realizó en el Hospital General de Tucumán, en el año 2012. Los resultados de este estudio se presentan en los anexos que se encuentran al final de este trabajo.

### ANEXOS

1. Hoja de consentimiento

2. Hoja de consentimiento

3. Hoja de consentimiento

4. Hoja de consentimiento

5. Hoja de consentimiento

6. Hoja de consentimiento

7. Hoja de consentimiento

8. Hoja de consentimiento

9. Hoja de consentimiento

10. Hoja de consentimiento

11. Hoja de consentimiento

12. Hoja de consentimiento

13. Hoja de consentimiento

14. Hoja de consentimiento

15. Hoja de consentimiento

16. Hoja de consentimiento

17. Hoja de consentimiento

18. Hoja de consentimiento

# ANEXOS



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

La presente encuesta es para valorar los conocimientos actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que se encuentran en la sala de puerperio del servicio de ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1 de agosto al 31 de octubre del 2015. Sus respuestas serán utilizadas únicamente para efectos del estudio y su información será confidencial, de forma que usted responda con toda confianza a las preguntas que se le realizarán:

**I. DATOS GENERALES**

1. Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_ Años
3. N° de hijos vivos \_\_\_\_\_
4. Nivel de Escolaridad:
  - Universitario ( )
  - Secundaria ( )
  - Primaria ( )
  - Ninguno ( )
5. Estado civil:
  - Casada ( )
  - Acompañada ( )
  - Soltera ( )
6. Ocupación
  - Estudiante ( )
  - Ama de Casa ( )
  - Trabajadora ( )
  - Desempleada ( )
7. Número de Controles Prenatales (CPN): \_\_\_\_\_



## II. DATOS ESPECÍFICOS

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

CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

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



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

### INSTRUCCIONES:

En cada uno de los siguientes enunciados marque con una equis según lo que considere:

Nº	PROPOSICIONES	DA	I	DS
1	Durante los 6 primeros meses de vida, él bebe debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente			
2	La leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebe que la leche materna.			
3	La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo.			
4	La madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.			
5	La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.			
6	Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.			
7	La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia.			
8	El bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace.			
9	Dar de mamar al bebé es doloroso.			
10	Un ambiente tranquilo y agradable no es importante para dar de lactar			
11	La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre			
12	No todas las mamas tienen suficiente leche para dar de lactar.			
13	La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.			
14	El bebé, cuando toma el pecho de su madre, recibe amor seguridad y afecto.			
15	El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche.			
16	A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo			
17	El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, de la madre interfiere con la lactancia materna.			
18	Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y Conservarla en la refrigeradora.			

DA = De acuerdo I = Indiferente (le da igual) ED = En desacuerdo



## PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

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

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

Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

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

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

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

Nº	PROPOSICIONES	SI	NO
1	Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebé		
2	Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados		
3	Coloca la cabeza del bebe en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera		
4	Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial		
5	Acerca al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen		
6	Introduce el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente		
7	Los labios del bebe permanecen evertidos (boca de pescado)		
8	Permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos		
9	Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial.		

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### TEMA DEL ESTUDIO:

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL (15-49 AÑOS) QUE SE ENCUENTRAN EN LA SALA DE PUERPERIO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL AMISTAD JAPON-NICARAGUA, DEL DEPARTAMENTO DE GRANADA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE AGOSTO AL 31 DE OCTUBRE DEL 2015.

AUTORES: BRA. DELIA BEATRIZ CHAVARRÍA MERCADO.  
BRA. WUENDY MASSIEL ZEPEDA LARA

### PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Evaluar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que se encuentran en la sala de puerperio del servicio de ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1 de agosto al 31 de octubre del 2015, dicha información será empleada en la realización de tesis monográfica, y podrá ser utilizada como referencia para la toma de decisiones y la elaboración de programas o campañas educativas y de promoción sobre Lactancia Materna.

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

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

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

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



CUADRO N° 1

Características Sociodemográficas de las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, En el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

Características Sociodemográficas	Numero	%
<b>Edad</b>		
15-26 años	214	74.6%
27-38 años	64	22.3%
39-49 años	9	3.1%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	79	27.5%
Casada	59	20.6%
Acompañada	149	51.9%
<b>Número de Hijos</b>		
Uno	143	49.8%
Dos	68	23.7%
Tres	49	17.1%
Más de 3	27	9.4%
<b>Religión</b>		
Católico	163	56.8%
Evangélico	92	32.1%
Otro	32	11.1%
<b>Procedencia</b>		
Urbano	235	82.0%
Rural	52	18.0%
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	78	27.2%
Secundaria	149	51.9%
Técnica	32	11.1%
Universidad	28	9.8%
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	166	57.8%
Ama de casa	62	21.6%
Trabajadora	59	20.6%

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 2

Conocimientos acerca de Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, En el periodo del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

Conocimientos sobre Lactancia Materna	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
¿Crees que es importante dar de mamar a los niños?	272	94.8%	5	1.7%	10	3.5%
¿Conoces los beneficios de dar de mamar?	231	80.5%	41	14.3%	15	5.2%
La lactancia materna exclusiva no debe prolongarse más de 6 meses.	111	38.7%	148	51.6%	28	9.7%
El niño debe recibir lactancia cada vez que desee.	187	65.2%	59	20.6%	41	14.2%
Todas las mujeres están preparadas para dar de Lactar a sus bebés.	225	78.4%	31	10.8%	31	10.8%
La preparación de los pezones facilita la lactancia.	228	79.4%	28	9.8%	31	10.8%
La lactancia materna no ayuda a prevenir el cáncer de mama.	159	55.4%	116	40.4%	12	4.2%
La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades	204	71.1%	46	16.0%	37	12.9%
Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón	113	39.4%	52	18.1%	122	42.5%
La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo	224	78.0%	11	3.8%	52	18.2%
Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe	185	64.5%	76	26.5%	26	9.0%
La leche materna está libre de microbios	179	62.4%	58	20.2%	50	17.4%
La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo.	65	22.6%	189	65.9%	33	11.5%
Hay que comer el doble para poder dar de mamar.	214	74.6%	56	19.5%	17	5.9%
Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar	183	63.7%	84	29.3%	20	7.0%
La succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre.	77	26.8%	181	63.1%	29	10.1%
La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmediatamente al parto.	87	30.3%	191	66.6%	9	3.1%

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 3

Nivel de Conocimientos en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, En el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287		
Nivel de Conocimiento	N°	%
Buena	203	70.7%
Regular	46	16.0%
Mala	38	13.3%

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 4

Actitud hacia la Lactancia Materna que tienen las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, En el periodo 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

Proposiciones	A		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
Durante los 6 primeros meses de vida, él bebe debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente	169	58.9%	76	26.5%	42	14.6%
La leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebe que la leche materna.	55	19.2%	42	14.6%	190	66.2%
La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo.	137	47.7%	88	30.7%	62	21.6%
La madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.	168	58.5%	66	23.0%	53	18.5%
La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.	90	31.4%	23	8.0%	174	60.6%
Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.	226	78.7%	11	3.8%	50	17.5%
La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia.	197	68.6%	22	7.7%	68	23.7%
El bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace.	256	89.2%	9	3.1%	22	7.7%
Dar de mamar al bebé es doloroso.	101	35.2%	5	1.7%	181	63.1%
Un ambiente tranquilo y agradable no es importante para dar de lactar	26	9.1%	46	16.0%	215	74.9%
La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre	177	61.7%	62	21.6%	48	16.7%
No todas las mamás tienen suficiente leche para dar de lactar.	198	69.0%	61	21.3%	28	9.7%
La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.	164	57.2%	8	2.8%	115	54.0%
El bebé, cuando toma el pecho de su madre, recibe amor seguridad y afecto.	226	78.8%	56	19.5%	5	1.7%
El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche.	183	63.8%	16	5.6%	88	30.6%
A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo	173	60.3%	35	12.2%	79	27.5%
El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, de la madre interfiere con la lactancia materna.	223	77.7%	21	7.3%	43	15.0%
Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y conservarla en la refrigeradora.	187	65.2%	9	3.1%	91	31.7%

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



CUADRO N° 5

Nivel de Actitud en las mujeres de Edad Fértil, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, En el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

Nivel de Actitud ante el PAP	N°	%
Favorable	189	65.9%
Indeciso	55	19.2%
Desfavorable	43	14.9%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 6

