

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-LEÓN



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y
CIRUGÍA.**

Tema:

Conocimiento, Actitudes y Prácticas de Lactancia Materna en Madres con Niños menores de 2 años en la Comunidad de Palacio del Municipio de Puerto Morazán durante el primer trimestre del año 2007.

Autor: Nolberto Efraín Lagos C.

Tutor: Dr. Jorge Alemán Pineda
Especialista en Pediatría

León, 29 de abril de 2008

INDICE

Introducción.....	3
Antecedentes.....	5
Justificación.....	7
Planteamiento del problema.....	8
Objetivos.....	9
Marco Teórico.....	10
Diseño Metodológico.....	37
Resultados.....	41
Discusión.....	45
Conclusiones.....	47
Recomendación.....	48
Bibliografía.....	49
Anexos.....	51

I INTRODUCCIÓN

En un período de unos 25 años el mundo ha cambiado; la economía se ha internacionalizado. Sus protagonistas, las grandes corporaciones transnacionales, propugnan una fuerza de mercado incontrolable; las comunicaciones por otro lado, contribuyen a una homogenización cultural.

Como casi todos los campos y sectores, la lactancia materna queda marcada por este nuevo acontecimiento mundial, desgraciadamente de forma negativa; los intereses económicos prevalecen sobre los sociales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 1 millón y medio de lactantes mueren anualmente por no haber sido amamantados (1).

Sin embargo, existen acuerdos internacionales que apoyan la lactancia materna y haciendo una breve reseña caben destacar los más importantes:

- ❖ A partir de 1981, la Asamblea Mundial de la Salud, aprobó el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la leche materna.
- ❖ En 1989, la OMS y la UNICEF reconocen la relevancia del personal de salud de los servicios de maternidad en la promoción de la lactancia materna, dando como resultado los “Diez pasos para garantizar una lactancia natural exitosa” y se realiza la Convención de los Derechos del Niño, que plantea el acceso a los conocimientos y ventajas de lactancia materna a todos los sectores de la sociedad en particular a los padres y los niños (2).
- ❖ En 1990, se publica la declaración de INNOCENTI (Florencia, Italia) que propone la creación de un ambiente favorable para que las madres

mantengan la lactancia exclusiva, desde el nacimiento hasta los seis meses de edad.

- ❖ En este mismo año se realizó el acuerdo de la Asociación de productores de alimentos infantiles, para poner fin a la distribución de fórmulas infantiles gratuitas o de bajo costo a hospitales, clínicas y maternidades. También se realiza la Cumbre Mundial a favor de la infancia en la que 71 jefes de estado y de gobierno, se comprometen a fortalecer la práctica de lactancia materna.

- ❖ En 1991, se da el lanzamiento de la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños por la OMS y el UNICEF

En Nicaragua, el Ministerio de Salud en conjunto con diversos organismos internacionales y con el apoyo de diversas organizaciones de la sociedad civil, desde 1993 viene realizando esfuerzos importantes para la recuperación de esta práctica. Entre otros logros se puede mencionar- la conformación de la Comisión Nacional de Lactancia Materna, de carácter multisectorial e interinstitucional, la implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y de la Madre y posteriormente la aplicación de esta estrategia en Atención Primaria (2).

Antecedentes

En nuestro país se han realizado estudios sobre lactancia materna en varios departamentos, principalmente para probar la prevalencia de esta práctica. En 1985 se realizó un estudio en Boaco, encontrándose que sólo 2/3 recibían lactancia materna; el 36% nunca lactó, más de la mitad fue destetado antes de los 6 meses y la mitad de ellos recibían alimentación complementaria antes del mes. Resultados similares fueron obtenidos durante el mismo período durante una investigación similar en el Hospital Vélez Paiz (3).

Otro estudio realizado en Matagalpa en 1988 reportó que el 41.4% de las madres encuestadas amamantaban; el 22% recibió alimentación complementaria desde el primer mes de vida y el 78% antes de los 3 meses de edad. En 1989 en San Felipe León se realizó el primer estudio sobre lactancia materna, realizado por estudiantes de la UNAN-LEÓN, en él se reportó que el 53.5% de las madres encuestadas estaban amamantando a sus hijos. La causa más frecuente para suspender la alimentación al pecho materno fueron enfermedad del niño o de la madre y trabajo materno. Al 95% de los niños se les suspendió la lactancia materna cuando eran menores de 6 meses y el 72 % de los niños recibió alimentación complementaria desde el primer mes de vida y el 88% antes del cuarto mes (4).

Durante 1991 en el área urbana de León fue reportado un estudio realizado por el HEODRA, mostró de forma general una curva de vida favorable y una encuesta piloto organizada por la Dirección de Nutrición de la Región II, con asesoría técnica y epidemiológica italiana, realizó de forma aleatoria en los barrios de la ciudad de León, reportó que el 42.6% de los niños menores de 1 año estaban siendo amamantados y que sólo el 8.4% nunca había recibido pecho materno. Entre los niños amamantados el 50% suspendió la lactancia materna antes de cumplir los 3 meses de edad y el 80% antes de los 6 meses.

Las principales causas de interrupción de la lactancia materna fueron la sensación de escasez de la leche por parte de la madre o el rechazo del niño (43%), y el trabajo materno 13%.

En Febrero de 1995 fue publicado un reporte sobre salud reproductiva e infantil en León, elaborado por el Departamento de Medicina Preventiva UNAN-León y el Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad UMEA-Suecia, dicho reporte fue basado en un estudio comunitario realizado en Octubre de 1993 en León, donde se tomó como muestra a niños menores de un año encontrándose que a los 3 meses el 18% había suspendido la lactancia fisiológica, a los 6 meses de edad sólo el 17% continuaba siendo amamantado, y al año de edad sólo el 46%.

Un estudio realizado en la ciudad de Chinandega en el Barrio Roberto González sobre prácticas de lactancia materna a un total de 50 madres, encontrándose datos donde un 25% respondió que preferían dar sólo pecho, porque se enfermaban menos, tienen más posibilidades de ser inteligentes, 15% reconoció que después del parto es adecuado amamantar exclusivamente a los niños durante los primeros 6 meses (5).

En los datos precedentes han motivado la realización de programas de intervención en diferentes unidades de salud y municipios, particularmente en Chinandega, en el que después de un proceso de capacitación y definición de normas específicas sobre lactancia materna, donde la OPS y UNICEF iniciaron un plan con el objetivo de revertir la tendencia de reducción de la tasa materna que durante las últimas décadas se han desarrollado

I JUSTIFICACIÓN

La leche materna es indiscutiblemente el mejor alimento para un lactante y el más seguro. El amamantamiento es además un proceso tan natural que se pregunta uno por qué hay mujeres que necesitan ayuda para amamantar. Aunque las actitudes respecto al amamantamiento han cambiado con relación a lo que sucedió hace veinte años, aún se está lejos de lo ideal. La experiencia diaria en el manejo de los problemas de salud nos muestra que muchas mujeres alimentan a sus bebés con alimentos distintos a la leche materna desde edades muy tempranas.

Si se le pregunta a las mujeres las razones por las cuales dejan de amamantar o la razón por la cual comienzan a darle a sus hijos desde tan temprano, alimentos distintos a leche materna las respuestas son variadas. Por ejemplo algunas dirán: “No tengo suficiente leche” “se me secaron los senos” o “el niño no quiere mamar más”, sin embargo a pesar que las mujeres mismas no lo sepan. Éstas no son las causas reales de sus dificultades para amamantar. A estas mujeres realmente no les falta leche.

Lo que sucede es la falta de información y entusiasmo para amamantar al bebé y por lo tanto no tratan de hacerlo o no creen que solamente su leche sea todo lo que el bebé necesita. Las causas más importantes de estas dificultades son:

- ❖ Falta de apoyo de los familiares de sexo femenino más cercano.
- ❖ Las presiones de la vida urbana.
- ❖ El ritmo de trabajo fuera del hogar.
- ❖ Las creencias y tabúes.

La falta de conocimiento, actitudes y prácticas del patrón de lactancia materna y la suspensión en la población, al obtener se persigue sensibilizar a las autoridades de salud e implementar estrategia para la promoción de una lactancia materna en pro de la mujer, la calidad de vida de los niños y los beneficios que proporciona; me ha llevado a realizar este estudio en la comunidad de Palacio municipio de Puerto Morazán ya que no se han realizado estudios referente a este problema.

Planteamiento del Problema

¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Madres con Niños menores de 2 años relación a la lactancia materna en la Comunidad de Palacio del Municipio de Puerto Morazán durante el primer trimestre del año 2007?

OBJETIVOS

General

- ❖ Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las madres con niños menores de 2 años en relación a la lactancia materna en la Comunidad de Palacio Municipio de Puerto Morazán en el primer trimestre del año 2007

Específicos

1. Establecer las características socio - demográficas de las madres con niños menores de dos años de las Comunidades de Palacio Municipio de Puerto Morazán en el primer trimestre del año 2007.
2. Identificar los conocimientos sobre lactancia materna de las madres.
3. Determinar actitudes sobre lactancia materna de las madres.
4. Señalar las prácticas sobre lactancia materna de las madres.

Marco teórico

Lactancia materna exclusiva.

Es ofrecer al niño únicamente pecho materno durante los primeros seis meses de vida (6).

Fisiología.

Durante el embarazo la mamá se termina de desarrollar preparándose para su importante función durante el período post-parto bajo la influencia de crecientes concentraciones de estrógeno progesterona placentarias y prolactina hipofisiaria, se produce una marcada proliferación de alvéolos mamarios, aunque aparecen algunas gotitas lipídicas en el citoplasma de las células mamarias no ocurre producción de la leche antes del parto. Además de las tres hormonas anteriores que son los tres factores importantes para el desarrollo mamario durante el embarazo las hormonas del crecimiento del lactógeno placentario humano y las hormonas tiroideas pueden desempeñar también una función. (7)

Después de la expulsión del feto y la placenta, ocurre una brusca caída en la concentración de hormonas producidas por el trofoblasto, específicamente estrógeno y progesterona. La privación de estas dos hormonas tiroideas establecen las condiciones para la síntesis y la secreción de leche. Esto se observa dos a tres días después del parto cuando aparecen gotitas lipídicas en las células alveolares y la luz glandular comienza a rellenarse de leche. (7)

Aunque la producción de leche comienza en el período post-parto, su descarga activa por el pezón es un proceso que requiere de otras acciones hormonales. Bajo el estímulo de la succión del pezón se desencadena un reflejo neuroendocrino que estimula la liberación de oxitocina en la neurohipófisis. Este estímulo permite la eyección de leche; por tanto la producción y eyección son

procesos independientes bajo la influencia de la prolactina y oxitocina respectivamente.

Tipos de leche

El calostro es perfecto para las necesidades específicas del recién nacido:

- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión-deglución-respiración.
- Facilita la eliminación de meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Tanto el volumen del calostro como la osmolaridad son adecuados a la madurez del neonato; los riñones inmaduros no pueden manejar grandes volúmenes de líquido ni soluciones muy concentradas.
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- Facilita la reproducción del lacto bacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
- Los antioxidantes y las quinonas protegen al niño del daño oxidativo y las enfermedades hemorrágicas.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.
- El calostro como la leche que lo sucede, actúan como moderadores del desarrollo del recién nacido. Aunque si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo su leche pasará por una etapa calostrada antes y después del nuevo nacimiento .(7)

Leche de transición.

Es la leche que se produce entre el cuarto y el quinceavo día post-parto. Entre el cuarto y el sexto día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche) la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 700 ml/día entre los días quince y treinta días post-parto.

Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

Leche madura.

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre a distintas horas del día, entre ambas mamas, entre lactadas durante una mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Estas variaciones no son aleatorias sino funcionales. Cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño.

Cuando la lactancia está en regresión, la leche evoluciona y pasa por una etapa calostrual antes de desaparecer totalmente.

El volumen promedio de leche producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los primeros seis meses post-parto y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporte 75 kilocalorías/100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño producirá un volumen suficiente de 700 a 900 ml para cada uno de ellos. (7)

Leche de pretérmino.

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante las primeras semanas.

La leche de pretérmino contiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa que la leche madura siendo esta combinación más apropiada, para que el niño inmaduro tenga requerimiento más elevado de proteínas. La lactoferrina e IgA también son más abundantes en ellas.

En un recién nacido de muy bajo peso (MBPN) menos de 1500 gramos, la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y ocasionalmente de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. El ideal es hacerlo con preparados que vienen en polvo, listos para

agregarlos a la leche materna, se denominan “Fortificadores de leche materna” (7).

Composición de la leche humana madura.

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, encimas y hormonas.

Agua:

Se considera un importante elemento nutritivo para el lactante. La leche materna contiene 88 % de agua. Su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño tener un perfecto equilibrio electrolítico. (7-4)

Proteínas:

Entre los mamíferos, la leche humana posee la concentración más baja de proteínas (0.9 g/100 ml), sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño. La proteína de la leche humana está compuesta de 40% de caseína y 60% de proteínas del suero. En la leche de vaca esta relación es de 80% de caseína y 20% de proteínas del suero.

La caseína de la leche humana está formada por: micelas complejas de caseinato fosfato de calcio. Los diferentes aminoácidos de la caseína tienen una relación muy específica en la leche de cada mamífero.

Las proteínas del suero son entre otras: alfa-lactoalbúmina, lactoferrina, seroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lisozima, enzimas moduladoras del crecimiento, hormonas.

La alfa-lactoalbúmina y la lactoferrina son las principales proteínas del suero en la leche humana. La beta-lactoglobulina es la principal proteína del suero de la leche de vaca y puede aparecer en la leche de mujeres que consumen muchos productos lácteos.

Las inmunoglobulinas de la leche son diferentes a las del plasma tanto en calidad como en concentración. La inmunoglobulina A es la principal inmunoglobulina en

la leche materna. La IgG es en el plasma y en el se encuentra una cantidad cinco veces mayor que la IgA.

La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifica progresivamente hasta llegar al nivel que mantendrá en la leche madura, más o menos a los 14 días postparto.

El calostro tiene 1740 mg/100 ml de IgA y 43mg/100 ml de IgG. La leche madura tiene 100 mg /100 ml de IgA y 4 mg/100 ml de IgG. La IgA protege tanto a las glándulas mamarias como a las glucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente.

La lactoferrina, además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferro dependientes (E. Coli), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño. En la leche de vaca solo existe en pequeña cantidad.

Cuando se da al niño hierro suplementario, la lactoferrina se satura. La lisozima, es una proteína específica que se encuentra en concentraciones altas sólo en la leche humana y en la clara de huevo; en la leche de vaca su concentración es baja. Constituye un factor antimicrobiano no específico que contribuye a la manutención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorios, tiene efectos bacteriolíticos contra entero bacterias y bacterias Gram positivas (7).

Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y provienen del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales, la taurina es un importante aminoácido libre que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Se encuentra en gran cantidad en la leche materna. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuromodular del cerebro y la retina.

La cistina es otro aminoácido que está combinado con la metionina en una proporción de 2.1, específica para la leche humana.

La carnitina es esencial para el catabolismo de los ácidos grasos de cadena larga. Hay dos condiciones en que la presencia de carntina es indispensable: en el caso

de desnutrición parenteral por más de tres semanas y en I etapa postnatal temprana. En el individuo adulto es sintetizada por el hígado y el riñón a partir de los aminoácidos esenciales licina y metionina.

Los niveles de carnitina son más altos en el calostro sobre 115 mmol/ml, que en la leche madura, 70 a 95 mmol/ml. La fórmula comercial Enfamil contiene 40 a 80 mmol/ml. La carnitina de la leche materna es mucho más biodisponible, como lo demuestra la alta concentración de carnitina y ketonas corporales encontradas en los niños amamantados. (7-4)

Hidratos de carbono:

El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, disacárido compuesto de glucosa y galactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa 7.3gr/dl., la leche de vaca sólo 4.8gr/dl.

La lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central.

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción de calcio, hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bífidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un cambio ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. El crecimiento del lactobacillus es promovido por el factor bífido, un carbohidrato complejo con contenido de nitrógeno, que no está presente en los derivados de la leche de vaca. De ahí que los suplementos alimentarios dados en los primeros días de vida interfieren con este mecanismo protector.

En la leche humana se han identificado sobre 50 oligosacáridos de diferentes estructuras, muchos de los cuales contienen nitrógeno; constituyen el 1.2% de la leche madura. En la leche de vaca constituyen sólo el 0.1% los componentes de

estos azúcares complejos que incluyen glucosa, galactosa, fructosa, n-acetilglucosamina, ácido ciático y representa un porción significativa del nitrógeno no proteico de la leche humana. (7-4)

Grasas:

La grasa es el componente más variable de la leche humana. La concentración de grasa aumenta desde 2gr/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4.5gr/100 ml a los 15 días post-parto. En adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones individuales, tanto en el contenido total de grasas como en la composición de los ácidos grasos.

Hay fluctuaciones diurnas con más concentración de grasa después de medio día. También hay importante variación dentro de una misma mamada, siendo la segunda leche 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías.

La grasa de la leche humana es secretada en glóbulos microscópicos que son más pequeñas que en la leche de vaca. La membrana globular está compuesta de fosfolípidos complejos. El interior del glóbulo está formado de triglicéridos, ácidos grasos libres, glicolípidos, fosfolípidos y esteroides.

La composición de los ácidos grasos de la leche humana es relativamente estable, con un 42% de ácidos grasos saturados y 57% de poliinsaturados.

Los ácidos grasos araquidónicos (C 20:4) y docosahexaenoico (C 22:6) participan en la formación de la sustancia gris, en la mielinización de las fibras nerviosas y en la maduración de la retina. Se forman a partir de los ácidos linoleico (C18:2) y linolénico (C 18:3) respectivamente. Estos últimos se obtienen de la dieta de la madre. El contenido de ellos es alrededor de 4 veces mayor en la leche humana (0.4gr/100ml) que en la de vaca (0.1gr/100ml).

A pesar de que los ácidos linoleicos y linolénico se ven afectados por la dieta de la madre y por la composición de su grasa corporal, toda leche humana es

rica en estos ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga la mayoría de las fórmulas lo tienen en pequeña cantidad o no los contiene.

La síntesis de la prostaglandinas depende de la disponibilidad de estos ácidos grasos esenciales. Éstas se encuentran distribuidas ampliamente en el tracto gastrointestinal de niño y contribuyen en forma importante en los mecanismos importantes de defensa. La leche humana puede tener cantidades significativas de prostaglandinas que las fórmulas. También se han encontrado componentes antivirales y antiparasitarios asociados a los lípidos.

Después del nacimiento el principal aporte de energía en el niño lo constituyen las grasas. La leche materna proporciona el 40% de las calorías en forma de grasa. El niño consume esta dieta alta en grasa en un período en que están inmaduras tanto la secreción de lipasa pancreática como la conjugación de las sales biliares, ésta inmadurez se compensa con las lipasa linguales y gástricas y además por una lipasa específica de la leche materna que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares. Esta característica metabólica de que un sustrato y su encima estén en el mismo líquido, no se encuentra más que en la leche humana y en la de los gorilas.

En la leche fresca la lipasa estimulada por las sales biliares contribuye a la digestión de 30 al 40% de los triglicéridos en período de dos horas. Esta lipasa se destruye por el calor, por lo que es necesario usar la leche materna fresca. La leche humana es rica en colesterol, sus niveles decrecen durante los primeros 36 días para estabilizarse después de los 50 días postparto de 20mg/100ml.

La manipulación de la dieta, no varía el nivel de colesterol en la leche materna, pero sí se ha encontrado que cuando la madre disminuye la ingesta de colesterol, hay una caída de nivel de colesterol en el plasma del niño asociado con un aumento del ácido linolénico en la leche.

La presencia de colesterol en la leche materna parece tener un rol importante en el mecanismo que impide la acumulación de mucopolisacáridos y la

formación de placa de ateromas, ambos factores de riesgo de aterosclerosis y enfermedad coronaria en el adulto. (7-4)

Vitamina:

La concentración de vitaminas en la Leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre. (7-4)

Vitaminas liposolubles:

La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna.

Vitamina A:

La concentración de vitamina es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura. Su predecesor, el beta caroteno, es un potente antioxidante.

Vitamina K:

La concentración de vitamina k es mayor en el calostro y en la leche de transición, después de 2 semanas en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina k por la flora intestinal. Cuando no ceda el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño de vitamina k inmediatamente después del nacimiento.

Vitamina E:

El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poli-saturadas sin un aumento paralelo de vitamina E.

Vitamina D:

Necesaria para la absorción de calcio y el fósforo. El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0.15mg/10ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas, 088mg/100ml. Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, si no a través de la piel en presencia de la luz solar. Se necesita sólo una buena exposición al sol para producir suficiente vitamina D. (7-4)

Vitaminas Hidrosolubles:

Ácido fólico:

Esencial para síntesis de hemoglobina y de aminoácidos. Interviene en la síntesis de ADN y ARN. La deficiencia produce anemia. La suplementación a la madre con ácido fólico, aumenta los niveles en la leche. Los anticonceptivos horarios pueden disminuir el nivel sanguíneo ácido fólico.

-Niacina, Rivoftamina (B2), Tiamina (B1), Piridoxina (B6), Cobalamina (B12).