Antecedentes de Lactancia Materna en las mujeres que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada. En el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

¿Usted ha Dado Lactancia Materna?	N°	%
SI	216	75.3%
NO	71	24.7%

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 7

Tiempo de Lactancia Materna Exclusiva, en las mujeres de que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, En el periodo del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 216

Tiempo de Lactancia Materna Exclusiva (LME)	N°	%
Recién Nacido a 6 meses	143	66.2%
6 a 9 meses	37	17.1%
9 meses a 12 meses	27	12.5%
Mayor a 12 meses	9	4.2%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 8

Nivel de Prácticas en las mujeres que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, En el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	26	9.1%
Regular	64	22.3%
Mala	197	68.6%

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 9

Razones por las cuales NO realizaron Lactancia Materna las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, En el periodo 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 71

Razones de NO realización de Lactancia Materna(*)	N°	%
Poca Cantidad	53	74.6%
Por comenzar a trabajar	61	85.9%
Por introducir otras leches	47	66.2%
Porque mi niño la rechazó	66	93.0%

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

CUADRO N° 10

Características de la Información sobre Lactancia Materna en las mujeres que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada. En el periodo 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

Característica de la Información	Numero	%
<b>Recibió información sobre Lactancia Materna</b>		
Si	243	84.7%
No	44	15.3%
<b>Persona que dio información(*)</b>		
Madre	216	75.3%
Brigadistas	186	64.8%
Personal de salud	121	42.2%
Maestros	116	40.4%
Familiares	99	34.5%
<b>Fuente de información(*)</b>		
Casa	219	76.3%
Calle	201	70.0%
Escuela	173	60.3%
Centro de salud	168	58.5%
Farmacias	95	33.1%
Folleto	79	27.5%
<b>Opinión de la explicación brindada</b>		
Me explicaron con lenguaje sencillo.	249	86.8%
No entiendo lo que me explican.	38	13.2%

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



CUADRO N° 11

Características Sociodemográficas versus Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna en las mujeres que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, En el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

Características sociodemográficas	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad</b>						
15-26 años	169	79.0%	26	12.1%	19	8.9%
27-38 años	29	45.3%	18	28.1%	17	26.6%
39-49 años	5	55.6%	2	22.2%	2	22.2%
<b>Estado civil</b>						
Soltera	45	57.0%	12	15.2%	22	27.8%
Casada	31	52.5%	19	32.2%	9	15.3%
Acompañada	127	85.2%	15	10.1%	7	4.7%
<b>Número de Hijos</b>						
Uno	114	79.7%	17	11.9%	12	8.4%
Dos	43	63.2%	18	26.5%	7	10.3%
Tres	28	57.1%	6	12.3%	15	30.6%
Más de 3	18	66.7%	5	18.5%	4	14.8%
<b>Religión</b>						
Católico	136	83.4%	20	12.3%	7	4.3%
Evangélico	41	44.6%	22	23.9%	29	31.5%
Otro	26	81.3%	4	12.5%	2	6.2%
<b>Procedencia</b>						
Urbano	185	78.7%	31	13.2%	19	8.1%
Rural	18	34.6%	15	28.9%	19	36.5%
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	46	59.0%	19	24.3%	13	16.7%
Secundaria	113	75.8%	17	11.4%	19	12.8%
Técnica	24	75.0%	6	18.8%	2	6.2%
Universidad	20	71.4%	4	14.3%	4	14.3%
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	124	74.7%	27	16.3%	15	9.0%
Ama de casa	37	59.7%	6	9.7%	19	30.6%
Trabajadora	42	71.2%	13	22.0%	4	6.8%

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 12

Características Sociodemográficas versus Nivel de Actitudes que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

Características Sociodemográficas	ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDECISA		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad</b>						
15-26 años	145	67.7%	37	17.3%	32	15.0%
27-38 años	39	60.9%	16	25.0%	9	14.1%
39-49 años	5	55.6%	2	22.2%	2	22.2%
<b>Estado civil</b>						
Soltera	33	41.8%	25	31.6%	21	26.6%
Casada	29	49.2%	18	30.5%	12	20.3%
Acompañada	127	85.2%	12	8.1%	10	6.7%
<b>Número de Hijos</b>						
Uno	114	79.7%	16	11.2%	13	9.1%
Dos	33	56.9%	19	32.8%	16	27.6%
Tres	25	51.0%	14	28.6%	10	20.4%
Más de 3	17	63.0%	6	22.2%	4	14.8%
<b>Religión</b>						
Católico	126	77.3%	25	15.3%	12	7.4%
Evangélico	46	50.0%	21	22.8%	25	27.2%
Otro	17	53.1%	9	28.1%	6	18.8%
<b>Procedencia</b>						
Urbano	161	68.5%	41	17.4%	33	14.0%
Rural	28	53.9%	14	26.9%	10	19.2%
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	33	42.3%	20	25.6%	25	32.1%
Secundaria	120	80.5%	22	14.8%	7	4.7%
Técnica	19	59.4%	7	21.9%	6	18.7%
Universidad	17	60.7%	6	21.4%	5	17.9%
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	128	77.2%	20	12.0%	18	10.8%
Ama de casa	34	54.8%	17	32.7%	11	21.2%
Trabajadora	27	45.8%	18	30.5%	14	23.7%

Fuente: Encuesta.



CUADRO N ° 13

Características Sociodemográficas versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

Características Sociodemográficas	NIVEL DE PRÁCTICAS					
	Buena		Regular		Mala	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad</b>						
15-26 años	20	9.3%	31	14.5%	163	76.2%
27-38 años	4	6.2%	30	46.9%	30	46.9%
39-49 años	2	22.2%	3	33.3%	4	44.5%
<b>Estado civil</b>						
Soltera	11	13.9%	25	31.7%	43	54.4%
Casada	5	8.5%	8	13.5%	46	78.0%
Acompañada	10	6.7%	31	20.8%	108	72.5%
<b>Número de Hijos</b>						
Uno	9	6.3%	26	18.2%	108	75.5%
Dos	9	13.2%	16	23.6%	43	63.2%
Tres	7	14.3%	14	28.6%	28	57.1%
Más de 3	1	3.7%	8	29.6%	18	66.7%
<b>Religión</b>						
Católico	12	7.4%	24	14.7%	127	77.9%
Evangélico	10	10.9%	36	39.1%	46	50.0%
Otro	4	12.5%	4	12.5%	24	75.0%
<b>Procedencia</b>						
Urbano	20	8.5%	51	21.7%	164	69.8%
Rural	6	11.5%	13	25.0%	33	63.5%
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	6	7.7%	31	39.7%	41	52.6%
Secundaria	12	8.1%	21	14.1%	116	77.8%
Técnica	3	9.4%	5	15.6%	24	75.0%
Universidad	5	17.9%	7	25.0%	16	57.1%
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	13	7.8%	34	20.5%	119	71.7%
Ama de casa	5	8.1%	17	27.4%	40	64.5%
Trabajadora	8	13.6%	13	22.0%	38	64.4%

Fuente: Encuesta.



CUADRO N° 14

Nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ACTITUDES					
	FAVORABLE		INDECISO		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>BUENO</b>	161	79.3%	30	14.8%	12	5.9%
<b>REGULAR</b>	8	17.4%	15	32.6%	23	50.0%
<b>MALO</b>	20	52.6%	10	26.3%	8	21.1%

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 15

Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

n= 287

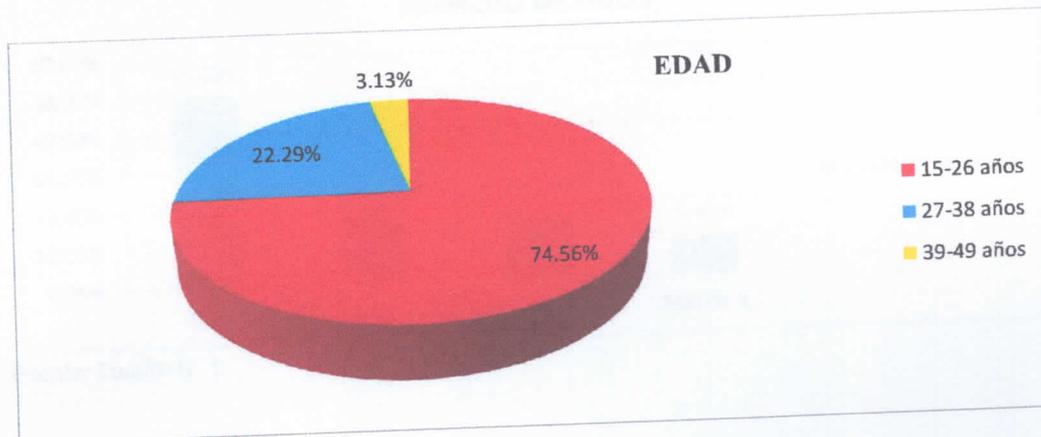
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRÁCTICAS					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>BUENO</b>	11	5.4%	24	11.8%	168	82.8%
<b>REGULAR</b>	8	17.4%	27	58.7%	11	23.9%
<b>MALO</b>	7	18.4%	13	34.2%	18	47.4%

Fuente: Encuesta.



**Gráfico N° 1**

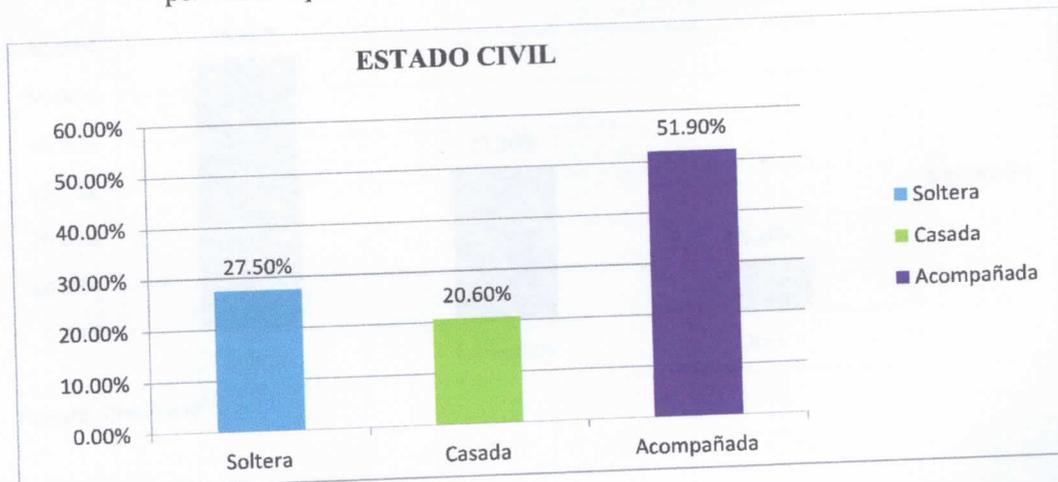
Edad de las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 1

**Gráfico N° 2**

Estado Civil de las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

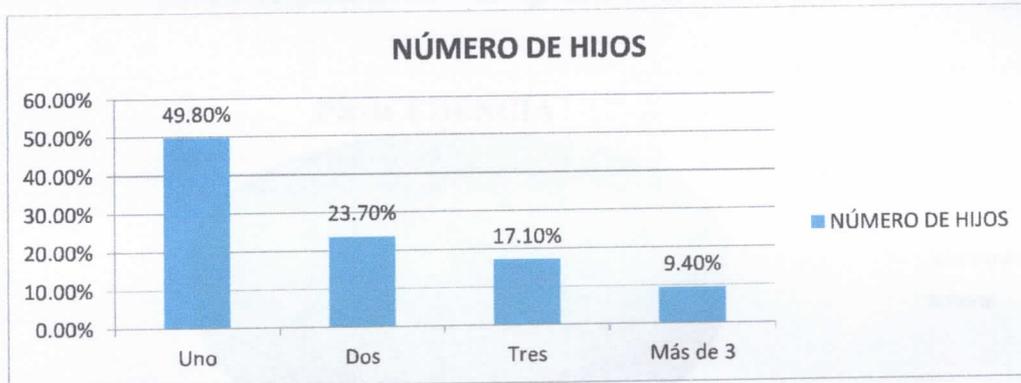


Fuente: Cuadro N° 1



**Gráfico N° 3**

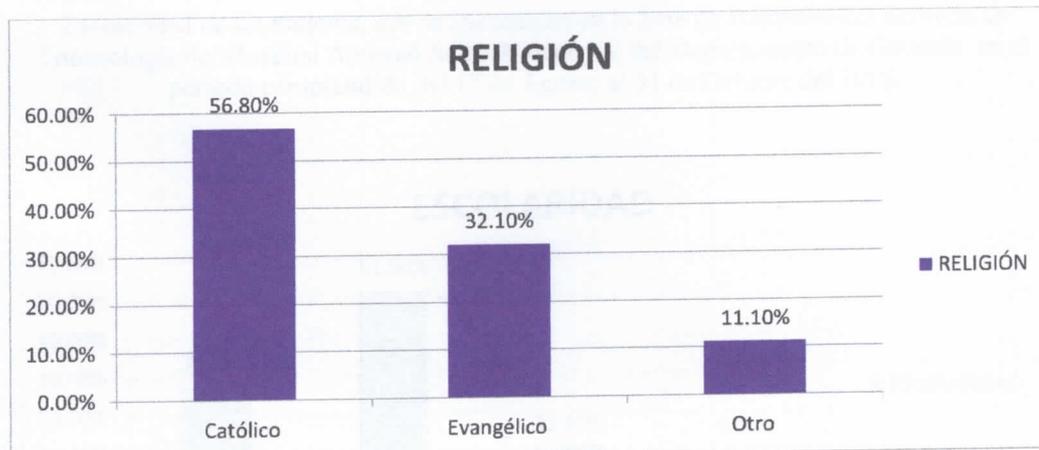
Número de Hijos de las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 1

**Gráfico N° 4**

Religión de las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

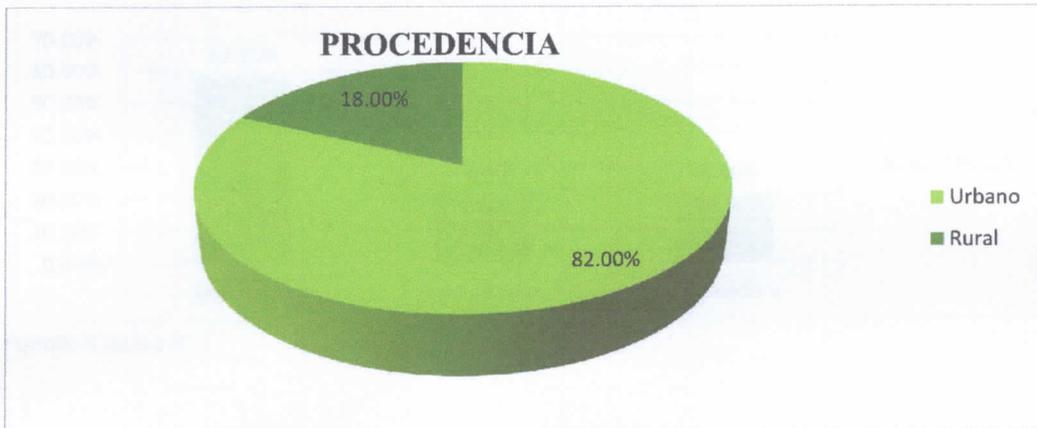


Fuente: Cuadro N° 1



**Gráfico N° 5**

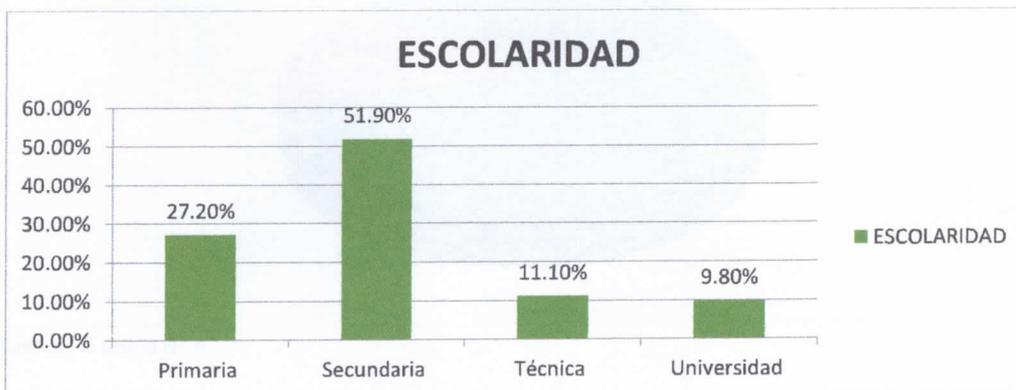
Procedencia de las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 1