Son necesarias para el metabolismo de las proteínas y de la energía. La Tiamina es necesaria para la conversión de los carbohidratos dentro de los sistemas musculares y nerviosos. La concentración de vitamina B12 en la leche humana es muy baja, pero su biodisponibilidad aumenta por la presencia de un factor específico de transferencia. La deficiencia de Cobalamina produce anemia y daño en el sistema nervioso central. Los anticonceptivos orales ingeridos por largo plazo pueden disminuir los niveles de Piridoxina en la leche; a su vez el exceso de Piridoxina puede reducir la producción de leche en la madre que amamanta.

Vitamina C:

Interviene en la formación e integridad de los tejidos, en especial en el tejido conectivo y vascular. Aumenta la absorción del hierro.

La concentración de estas vitaminas puede variar en relación a la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas.

Las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras. Aunque las madres no presentan signos, la insuficiencia de estas vitaminas en la leche puede tener consecuencias adversas para el niño. De ahí es necesario que la madre las consuma diariamente en su dieta. Las concentraciones de Niacina, Ácido Fólico y ácido Ascórbico, son más altas en la leche humana que en la leche de los mamíferos rumiantes. (7-4)

Minerales:

Aunque la concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna, en el caso del calcio su concentración en la leche es mayor cuando la madre tiene reserva de este mineral en su tejido.

En el caso del flúor no hay evidencia de transferencia de flúor desde el plasma a la leche materna al parecer es la mama la que inhibe este pasaje, encontrándose en la leche sólo en niveles traza.

Calcio y Fósforo

La relación calcio – fósforo en la leche humana es de 2:1, la leche de vaca tiene una mayor proporción de fósforo lo que explica la hipocalcemia neonatal, común en los lactantes alimentados artificialmente. La disponibilidad de la leche de vaca disminuye también por la formación de jabones de calcio insolubles en el intestino, los cuales pueden llegar a causar obstrucción intestinal

Hierro

La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de interacciones complejas entre los componentes de la leche y el organismo del niño: La mayor acidez del tracto gastrointestinal, la presencia de niveles apropiados de zinc y cobre, el factor de transferencia de lactoferrina que impide que el hierro esté disponible para las bacterias intestinales liberándose

sólo cuando los receptores específicos a la transferrina son factores importantes para aumentar la absorción del hierro.

El hierro de la leche humana se absorbe en un 49%; el de la leche de vaca un 10% y en las fórmulas enriquecidas con hierro sólo el 4%.

En los niños amamantados exclusivamente con leche materna en los primeros 6-8 meses de vida la anemia por deficiencia de hierro es poco frecuente. Los niños amamantados por madres bien nutridas tienen suficiente hierro en sus depósitos hepáticos como para cubrir sus necesidades durante buena parte del primer año de vida. Estudios recientes han demostrado que la introducción temprana de otros alimentos en la dieta de niño amamantado altera esta absorción.

También se ha demostrado que el hierro suplementario dado al lactante puede causar problemas al saturar la lactoferrina. Al disminuir su efecto bacteriostático promueve el crecimiento de gérmenes patógenos que pueden dañar y causar un sangrado en el intestino (detectado microscópicamente), suficiente como para producir una anemia por falta de hierro.

La suplementación con hierro tiene indicación específica en caso de prematuros, sangrado neonatal o anemia del lactante. También se recomienda suplementar con hierro a los lactantes entre 6 y 12 meses ya que al darle alimento rico en fitatos no recibe un aporte adecuado de hierro.

Zinc:

El zinc es esencial para la estructura y funcionamiento de las enzimas y para el crecimiento e inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre. Si bien el zinc se encuentra en la leche de vaca y también en la de soya, el de la leche humana es mucho más biodisponible.

Se ha descrito una insuficiencia de zinc en niños recién nacidos y prematuros con sobrealimentación de fórmula. La manifestación clínica es una

alteración del desarrollo y lesiones típicas de la piel. La leche materna es terapéutica en casos de acrodermatitis por deficiencia de zinc, enfermedad que ocasionalmente ocurre en los niños alimentados con fórmula.(7-4)

Elementos traza

En general la concentración de estos elementos en la leche humana es adecuada, de manera que el niño alimentado al pecho presenta pocos riesgos de deficiencia o exceso de ellos,

- **Cobre, Selenio**

Estos elementos tienen niveles más elevados en la leche humana que en la de vaca. Se ha encontrado que los niveles de cobre son más altos en la leche de la mañana manteniéndose bastante estables, aún si la madre lo ingiere

Suplementariamente. También se ha evidenciado que las madres mayores y las multíparas producen leche con niveles más altos de cobre.

La deficiencia de cobre, que produce una anemia microcítica hipocrónica y alteraciones neurológicas, ocurre solamente en los niños alimentados artificialmente.

El selenio es un nutriente esencial para el ser humano, ya que forma parte del glutatión peroxidasa, enzima que metaboliza los peróxidos lipídicos.

- **Cromo, Magnesio, Aluminio**

La concentración de cromo es más alta en los órganos del recién nacido y declina rápidamente en los primeros años de vida. Posteriormente en el adulto la concentración de cromo es bastante estable y en la leche humana es similar a la del plasma y de la orina.

El magnesio se encuentra en un 81 % en el suero de la leche, un 11 % en la caseína y un 8% en la porción grasa de la leche.

- Plomo y Cadmio

La ingesta dietética de plomo es mucho menor en los niños amamantados, aún cuando el agua potable consumida por la madre exceda el estándar de la OMS de 0.1 mg/100ml.

- Iodo

Puede encontrarse en pequeñas cantidades en la leche. El uso tópico de yoduros (Ej. curaciones de la piel o mucosas de la madre) puede afectar la función tiroidea de los niños amamantados, ya que el yodo se absorbe por la piel y mucosas y se concentra en la leche.

- Sodio y Potasio

Los niveles de potasio son mucho más altos que los de sodios, similares a las proporciones de los fluidos intracelulares. Los iones Na, K y Cl pueden pasar en ambas direcciones a través de la membrana de la célula láctea secretora: hacia el lumen alveolar y hacia el plasma, de manera que permanecen en equilibrio plasma-lumen alveolar.

Los niveles de sodio en la leche de vaca son 3.6 veces superior a los de leche humana. La deshidratación hipernatrémica ha sido asociada al consumo de leche de vaca.

Los niveles de electrolitos varían en el día y a medida que progresa la lactancia. Estos cambios no tienen relación con la ingesta de la madre. La restricción de sodio en la dieta de la madre no se manifiesta en una disminución de los niveles en la leche materna. (7-4)

Otras sustancias:

Estudios recientes comprueban que la leche materna, además de ser una fuente nutritiva, ejerce un control sutil del metabolismo, desde la división celular hasta la conducta del niño, desde el desarrollo de las mamas y el mantenimiento de su función, hasta la protección inmunológica de las mismas.(7-4)

Hormonas:

Una lista completa de las hormonas de la leche incluiría a las ya mencionadas: oxitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRH (hormona de liberación de la tirotropina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triiodotironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno.

La liberación de hormonas puede estar influenciada por componentes de la leche como las betacaseomorfinas, pépticos opioides que pueden afectar el sistema nervioso central neonatal.(7-4)

Nucleótidos

Los nucleótidos, compuestos derivados del ácido nucleico, consiste en ácido fosfórico combinado con un azúcar y una purina o un derivado de pirimidina. Los nucleótidos presentes en la leche materna son diferentes a los nucleótidos celulares que forman parte de varios tejidos orgánicos, entre ellos el de la glándula mamaria. Participan en la síntesis y metabolismo del ácido nucleico y también en la síntesis de la leche.

Intervienen además en la síntesis de las proteínas, absorción de las grasas y numerosos factores de crecimiento.

La citidinamonofofato (CMF) y el uracilo, son los nucleótidos de más alta concentración en la leche humana.(7-4)

Enzimas

Las múltiples enzimas de la leche materna tienen diversas funciones. Algunas reflejan los cambios fisiológicos que ocurren en las mamas: otras son importantes para el desarrollo neonatal (enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, xantino-oxidasa) y otras aumentan las enzimas digestivas propias del infante (alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales biliares). Muchas de ellas se

encuentran en concentraciones más altas en el calostro que en la leche madura. La lisozima es bacteriolítica contra bacterias Gram positivas y puede proteger contra algunos virus.

Hay enzimas que tienen funciones inmunológicas directas y otras que pueden actuar en forma indirecta, promoviendo la maduración celular.(7-4)

Diferencias más importantes entre la leche humana y la de vaca.

- La lactosa y otros oligosacáridos se encuentran en pequeña cantidad en la leche de vaca.
- Las proteínas y aminoácidos son específicos para cada especie, tanto las del suero como las de la porción proteica no líquida (caseína).
- En la leche de vaca, la porción caseína de las proteínas es más abundante que las proteínas del Suero.
- La menor cantidad de caseína en la leche humana permite la formación de micelas pequeñas y blandas en el estómago. Esto determina que el tiempo de vaciamiento gástrico sea mucho más rápido, aproximadamente 1.5 horas. La leche de vaca en cambio, forma coágulos más grandes y de difícil digestión, permanecen en el estómago mayor tiempo y su vaciamiento es mucho más lento, demorando aproximadamente 4 horas.
- El contenido total de proteínas en la leche humana es de 0.9 g/100 ml, lo que cubre los requerimientos del lactante sin producirle una sobrecarga renal de nitrógeno. En la leche de vaca el contenido de proteínas es superior, 3.1 g/100ml.
- La leche humana tiene mayor cantidad de nitrógeno no proteico que la leche de vaca. El contenido de nitrógeno no proteico en la leche humana constituye un 25%, mientras que en la leche de vaca es sólo de un 5%. Este nitrógeno no puede ser procesado en presencia de glicina, un aminoácido que está presente en la leche de

vaca en cantidad muy superior a la leche humana. Al suplementar la leche materna con leche de vaca, se interfiere este delicado mecanismo de transformación del nitrógeno no proteico en proteínas.

- La osmolaridad de la leche de vaca (350 mosm) es significativamente mayor que la de la leche humana (286 mosm). En el niño que la ingiere genera una mayor carga renal en un período de la vida en que la función renal es inmadura.
- La baja osmolaridad de la leche materna determina que el niño amamantado no necesite una ingesta suplementaria de agua, en cambio el niño alimentado con leche de vaca debe recibir agua como complemento de su dieta.
- La leche de vaca contiene una cantidad muy superior de nitrógeno proteico en la porción caseína.
- La alfa-lactoalbúmina es la proteína del suero más abundante en la leche humana; en la leche de vaca sólo se encuentra en trazas.
- La beta-lactoglobulina, proteína más abundante en la leche de vaca, ha demostrado tener un potencial alergénico para el niño.
- La lactoferrina constituye el 26% de las proteínas del suero de la leche humana. El contenido de lactoferrina en la leche de vaca es mínimo.
- La lisozima, que en la leche humana constituye el 8% de las proteínas del suero, en la leche de vaca sólo se encuentra en trazas.
- La taurina, aminoácido esencial para el prematuro, no está presente en la leche de vaca.
- La fenilalanina y la tirosina se encuentran en pequeñas cantidades en la leche humana, mientras que en la leche de vaca se encuentran en mayor concentración. El recién nacido no dispone de las enzimas suficientes para una adecuada metabolización de estos aminoácidos, los que si se acumulan pueden llegar a ser tóxicos.

- La cistina- metionina están en relación 2:1 en la leche humana, semejante a las proteínas de los vegetales. La leche de vaca contiene alta concentración de metionina y muy baja de cistina, la cual puede ser tóxica para el niño.
- Algunos ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga, de gran importancia para el desarrollo del sistema nervioso, sólo están presentes en la leche humana. La leche de vaca tiene escasa cantidad de ácidos linoleico y linolénico.
- La grasa de la leche materna es absorbida más eficientemente que la grasa de la leche de vaca debido a que las micelas que lo constituyen son más pequeñas y la lipasa que se activa en presencia de sales biliares. Este mecanismo facilita la digestión de las grasas en el recién nacido, cuyas enzimas pancreáticas son insuficientes.
- La lipasa no se encuentra en la leche de vaca.
- Los minerales están en distinta proporción y osmolaridad (riesgo de sobrecarga renal). Los niveles de calcio-fósforo son más bajos en la leche humana, pero la relación calcio-fósforo es mayor, 2:4. . En la leche de vaca es de 1:3. Esto determina que los niveles plasmáticos de calcio en los recién nacidos amamantados sean mayores y que los niños que se alimentan con leche de vaca tengan riesgo de tetania neonatal por hipocalcemia
- El contenido de hierro de la leche materna es variable (10 a 160ug/100ml) y en la leche de vaca es de 70ug/100ml. El hierro de la leche humana se absorbe mejor que el de la leche de vaca o de las fórmulas enriquecidas con hierro. Esto determina que la anemia sea mucho menos frecuente en los niños amamantados, incluso lactancia exclusiva por 6 meses. Por otra parte la leche de vaca puede producir micro hemorragias en el tubo digestivo del lactante

condicionando una pérdida adicional de hierro.

- La leche de vaca contiene demasiado sodio y puede provocar hipernatremia (convulsiones, diarrea).
- La vitamina A como beta-caroteno no existe en la leche de vaca y la vitamina E es escasa.
- La IgA es la principal inmunoglobulina de la leche humana y su concentración alcanza de 100 a 140mg/100ml. La leche de vaca fresca contiene 3mg/100ml de IgA, la que se inactiva al procesarla.

Los componentes bioactivos específicos de la leche humana como moduladores de crecimiento, enzimas, hormonas y células (leucocitos) no se encuentran en la leche de vaca ni en las fórmulas lácteas procesadas (7). De acuerdo a los antecedentes proporcionados se puede concluir que la leche materna satisface los requerimientos nutricionales del niño en completa armonía con su maduración fisiológica.(2-4)

Principales beneficios de la lactancia para la madre y el niño

Para el niño:

1- Propiedades protectoras: menor riesgo de enfermedades especialmente infectocontagiosas (bronquitis, otitis, diarrea), debido al paso de anticuerpos a través de la leche desde la madre hacia el niño. Cabe destacar que la leche materna contiene un factor de estímulo del crecimiento de la bacteria llamada *Lactobacillus bífidus* la que genera un pH ácido en el intestino del niño lo que impide el crecimiento de bacterias patógenas tales como salmonela, shiguela y levaduras.

2-Propiedades nutricionales: la leche materna constituye el mejor alimento, temperatura ideal, composición ideal para la digestión del niño, cantidad justa durante el día, e higiénica, ya que pasa directo del pecho de la madre a la boca del niño.

3- Diversos estudios muestran que los niños alimentados en forma exclusiva con lactancia materna, presentan un desarrollo ligeramente superior y mayores puntajes en pruebas de inteligencia aplicadas en la edad preescolar.

4- Diversos estudios muestran que el niño presentaría mejores niveles séricos de colesterol HDL (fracción del colesterol que es beneficiosa y no perjudicial como el colesterol LDL), lo que redundaría en un menor riesgo futuro de arteriosclerosis siempre y cuando de adulto, tenga una alimentación balanceada y sin exceso de grasas animales.

5- Favorece al vínculo madre-hijo, logrando mutuo conocimiento y contacto más estrecho (7).

Para la madre:

- 1- Prevención de hemorragias y anemias: las hormonas producidas con la estimulación del pezón son responsables de la retracción uterina, disminuyendo el riesgo de hemorragias postparto.
- 2- Recuperación del peso normal: el amamantar significa un gasto de energía que permite bajar el sobrepeso postparto.
- 3- Ventajas económicas: menor costo al no tener que comprar leches artificiales y menor costo en salud.
- 4- Prevención del cáncer de mamas: al funcionar la glándula mamaria se logra madurez celular y, por lo tanto, menor incidencia de cáncer mamario.
- 5- Ventajas en el espaciamiento de nuevos embarazos: el estímulo de la mama y del pezón por parte del niño al succionar impide la producción de hormonas necesarias para la ovulación y la madre tendrá un período infértil. Si la madre no amamanta a su hijo durante el período postparto, la concentración de prolactina se reduce rápidamente y el ciclo normal de producción de hormonas ováricas se reanuda, con lo que aumenta la posibilidad de embarazo.

Como método natural de espaciar los hijos, la lactancia es muy eficaz en los primeros seis meses postparto, siempre y cuando sea una lactancia exclusiva y su madre permanezca en amenorrea (sin menstruación). Esto es lo que se ha denominado el método de amenorrea y lactancia (MELA), el cual tiene una eficacia frente al embarazo de 98%, es decir, el riesgo de embarazo es menor al 2%. Si no se cumplen esas condiciones, la madre deberá ser instruida para que practique otro método de planificación familiar si no desea embarazarse.(7)

Técnica de amamantamiento

La técnica correcta es la base de una lactancia exitosa. Para amamantar, la madre debe colocarse cómodamente sentada, con su espalda apoyada en un respaldo, o en decúbito lateral con la cabeza apoyada sobre una almohada alta o doblada. El niño debe recostarse en decúbito lateral sobre uno de los antebrazos de la madre, que debe ser homólogo de la mama en que será amamantado (7).

La cabeza del niño debe apoyarse en la parte interna del ángulo que forma el brazo con el antebrazo de la madre y quedar orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño queda en íntimo contacto con el abdomen de la madre y su brazo inferior debe abrazarla, pasando por el costado del tórax. La mano que comprende el antebrazo donde el niño está recostado, debe tomar al niño firmemente de la región glútea, de modo que la madre con sólo desplazar el brazo, puede acercar o alejar al niño de la mama.

Con la otra mano la madre debe tomar su mama, con el dedo pulgar colocado en la parte superior de la aréola y los otros cuatro dedos en la parte inferior, formando una C. De esta forma lleva al pezón a estimular el centro del labio inferior del niño para producir el reflejo que le hará abrir la boca y bajar la lengua. En ese momento, con un movimiento rápido la madre debe atraer al niño hacia la mama (no la mama al niño) para introducir el pezón y la areola en su boca. Los dedos de la mano que sujeta la mama no deben ser colocados en forma de tijera, ya que esto retrae el pezón.

El pezón y la aréola deben quedar completamente introducidos en la boca del niño, de tal manera que la nariz y el mentón de éste queden en íntimo contacto con la piel de la mamá. Es importante explicar a la madre que aunque el niño tenga su nariz estrechamente aplicada contra la mama, puede respirar normalmente debido a la conformación anatómica de su nariz.

En ciertas situaciones como es el caso de amamantar gemelos, mamas muy grandes, grietas del pezón, niños hiper o hipotónicos, es útil colocar al niño sentado frente a la madre o en posición “del caballito”, en la que el niño se sienta montando sobre la pierna de la madre, con su cuerpo enfrentándola.

Otra posición útil en casos de reflejo de eyección excesivo de leche, es la de la madre en decúbito dorsal con el niño recostado en posición ventral sobre ella.

La duración de la mamada estará determinada por el niño; dejar que termine con el primer pecho, luego ofrecer el segundo. Existen variaciones de un niño a otro, a veces un pecho es suficiente.

La frecuencia también está determinada por el niño; la alimentación libre demanda permite que el niño decida cuándo tiene hambre y que esto no sea una determinación de la madre o de la enfermera. Habitualmente, la frecuencia es mayor durante los primeros 2 a 7 días. Durante este período no se recomiendan intervalos mayores de tres horas; la madre debe despertar al niño y ofrecerle el pecho si duerme mucho, o si la madre siente las mamas muy llenas. Una vez establecida la lactancia, es común un patrón de 8 a 12 mamadas en 24 horas.(7-9).

Las mamadas nocturnas son importantes para asegurar la adecuada estimulación para la producción de leche y la supresión de la fertilidad. Si el niño está muy somnoliento, se debe desabrigar y alimentar en una posición más levantada (sentado o de costado).

Indicadores de producción suficiente de leche:

- 1-Deglución audible durante el amamantamiento.
- 2-Sensación de bajada de leche en los pechos de la madre.
- 3-Pañales mojados: seis o más/ 24 horas.
- 4-Movimientos intestinales frecuentes y suaves.
- 5-Promedio de ganancia de peso de 18-30 g/día ó 125-210 g/semana (6)

Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

Todos los servicios de Maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

- 1- Disponer de una política escrita relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención en salud.
- 2- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- 3- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- 4- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- 5- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- 6- No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
- 7- Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- 8- Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
- 9- No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupetes artificiales.
- 10-Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. (7)

Contraindicaciones de la lactancia materna

Se prohíbe el empleo de la lactancia materna sólo en aquellos casos que puede poner en peligro la vida del bebé. Se consideran tres situaciones:

INFECCIONES TRANSMISIBLES: Infecciones agudas que estando presentes en las madres no ha sido contagiada al niño y por lo tanto éste podría recibirlas a través de la leche materna. En estos casos se hace una evaluación de riesgo beneficio teniendo en cuenta las posibilidades existentes para que la madre pueda comprar o adquirir fórmulas maternizadas y garantizar la higiene de su preparación. Entre estas enfermedades están la Hepatitis B, SIDA y Fiebre Tifoidea. En el caso de presentar la madre Tuberculosis, en el Perú se prefiere no interrumpir la lactancia materna y administrar isoniazida diariamente por tres meses al bebé para evitar el contagio.(7-1)

Medicamentos o fármacos que tomados en dosis altas pueden pasar en concentraciones peligrosas a la leche materna: Empleo por parte de la madre de sustancias radioactivas, anticancerosos, antitiroideos, metronidazol (Flagyl ®) y barbitúricos, fenitoina o Epamin®), derivados de ergotamina, anfetaminas, tabaco alcohol, drogas que causan fármaco dependencia.