**Gráfico N° 6**

Escolaridad de las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

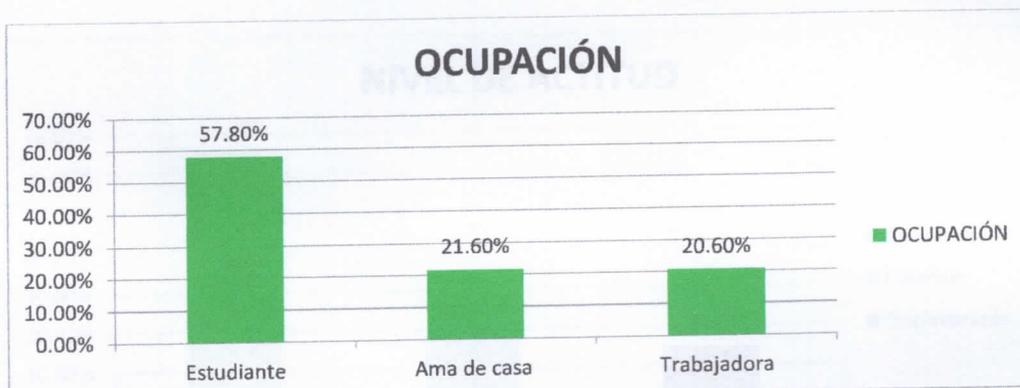


Fuente: Cuadro N° 1



**Gráfico N° 7**

Ocupación de las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 1

**Gráfico N° 8**

Nivel de Conocimientos de las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 3



**Gráfico N° 9**

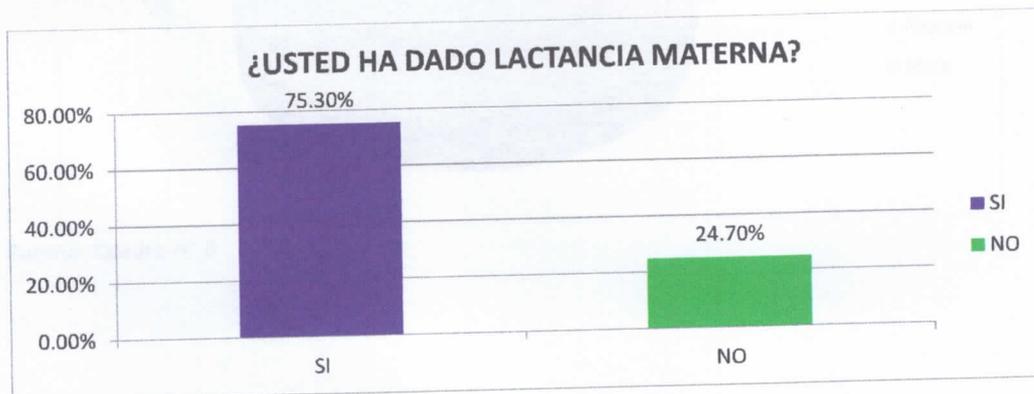
Nivel de Actitud de las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 5

**Gráfico N° 10**

Antecedentes de Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

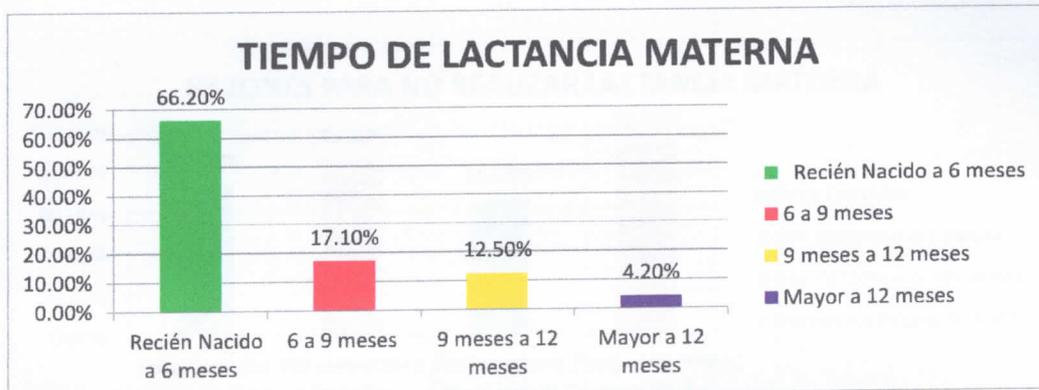


Fuente: Cuadro N° 6



**Gráfico N° 11**

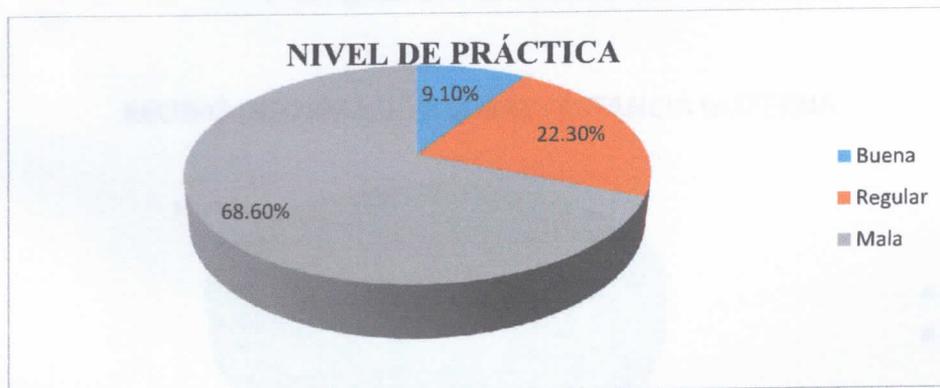
Tiempo de Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 7

**Gráfico N° 12**

Nivel de Práctica en las mujeres, que se encuentran en la Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

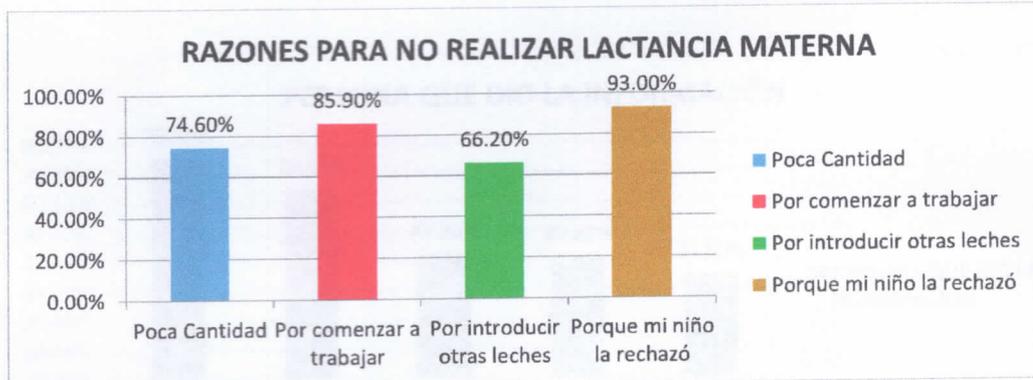


Fuente: Cuadro N° 8



**Gráfico N° 13**

Razones para NO Realizar Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 9

**Gráfico N° 14**

Antecedentes de Información sobre Lactancia Materna, en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