- **AGRESIVIDAD MATERNA:** madres con enfermedad psiquiátrica con componente de agresividad que pone en riesgo la vida (psicosis puerperal, algunas formas de esquizofrenia).(5)

Leyes de protección de la madre y a la lactancia materna

A- Ley de seguridad social, Decreto N° 974 publicada en la Gaceta N° 49, Marzo de 1982; CAPÍTULO VII, Subsidios de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales; artos. 92 y 94-98.

B- Código de la niñez y la adolescencia. **CAPÍTULO III**, Derechos a la salud, educación, seguridad social cultura y recreación

C- Resolución Ministerial 106-2000, sobre la protección de la lactancia materna y la trabajadora de la salud.

D- Código del Trabajo: **CAPÍTULO I**, De las mujeres trabajadoras y **CAPÍTULO II**. De la Protección de la Maternidad de la Mujer Trabajadora, artículos 138 al 144.

E- Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

F- Ley N° 295. “Ley de promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna, y regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna”(10).

Actitudes y prácticas de las madres que amamantan

El primer prerrequisito para dar de mamar venturosamente es tener la confianza de que se puede hacer. En todas las partes, tanto en los países del tercer mundo como en los industrializados, la confianza de las mujeres en su capacidad para amamantar se está viendo socavada por muchas fuerzas (3).

Es raro encontrar a una mujer con el conocimiento y el valor para protestar con orgullo y firmeza: “No admito que se me vaya la leche; mi leche es de la mejor calidad y tengo la intención de alimentar con ella a mi bebé todo el tiempo que sea necesario”. Decir esto en una sociedad en la que se han difundido muchas dudas acerca de la calidad y cantidad de la leche materna requiere no solo poseer los hechos sino también una actitud asertiva (3).

Muchas madres creen que su leche no es buena porque ellas no se alimentan bien, aunque se ven bien nutritivas otras dejan de amamantar porque se les dijo mamas muy pequeñas o que su leche era delgada, o algún otro comentario parecido. Todas estas apreciaciones hacen que la confianza de las madres empiece a tambalear (3).

Algunas madres que no amamantan a sus hijos se tornan agresivas, tal vez porque subconscientemente se sienten culpables. Muchas mujeres cuando se les pregunta porque no amamantan a sus hijos responden porque no tuvieron leche o porque la leche les caía de mamar o porque se sentían muy atadas al bebé (6).

En las sociedades urbanas, en las que la alimentación al pecho es la excepción más que la regla, es muy difícil que las mujeres obtengan este tipo de ayuda, a menos de que sus madres acudan a auxiliarlas. Las familias urbanas modernas por lo general no son estables ni grandes. Generalmente la madre se queda sola con su primer hijo la mayor parte del día, sola con su nueva y a veces aterradoramente responsable de ser madre. Esta es una tarea para la cual no tiene instintos solo su sentido común (3).

En toda sociedad hay algunas mujeres que amamantan sin contratiempos y felizmente su producción de leche se ajusta automáticamente a la demanda del bebé y le dan el pecho sin ningún problema (7).

En una sociedad rural, en la que la alimentación al pecho es todavía una tradición, la producción de leche puede ser mayor. El otro grupo lo forman aquellas mujeres que tienen algún tipo de problemas, desde simples molestias como escurrimiento de leche y taponamiento de los conductos lácteos, hasta otros más serios como continua fluctuación de aporte lácteo, grietas en los pezones, mastitis o abscesos (7).

Conocimiento: El conocimiento implica datos concretos sobre lo que busca una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en el de hecho, información, concepto, pero también como comprensión y análisis; la especie humana ha progresado en la medida que ha acumulado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar.

Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas, el tipo de conocimiento adecuado en lactancia materna es el estímulo, el auto análisis y es el elemento matriz para su adopción (11).

Actitud: Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a reacciones preferentemente de una manera determinada.

Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valor; impulsos, propósitos, referencias, aversiones, gustos prejuicios, convicciones otro.

Las actitudes son adquiridas y no heredadas por tanto su desarrollo implica socialización y hábitos. El nivel socioeconómico y educacional, la ocupación, la edad tiene influencia sobre la actitud.

La actitud tiende a informar el comportamiento y las relaciones sociales. Conociendo la actitudes de una persona es posible predecir mas fácilmente sus practicas.

Las actitudes se evalúan a través de métodos de auto descripción, entrevista encuestas, cuestionario, escala (11).

Prácticas: El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que él participa. Las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una forma establecida para una situación en común (11).

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de Estudio: El estudio se realizó en la comunidad de Palacio, con niños menores de 2 años que asisten al programa de Vigilancia Promoción Crecimiento y Desarrollo.

Universo: Lo forman 86 madres de la comunidad de Palacio, con niños menores de 2 años que asisten al programa de Vigilancia Promoción Crecimiento y Desarrollo.

Muestra: Está formada por 50 madres con niños menores de 2 años de la comunidad en estudio que asisten al programa, seleccionados por conveniencia.

Criterio de Inclusión:

- Madres de niños menores de 2 años.
- Que pertenecen a la comunidad de Palacio.
- Madre con uno o más hijos(as).

Fuentes de Información: Primaria mediante encuesta directa a las Madres.

Instrumento de recolección de datos:

Encuesta directa de preguntas cerradas, abiertas y de selección, las que fueron sometidas con anterioridad a una prueba piloto.

Análisis de la información:

El análisis de la información se realizó introduciendo las diferentes variables que contiene el instrumento, en una base de datos computarizados del programa estadístico Epi-info. Versión 6.04d español.

Aplicando tabulación de univariabes y bivariabes y las pruebas estadísticas necesarias.

Una vez analizados los datos se organizaron, se procesaron estos mismos para obtener los resultados, las conclusiones y recomendaciones del estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad de la Madre	Madres con años cumplidos al momento de la encuesta	Encuesta	a-15-20 b- 21-25 c- 26-30 d- 31-35 e- 36-40 f- 41-45 g- >45
Procedencia	Lugar donde vive o permanece la madre	Encuesta	a- Urbano b- Rural
Escolaridad	Nivel académico alcanzado al momento de la encuesta	Encuesta	a-Analfabeta b-Alfabeta c-Primaria d-Secundaria e-Universitaria
Ocupación	Empleo u oficio que desempeña la madre	Encuesta	a-Ama se Casa b-Trabajadora c-Estudiente d-Otros
Estado Civil	Condición de la persona en cómo se ha establecido la relación de la pareja	Encuesta	a- Soltera b- Unión libre c- Casada d- Divorciada
Conocimiento	Grado de Conocimiento de las madres sobre Lactancia Materna	Encuesta	a – Tiene conocimiento b- No tiene conocimiento
Que es Lactancia Materna Exclusiva	Alimentar únicamente con leche materna al bebé	Encuesta	a- Alimentar únicamente con leche materna a-Alimentar al bebé con leche materna y biberón c- Alimentar con leche materna y alimentación complementaria
Beneficio de Lactancia Materna	Grado de Conocimiento acerca de los beneficios de Lactancia Materna	Encuesta	Sí No

Conoce la forma de extraerse la leche materna	Forma cómo se extrae la leche	Encuesta	a- Sí b-No
Posición de Amamantamiento	Nivel de conocimiento de las posiciones de amamantamiento	Encuesta	1-Niño con la madre sentada 2- Niño con la madre acostada
Actitud	Predisposición de la madre para ofrece lactancia materna	Encuesta	Positiva Negativa
Tiempo que dio lactancia materna	Período de tiempo que dio lactancia materna	Encuesta	a- Un mes b-Dos meses c- Tres meses d- De 4 a 6 meses e- Más de 6 meses
Debería alimentar al bebé desde que nace con pecho materno	Predisposición de ofertar el pecho materno desde que nace el bebé	Encuesta	Sí No
Técnicas para alimentar al niño cuando no se encuentra	Técnica de alimentación empleada en ausencia de su madre	Encuesta	a- Extracción manual b- Uso del biberón c-Otros alimentos
Práctica	Utilización de lactancia materna en la alimentación de su madre	Encuesta	a-La practica b- No la practica
Alimento que mayormente ofrece a su niño	Alimento que mayormente consume el bebé	Encuesta	a-Pecho materno b-Leche de bote c- Leche de vaca d- Lactancia combinada e-Otros

Con qué frecuencia da el pecho a su niño	Tiempo que le dará el pecho a su niño	Encuesta	a- Cada hora b- Cada día c- Cada semana d- No le da
Al iniciar a amamantar con qué pecho comienza	Pecho que utiliza al comenzar a amamantar	Encuesta	a- Con el pecho que no se alimentó el bebé b- Con el pecho que se alimentó la última vez
Cuánto tiempo le dio a su hijo mayor	Período que ofreció lactancia materna a su hijo mayor	Encuesta	a- Dos meses b- Cuatro meses c- Seis meses d- Otros

Resultados

El total de la muestra proyectada fue 50 madres en relación a la edad el 36%(26-30 años), 22% tiene entre (15 – 20 años), el 28% (21-25años) el 8% (31-35), el 4% (36 – 40 años) y el 2% (41-46).Anexo 1

Con respecto a la procedencia el 100% rural; en relación al nivel académico el 28% son analfabetas, el 22% alfabetos, el 42% primaria, el 6% secundaria y el 2% universitaria. Anexo 1

De acuerdo a la ocupación el 66% son ama de casas, el 32% trabaja y el 2% estudia. Respecto al estado civil, el 24% son solteras, el 56% unión libre, el 18% casadas y el 2% divorciadas. Anexo 1

Conocimiento de Lactancia Materna

Con respecto a los conocimientos de lactancia materna exclusiva, se encontró que el 70% mencionó que es alimentar al bebé únicamente con lactancia materna; 26% lactancia materna y biberón y un 4% alimentación con leche y alimentación complementaria.(Ver gráfico 1)

En referencia a conocer los beneficios de lactancia materna y nivel académico; el 30% de las analfabetas mencionó conocerlos, y el 17% no los conocen; el 18% de alfabetas sí los conocen y el 50% de éstas no los conocen; el 43% de primaria sí los conocen y el 33% de éstas no; el 7% de secundaria sí conocen los beneficios y el 2% de universitaria sí conocen los beneficios. (Ver gráfico 2)

En relación a mencionar 2 beneficios de Lactancia Materna: protege de enfermedades, respondió un 28% es económica, un 25% no se enferman, 22% ayuda a crecer sanos y fuertes y ayuda al buen desarrollo del niño 10%; y previene la desnutrición 4.5%. (Ver gráfico 3)

Con respecto a la forma de extraerse la leche y nivel académico: el 19% de analfabeta mencionó sí y el 39% no; el 22% de alfabetas mencionó que sí y el 22% no; el 51% primaria sí y el 30% de ésta no; el 4% secundaria sí y el 9% de esto no; y 4% universitaria sí. (Ver gráfico 4)

En relación a técnica de amamantamiento y la posición del niño con la madre sentada, el 98% conoce posición tradicional, 2% de canasto o de pelota (Ver gráfico 5). La posición de niño con la madre acostada 88% conoce la de cubito lateral; 12% el niño sobre la madre en cubito ventral. (Ver gráfico 6)

Actitud de Lactancia Materna

En relación cuánto tiempo dará lactancia materna exclusiva y nivel académico:

- El 63% de analfabetas mencionó 1 mes, el 17% 2 meses, 17% 3 meses, el 14% 4 meses y 40% más de 6 meses.
- El 33% de alfabetas dos meses, el 25% 3 meses, el 21% 4 a 6 meses y el 30% más de 6 meses.
- El 25% primaria 1 mes, 33% dos meses, 50% 3 meses; el 57% 4-6 meses y el 30% más de 6 meses.
- El 12% secundaria un mes, el 17% dos meses, el 8% 3 meses.
- El 7% de universitarios de 4 a 6 meses. (Ver gráfico 7)

Con respecto a debería alimentar al niño con pecho materno desde que nace el 96% menciona que sí y el 4% que no. (Ver gráfico 8)

En relación si está el niño con diarrea o neumonía, suspender la lactancia materna: el 38% respondió que sí, y el 62% que no. (Ver gráfico 9)

En referencia si sale embarazada y está dando pecho suspender la lactancia materna el 88% respondió que sí el 12% no. (Ver gráfico 10)

En relación a partir de qué edad daría pecho materno y alimentación complementaria el 26% de las alfabetas respondió 6 meses, el 27% un año y el 100% 2 años.

El 17% de las alfabetas 6 meses, el 27% un año; el 52% de primaria 6 meses, el 35% un año. El 4% secundaria 6 meses y el 7.7% un año. El 3.8% universitario 1 año. (Ver gráfico 11)

Con respecto a que si le sale poca leche de su pecho, qué haría. El 6% respondió suspender la lactancia, el 60% usaría biberón y el 34% ofrece pecho con más frecuencia. (Ver gráfico 12)

En relación a qué técnica usaría para alimentar a su bebé cuando no se encuentre y el nivel académico. El 29% de analfabetas respondió extracción manual de la leche, usa biberón el 33%; el 29% de alfabetas respondió extracción manual, el 20% usa biberón y el 16% otros alimentos; el 29% de primaria extracción manual, el 43% usa biberón y el 67% otros alimentos; el 7% secundaria extracción manual, 3% usa biberón, el 16% otros alimentos; el 7% de universitarios extracción Manual. (Ver gráfico 13)

Prácticas de Lactancia Materna

De acuerdo con qué frecuencia da el pecho a su hijo y el nivel académico. El 28% de analfabetas es libre demanda, el 35% cada hora. El 24% de alfabetas libre demanda, el 15% cada hora y el 50% cada día. El 36% de primaria libre demanda, 45% cada hora y el 50% cada día. El 8% secundaria libre demanda, el 5% cada hora y el 50% cada día. El 4% de universitarios es libre demanda. (Ver gráfico 14)

En relación con qué alimenta mayormente a su niño y nivel académico, de las analfabetas el 22% con pecho materno, el 23% con leche de bote, el 41% con leche de vaca. Las alfabetas 28% con leche materna, 15% leche de pote, 24% leche de vaca. Las primarias 39% pecho materno; 54% leche de pote, 35% leche de vaca y el 50% lactancia combinada. La secundaria 6% pecho materno, 8%

leche de pote y el 50% lactancia combinada, Las universitarias el 6% pecho materno. (Ver gráfico 15)

En relación a amamantar con que pecho comienza el 86% respondió con el pecho que no se ha alimentado la última vez y el 14% con el pecho que se alimentó la última vez. (Ver gráfico 16)

Con respecto a cuánto tiempo le dio lactancia materna a su niño mayor y nivel académico, analfabetas, el 55% dos meses, 24% cuatro meses, 9% seis meses, el 27% más de un año. alfabetas 9% dos meses, el 24% cuatro meses, el 27% seis meses y el 27% más de un año. Las primarias 27% dos meses, 41% cuatro meses, 64% seis meses y el 36% más de un año. La secundaria el 9% dos meses, 11% cuatro meses. Las universitarias el 9% más de un año. (Ver gráfico 17)

Discusión

Este estudio fue realizado en la Comunidad de Palacio, municipio Puerto Morazán – Chinandega, sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la lactancia materna.

En relación a la edad predominaron las madres entre 26 y 30 años, en su totalidad de procedencia rural y el nivel académico que más predomina son de primaria y el estado civil de unión libre.

Al analizar los conocimientos de las madres encuestadas debe puntualizarse que las preguntas recogen información sobre la apreciación que las madres hacen de su propio conocimiento. En cuanto a lo anterior los resultados muestran que las madres conocen qué es Lactancia Materna exclusiva, así como sus beneficios, destacando los beneficios de: Protege de enfermedades a los niños seguido de que es económica. La mayoría de las madres tiene el conocimiento de cómo extraerse la leche así, como conocen las posiciones predominando la tradicional con la madre acostada.

Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio realizado en León en 1994 por ELVIR (2), donde reporta que más del 50% conocen qué es Lactancia Materna exclusiva, y otro estudio realizado por Pastora (8) donde reporta que el 53% conoce sobre los beneficios.

En cuanto a la actitud observamos que las madres con escolaridad de primaria se destacó en dar lactancia materna exclusiva de 4 a 6 meses considerando que la lactancia materna es más prolongada en madres con niveles de educación baja, lo que considera que el nivel de educación de la madre no impide que ésta de amamantar. La mayoría respondió que deberían de alimentar a su niño desde que nace y que debe continuar amamantando al niño cuando

tenga diarrea o neumonía, lo que representa una buena actitud de ofrecer lactancia materna.

En referencia si sale embarazada y está dando pecho suspender la lactancia materna, se observó que más del 60% de las madres entrevistadas respondió que sí la suspende, dejando al descubierto una debilidad para continuar amamantando.

En lo que se refiere a partir de qué edad daría pecho y alimentación complementaria, las madres con nivel de primaria respondieron que a partir de los seis meses, aquí se observó que las madres presentan una buena actitud de ofrecer pecho materno y otros alimentos, lo que el nivel académico no influye en esta actitud.

En relación a si le sale poca leche ¿Qué haría? El 60% utiliza el biberón, observando que las madres optan por sucedáneos de la leche materna al igual que utilizan el biberón como técnica de alimentación.

En cuanto a la práctica de lactancia materna en las 50 madres observamos que un gran porcentaje amamanta a su bebé a libre demanda y otros cada hora, optan por la lactancia materna y como alimentación alternativa leche de vaca, con un promedio de lactancia materna de 4 meses.

Conclusiones

- De las 50 madres estudiadas el 36% tiene una edad de 26 - 30 años; de procedencia rural, nivel académico de primaria y un estado civil de unión libre.
- La mayoría de las madres tienen conocimiento bueno respecto a la lactancia materna, como sus beneficios, forma de extracción de la leche y las técnicas básicas de amamantamiento.
- El mayor porcentaje de las madres tienen una actitud muy buena, frente a la lactancia materna con un promedio de lactancia de 4 a 6 meses.
- La mayoría de las madres tienen una buena práctica de lactancia materna, ofreciendo pecho a libre demanda.

Recomendaciones

- ✓ Brindar educación comunitaria a las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, para ampliar y mejorar la información sobre lactancia materna.
- ✓ Realizar trabajos de terrenos continuos a nivel rural para promover y fomentar la lactancia materna en la mayoría de las madres.
- ✓ Brindar orientación a las madres en relación a las técnicas de amamantamiento y capacitar en mayor número de madres con talleres continuos sobre la importancia de lactancia materna para mejorar las actitudes y prácticas de las mismas.

BIBLIOGRAFIA

- Schallorn Mc. Valdés. Lactancia Materna Contenidos Técnicos para profesionales de la salud, 1995. Santiago-Chile. Universidad Católica de Chile, MINSA UNICEF Pág. 43-5 / 56-68 / 61-63 / 109-111
- Elvir Ida, Ana. Práctica y conocimiento sobre lactancia materna en madres del barrio de Sutiava-León; Julio-Octubre 1994. Pág. 32
- Novoa González Rosa. Lactancia materna en el Hospital Fernando Vélez Paiz, Managua-Nicaragua, Octubre 1985, UNAN-Managua Pág. 45
- Ezquivel Tórrez, Elvir. Patrón de Lactancia materna con niños menores de 12 meses que acudieron al centro de Salud Mántica Berio León; Agosto-Octubre 1989. Pág. 39
- Vallejos, María Lourdes; Mendoza, Ana Bertha. Conocimiento, actitudes y prácticas de Lactancia Materna en madres del barrio Roberto González Chinandega primer trimestre 2004. Pág. 46-47/56-60
- Malespín y Medal, Rodrigo José. Conocimiento sobre lactancia materna y práctica de amamantamiento y destete de la población materna del municipio de León, Julio-Agosto 1996 Pág. 4
- UNICEF Manual de lactancia para la atención Primaria. Editorial Enlace Managua-Nicaragua 2000 Pág. 57-64/99

- Pastora; Espinales. Mauricio Lactancia Materna y alimentación complementaria, Murra SILAIS Nueva Segovia Enero-Junio 1997 Pág. 19-20-36-37
- Berhman R F, Vonghon VC. Tratado de Pediatría I Nelson tomo I; Marzo 1992 Interamericana- McGraw-Hill 13va Edición México. DF
- Lawrence, Ruth A. Lactancia Materna: Una Guía para la profesión médica. 1996 Mosby / Doyma, S.A. Iberoamericana Madrid-España. Pág. 220-211-212-213
- Organización Panamericana de la salud Manual de encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas,. México, 1996
- Muñoz. N, Ojeda, S. Conocimiento y práctica sobre lactancia materna en mujeres que asisten al CPN y VPCD en el centro de salud Sutiava, Mayo, Junio 2000
- Baltodano, Luis A. Conocimiento y actitudes prácticas sobre lactancia materna en niños menores de 2 años en el municipio de Quezalguaque. León, agosto 2005.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de la información

Conocimiento, actitudes y prácticas de la lactancia materna en madres con niños menores de 2 años en la comunidad de Palacios, Municipio de Puerto Morazán, en el primer trimestre del 2007.