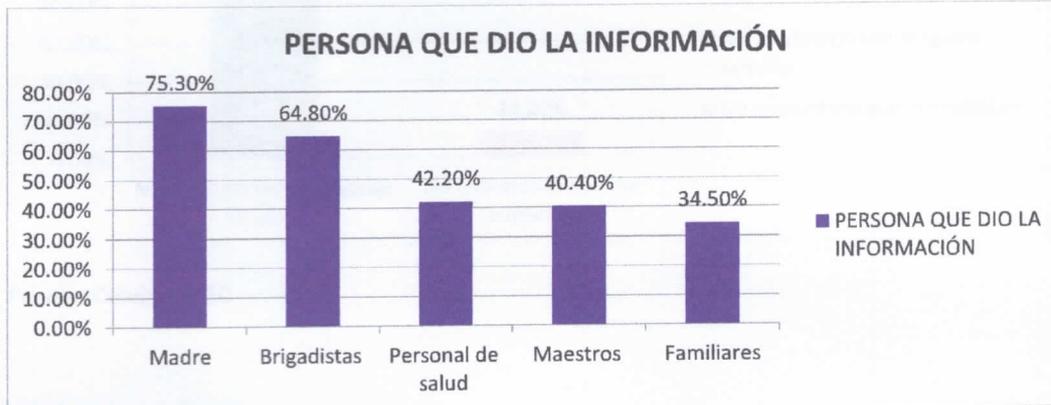


Fuente: Cuadro N° 10



**Gráfico N° 15**

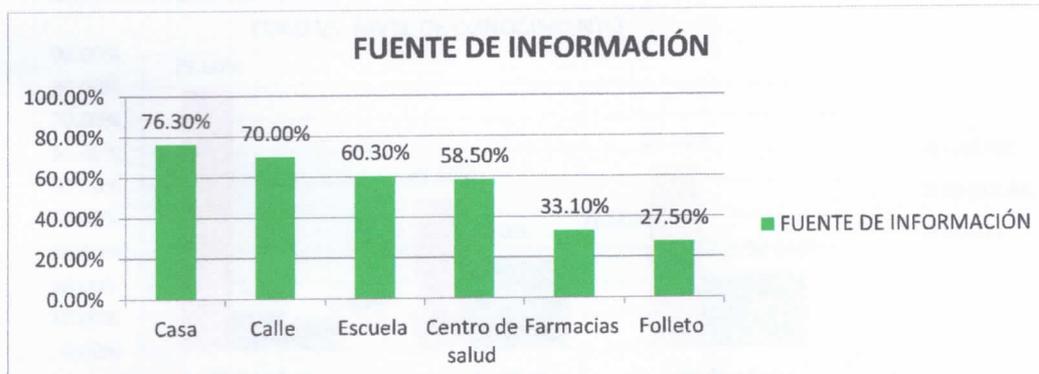
Persona que dio la Información sobre Lactancia Materna a las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japon-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 10

**Gráfico N° 16**

Fuente de Información sobre Lactancia Materna, en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japon-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido de 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

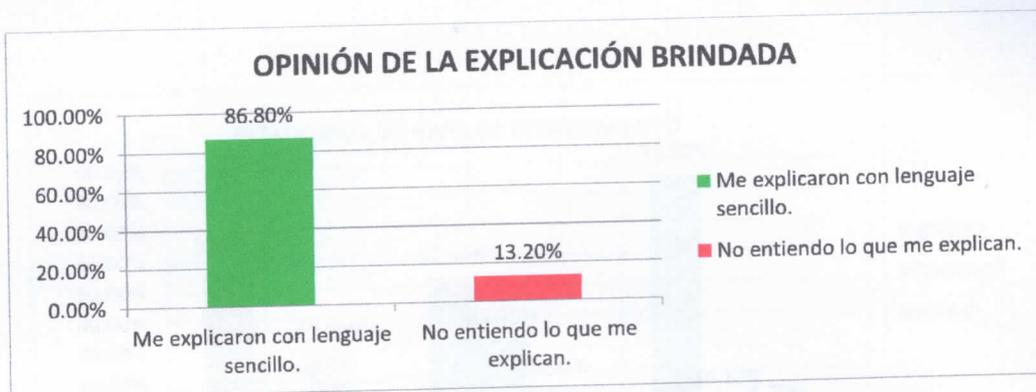


Fuente: Cuadro N° 10

**Gráfico N° 17**



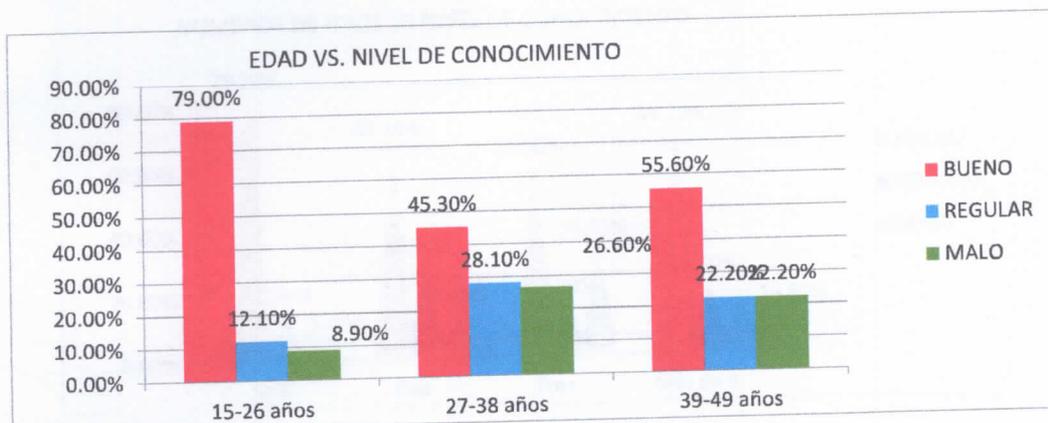
Opinión de la Explicación Brindada acerca de Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 10

Gráfico N° 18

Edad vs nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

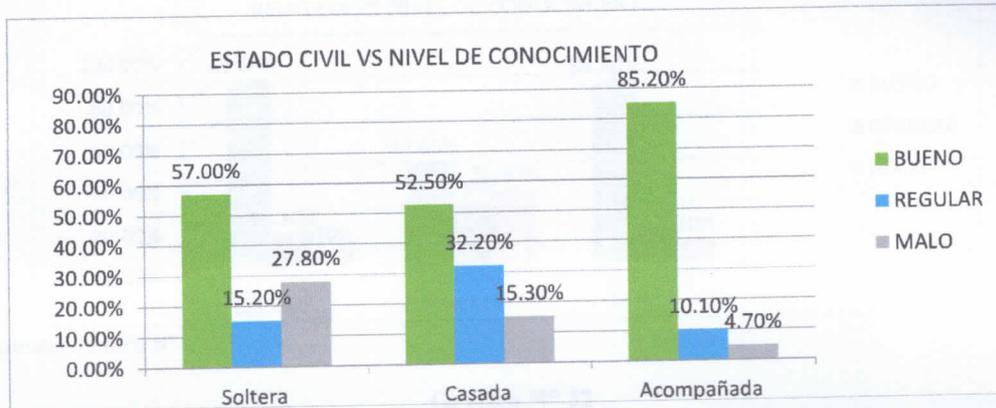


Fuente: Cuadro N° 11

Gráfico N° 19



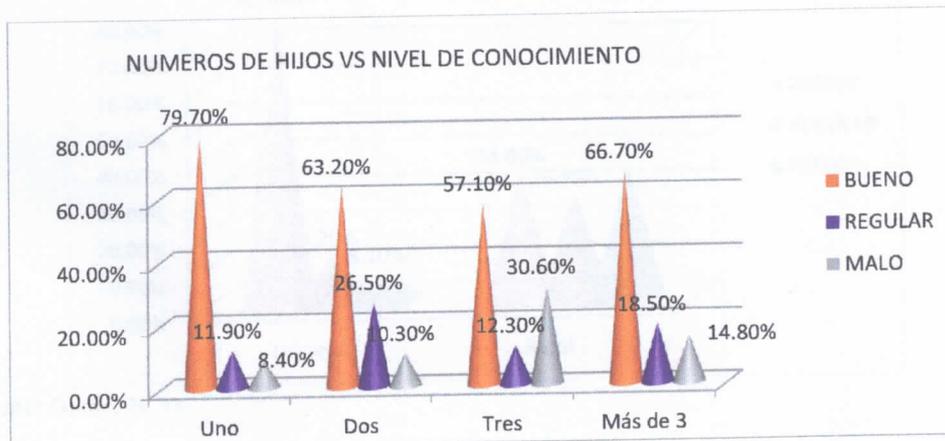
Estado civil vs nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japon-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

Gráfico N° 20

Número de hijos vs nivel de conocimiento acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japon-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

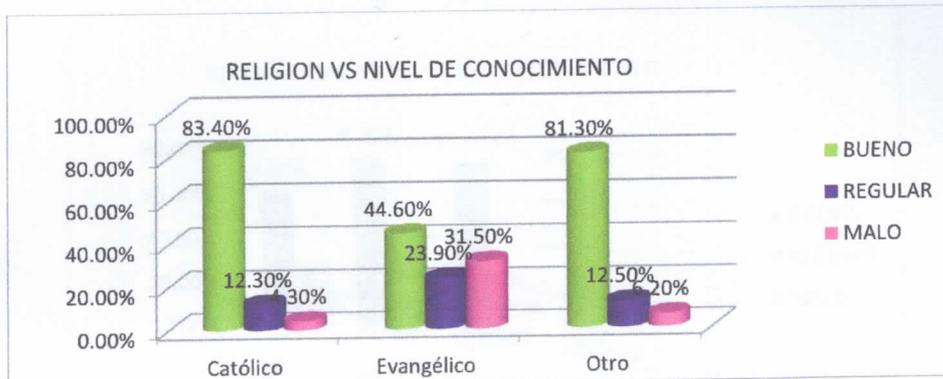


Fuente: Cuadro N° 11

Gráfico N° 21



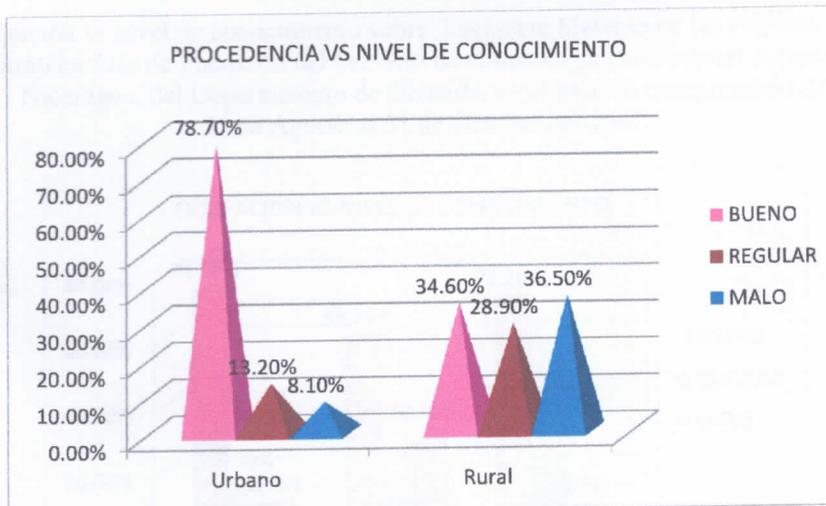
Religión vs nivel de conocimiento acerca de Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

**Gráfico N° 22**

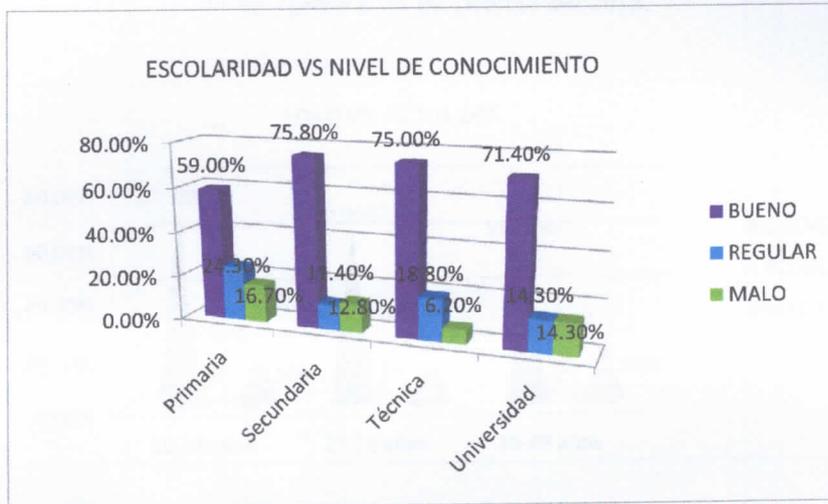
Procedencia vs nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

**Gráfico N° 23**

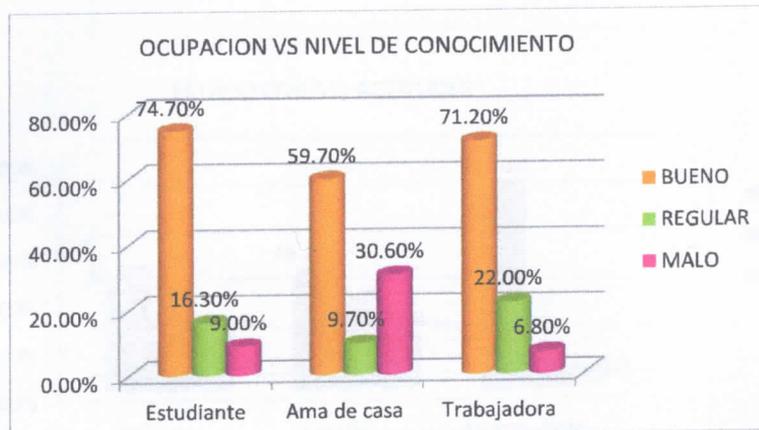
Escolaridad vs nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 11

Gráfico N° 24

Ocupación vs nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

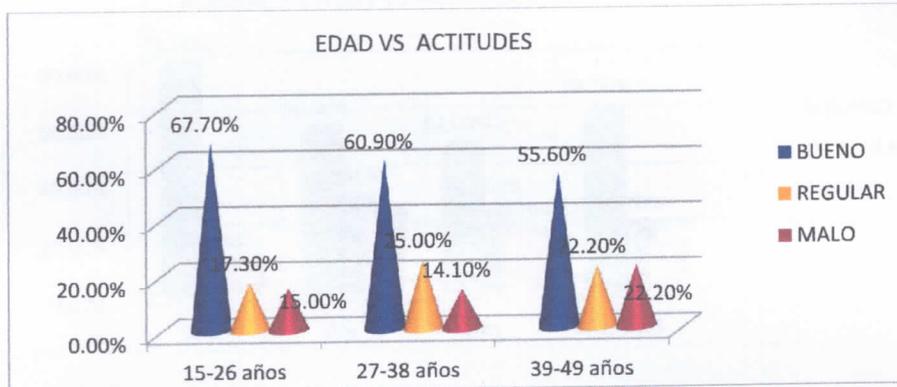


Fuente: Cuadro N° 11



**Gráfico N° 25**

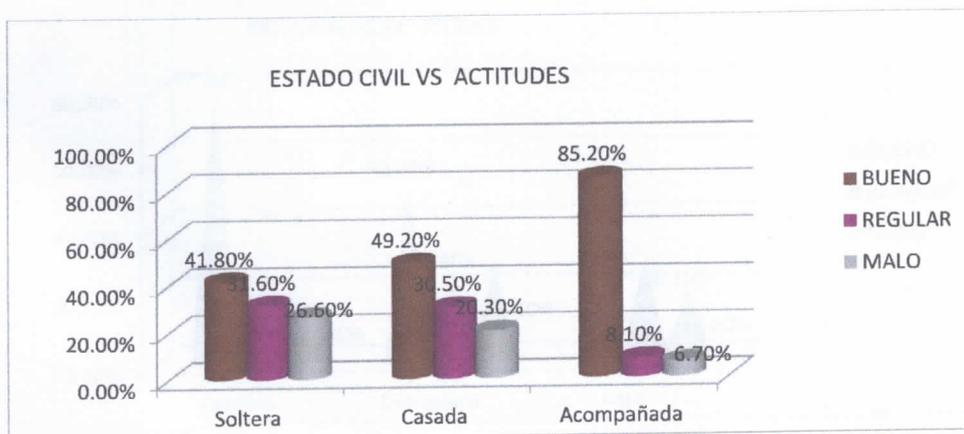
Edad vs Nivel de Actitudes acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 12

**Gráfico N° 26**

Estado Civil vs Nivel de Actitudes acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