Nº de Ficha _____

Fecha: _____
 Día Mes Año

Datos Generales:

Nombre de la madre: _____

Edad de la madre:

a. 15-20 ___ b. 21-25 ___ c. 26-30 ___ d. 31-35 ___ e. 36-40 ___ f. 41-45 ___
g. > 45 ___

Procedencia:

1. Urbano ___ 2. Rural ___

Escolaridad:

a. Analfabeta ___ b. Alfabetada ___ c. Primaria ___ d. Secundaria ___
e. Universitaria ___

Ocupación:

a. Ama de casa ___ b. Trabajadora ___ c. Estudiante ___ d. Otros ___

Estado Civil:

a. Soltera ___ b. Unión Libre ___ c. Casada ___ d. Divorciada ___

Conocimientos

1. ¿Qué es lactancia materna exclusiva?

a- Alimentar únicamente con leche materna al bebé

b- Alimentar al bebé con leche materna y biberón

c- Alimentar al bebé con leche materna y alimentación complementaria

2. ¿Conoce usted los beneficios de la lactancia materna?

a. Sí ___ b. No ___

3. Mencione dos beneficios de la lactancia materna

4. ¿Conoce la forma de extraerse la leche en caso de que sea necesario?

a. Sí ___ b. No ___

5. ¿Cuáles de las siguientes técnicas de amamantamiento conoce?

1. Posición del niño con la madre sentada:

- a. Tradicional (niño acostado al lado) _____
- b. De canasto o de pelota _____
- c. De reversa _____
- d. Sentado frente a la madre _____
- e. Posición de caballito _____
- f. Mano bailarina _____

2. Posición del niño con la madre acostada

- a. Tradicional (en decúbito lateral) _____
- b. Niño sobre la madre en decúbito (ventral) _____

Actitud

6. ¿Cuánto tiempo le dio lactancia materna exclusiva a su niño?

- a. Un mes _____
- b. Dos meses _____
- c. Tres meses _____
- d. Cuatro a seis meses _____
- e. Más de seis meses _____

7. ¿Debería alimentar al bebé desde que nace con pecho materno?

- a. Sí ----- b. No -----

8. ¿Si está su niño con diarrea o neumonía, le suspende la lactancia ?

- a. Sí _____ b. No _____

9. ¿Si usted sale embarazada y esta dando pecho, le suspendería la lactancia a su niño?

- a. Sí ----- b. No-----

10. ¿ A partir de qué edad usted le daría pecho materno y alimentación a su bebé?

- a. 6 meses b. 1 año c. 2 años

11. ¿Si a usted le sale poca leche de su pecho qué haría?

- a. Suspender la lactancia _____
- b. Usa biberón _____
- c. Ofrece pecho con más frecuencia _____

12. ¿Qué técnica usaría para alimentar a su bebé cuando no se encuentra?

- a. Extracción manual _____
- b. Uso de biberón _____
- c. Otros alimentos _____

Práctica

5. ¿Con qué frecuencia da el pecho a su hijo?
- 1) Libre demanda _____
 - 2) Cada hora _____
 - 3) Cada día _____
 - 4) Cada semana _____
 - 5) No le da _____
6. ¿Con qué alimenta mayormente a su niño?
- a. Pecho materno _____
 - b. Leche de bote _____
 - c. Leche de vaca _____
 - d. Lactancia combinada _____
 - e. Otros _____
15. ¿Al iniciar a amamantar con qué pecho comienza?
- a. Con el pecho que no se alimentó el bebé _____
 - b. Con el pecho con que se alimentó la última vez _____
16. ¿Cuánto tiempo le dio lactancia materna a su hijo mayor?
- a. 2 meses
 - b. 4 meses
 - c. 4 meses
 - d. Otros

Tabla 1

Características socio demográfica de las madres con niños menores de 2 años en la comunidad de Palacio, municipio puerto Morazán, primer trimestre del año 2007.

CARACTERÍSTICAS	n..	(%)
Edad (años)		
15 – 20	11	22
21 – 25	14	28
26 – 30	18	36
31 – 35	4	8
36 – 40	2	4
41 – 45	1	2
Procedencia		
Rural	50	100%
Escolaridad		
Analfabeta	14	20
Alfabeta	11	22
Primaria	21	42
Secundaria	3	6
Universitaria	1	2
Ocupación		
Ama de Casa	33	66
Trabajadora	16	32
Estudiante	1	2
Estado Civil		
Soltera	12	24
Unión Libre	28	56
Casada	9	18
Divorciada	1	2