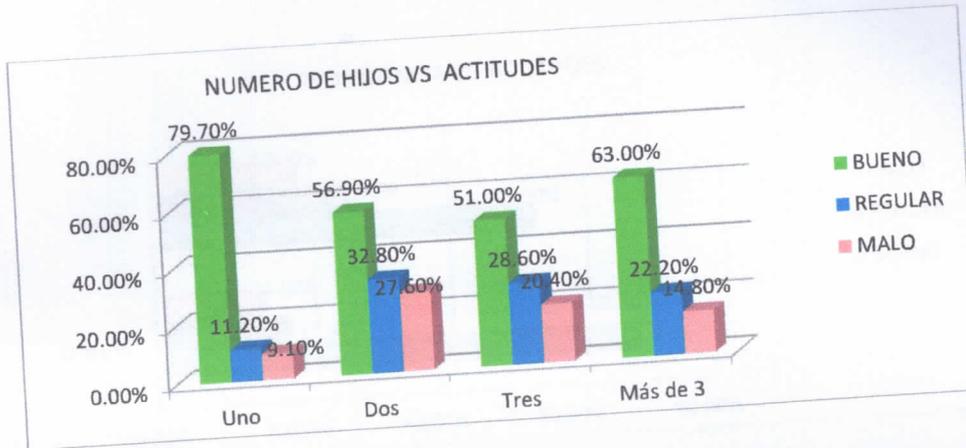


Fuente: Cuadro N° 12

**Gráfico N° 27**



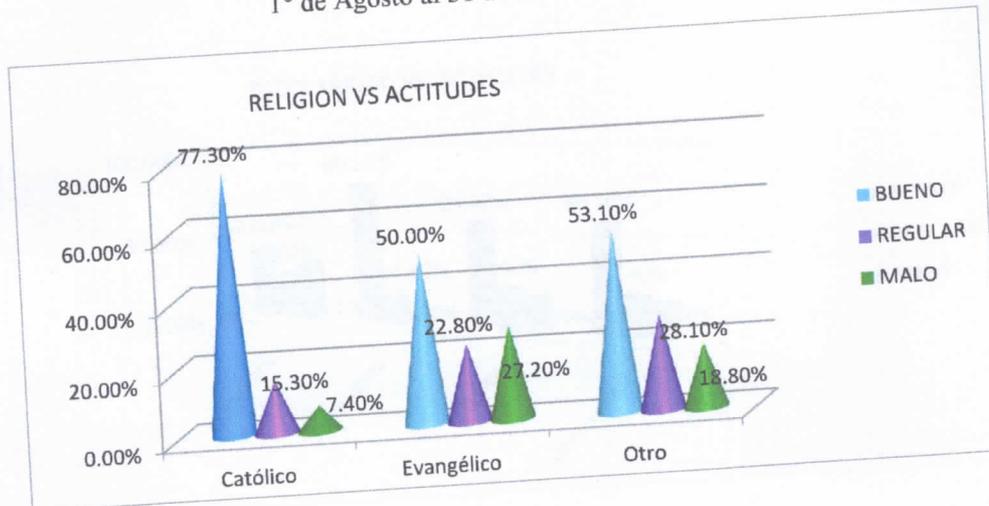
Número de hijos vs Nivel de Actitudes sobre Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.



Fuente: Cuadro N° 12

Gráfico N° 28

Religion vs Nivel de Actitudes sobre Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015.

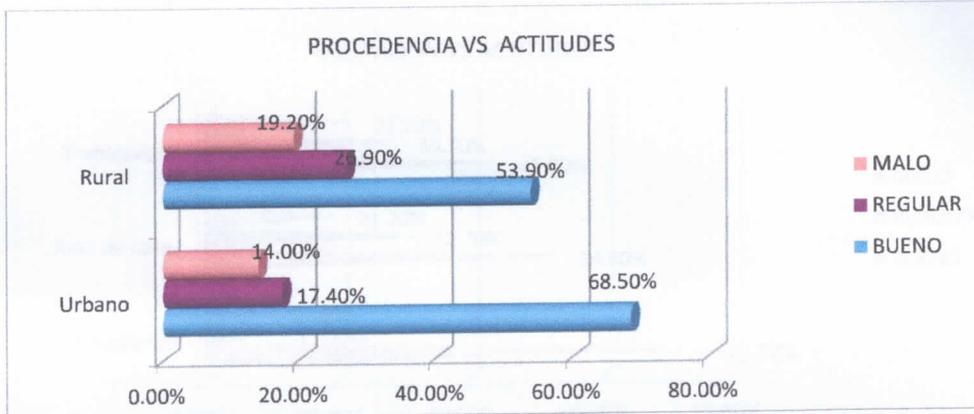


Fuente: Cuadro N° 12

Gráfico N° 29



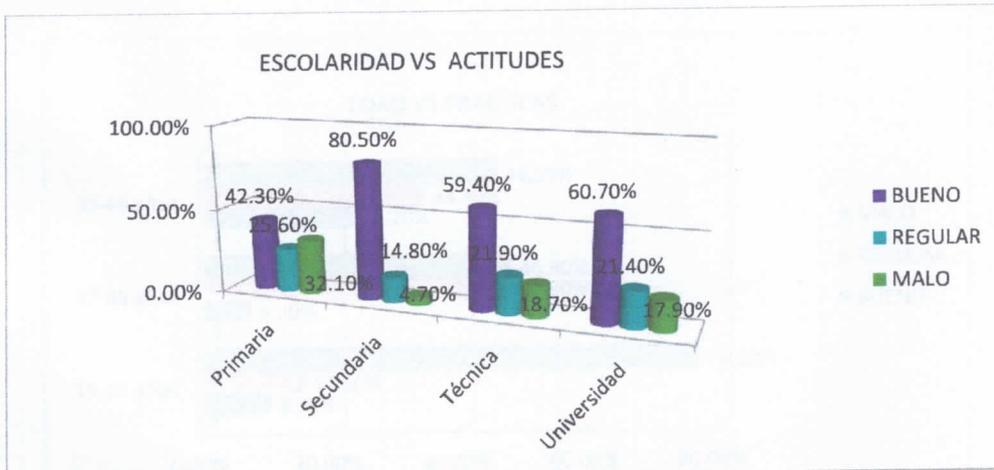
Procedencia vs Nivel de Actitudes acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 12

Gráfico N° 30

Escolaridad vs Nivel de Actitudes acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

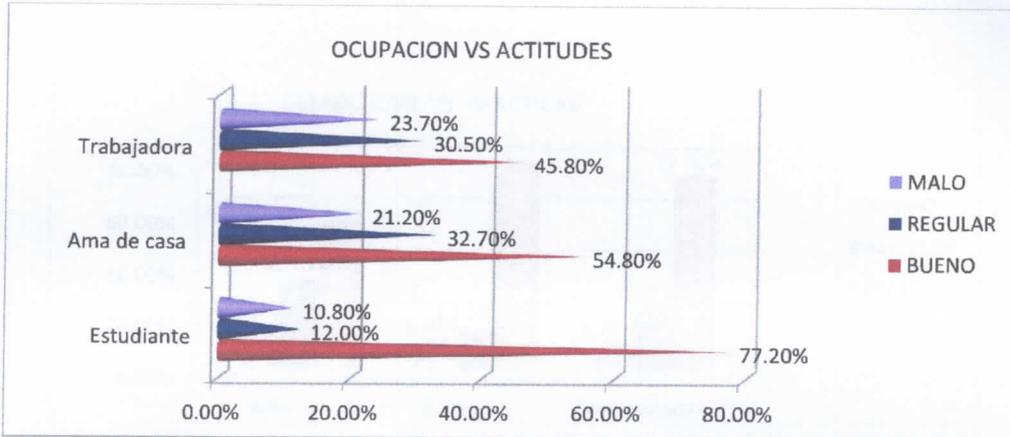


Fuente: Cuadro N° 12

Gráfico N° 31



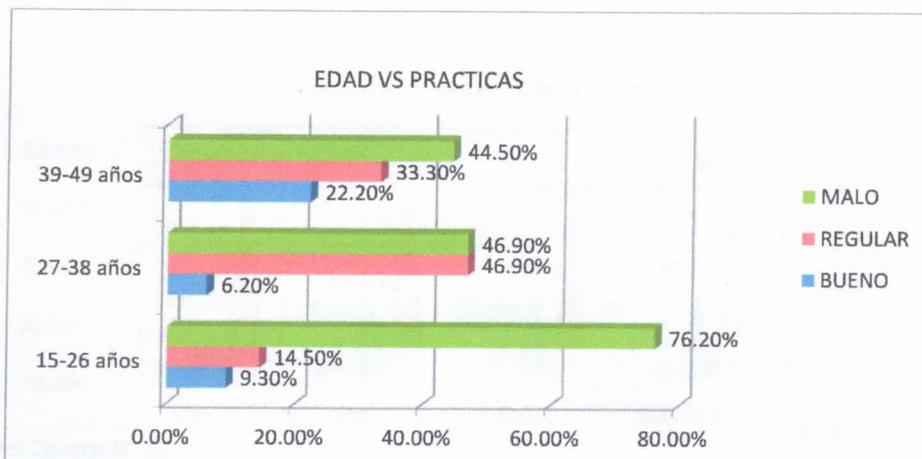
Ocupación vs Nivel de Actitudes en Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 12

Gráfico N° 32

Edad vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

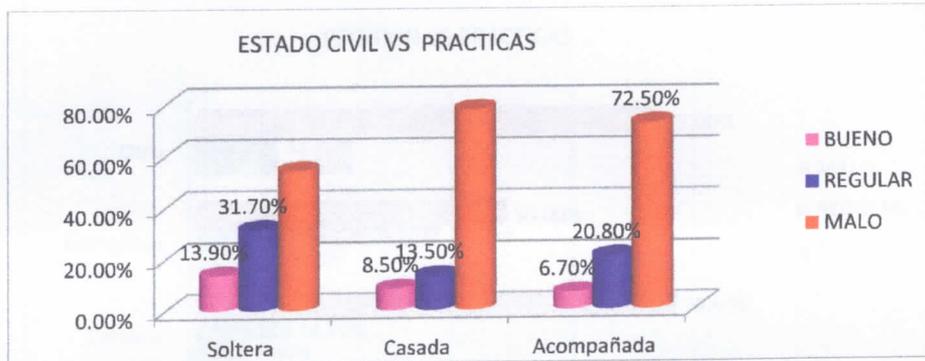


Fuente: Cuadro N° 13

Gráfico N° 33



Estado civil vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 13

Gráfico N° 34

Número de Hijos vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

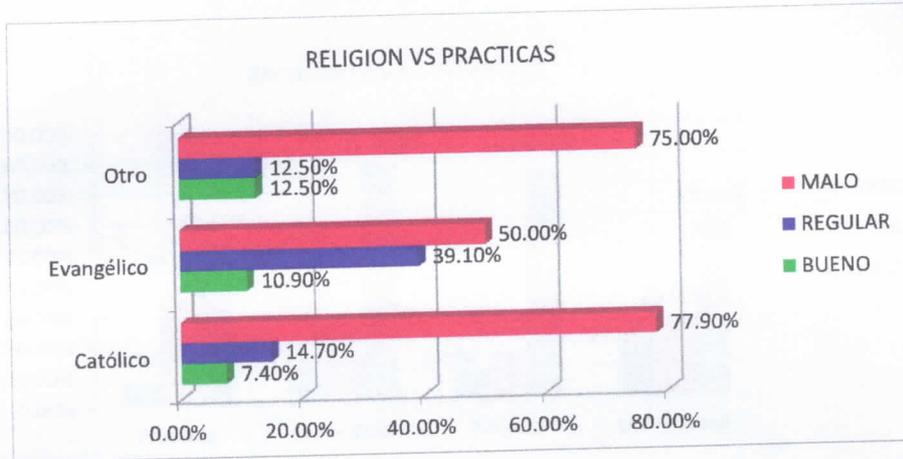


Fuente: Cuadro N° 13



**Gráfico N° 35**

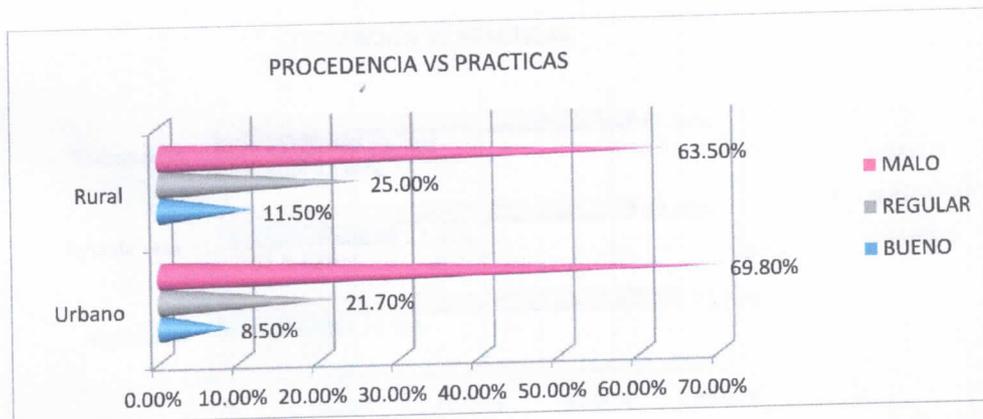
Religión vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 13

**Gráfico N° 36**

Procedencia vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015

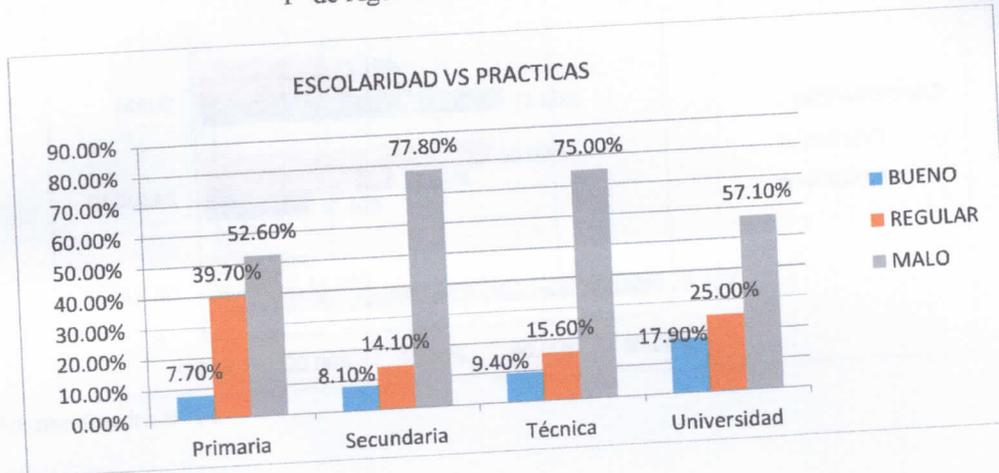


Fuente: Cuadro N° 13



**Gráfico N° 37**

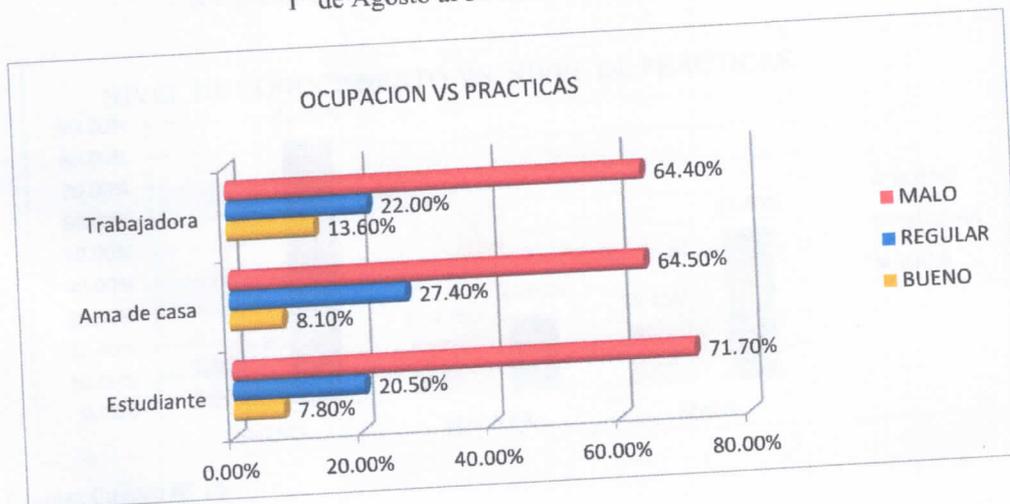
Procedencia vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 13

**Gráfico N° 38**

Ocupación vs Nivel de Prácticas acerca Lactancia Materna en las mujeres, que se encuentran en Sala de Puerperio del Servicio de Ginecología del Hospital Amistad Japón-Nicaragua, del Departamento de Granada, en el periodo comprendido del 1° de Agosto al 31 de Octubre del 2015



Fuente: Cuadro N° 13

**Gráfico N° 39**