Gráfico 01

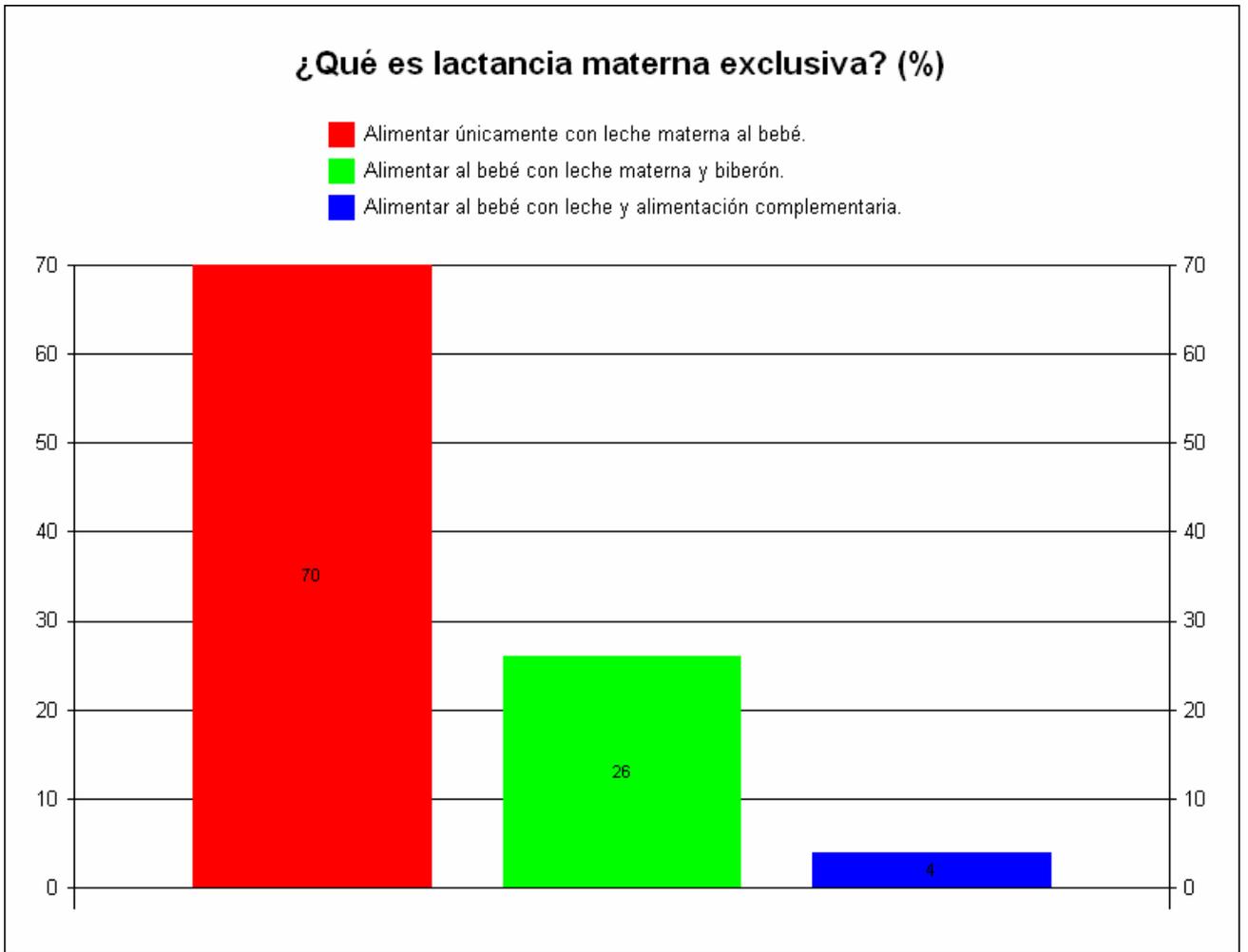


Gráfico N° 2

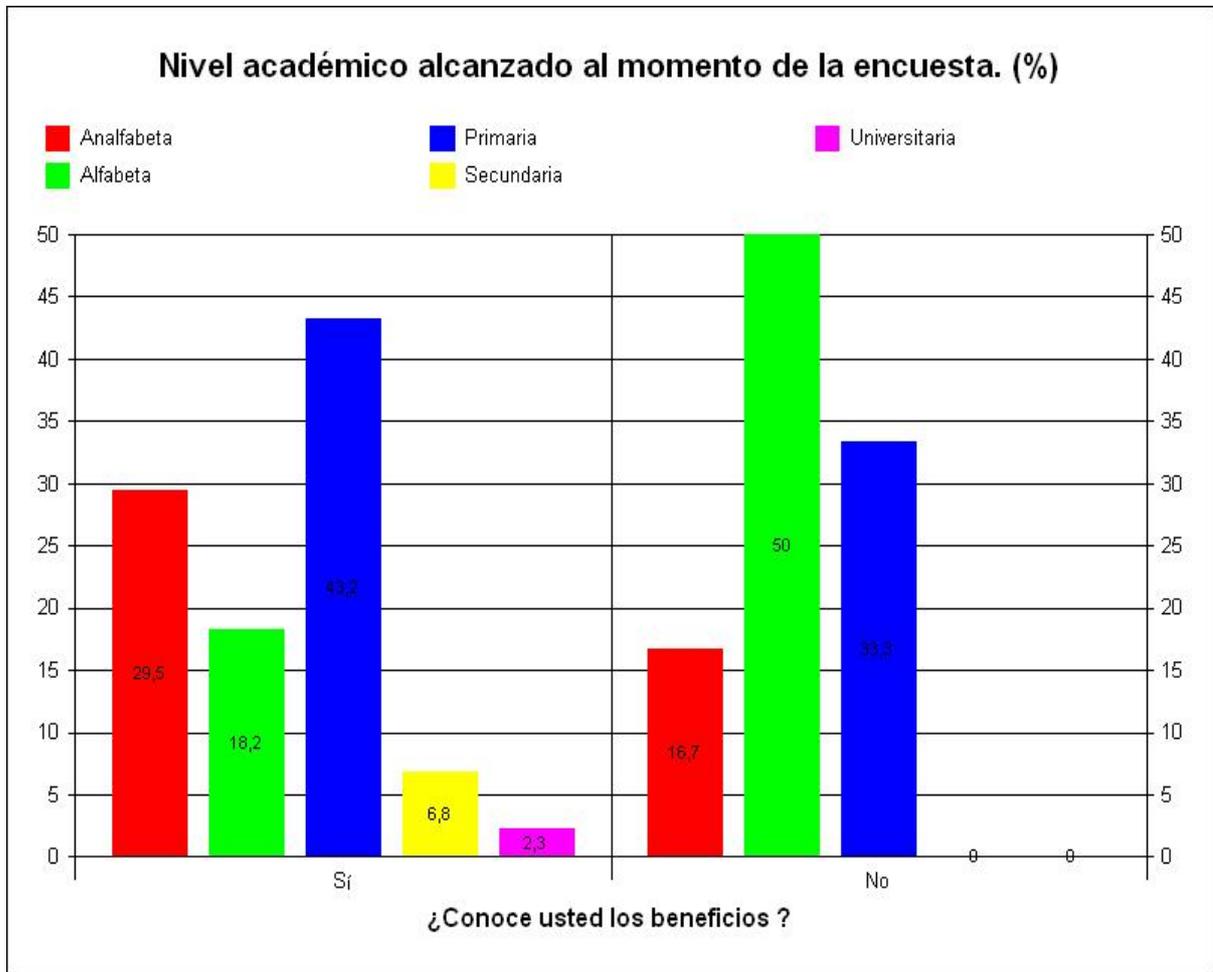


Gráfico 03

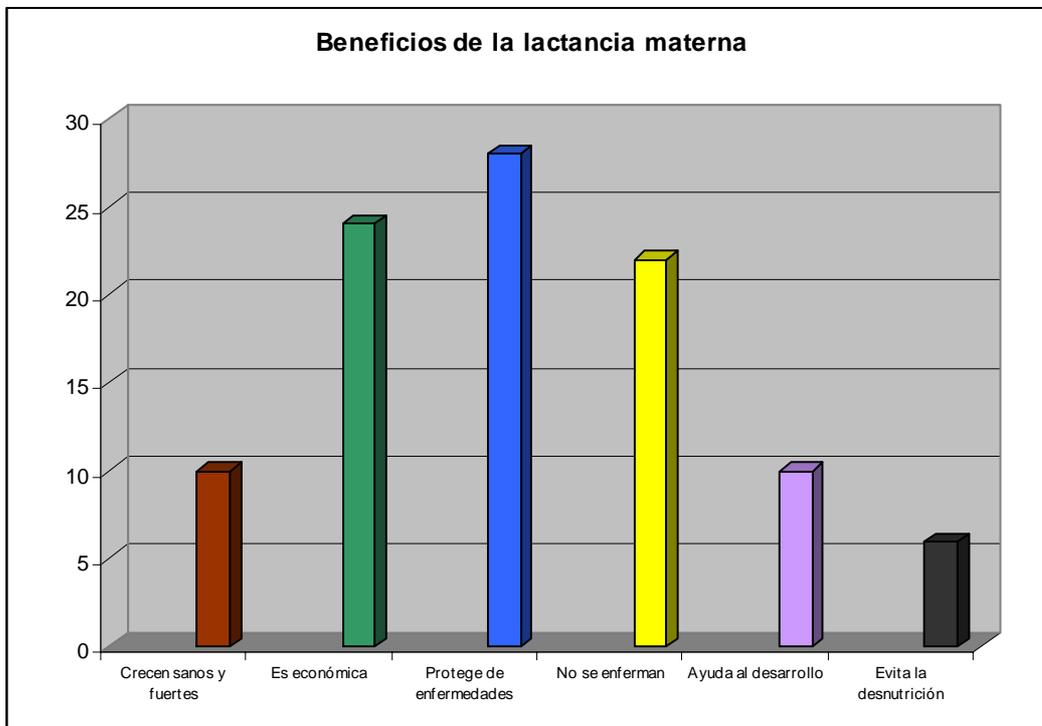


Tabla 04

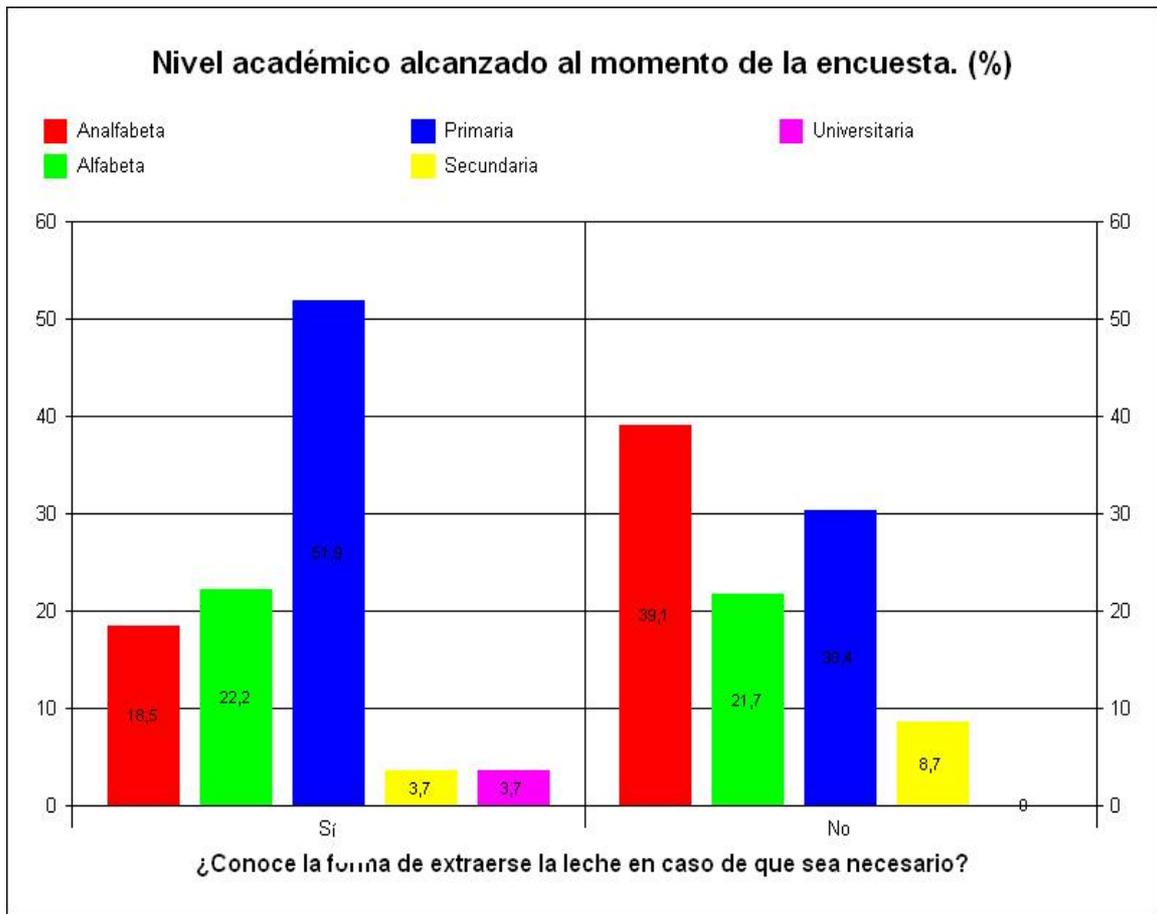


Tabla N° 5

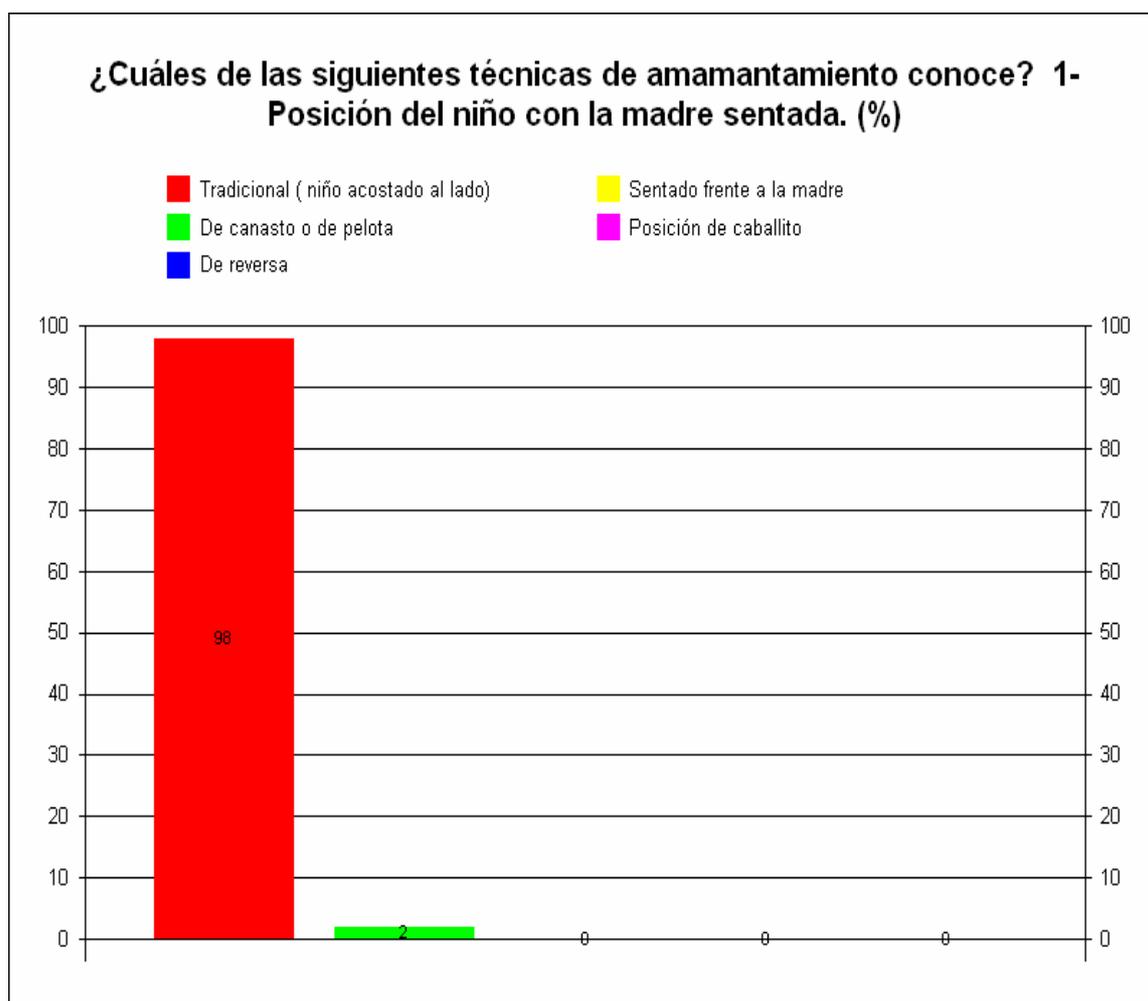


Gráfico 06

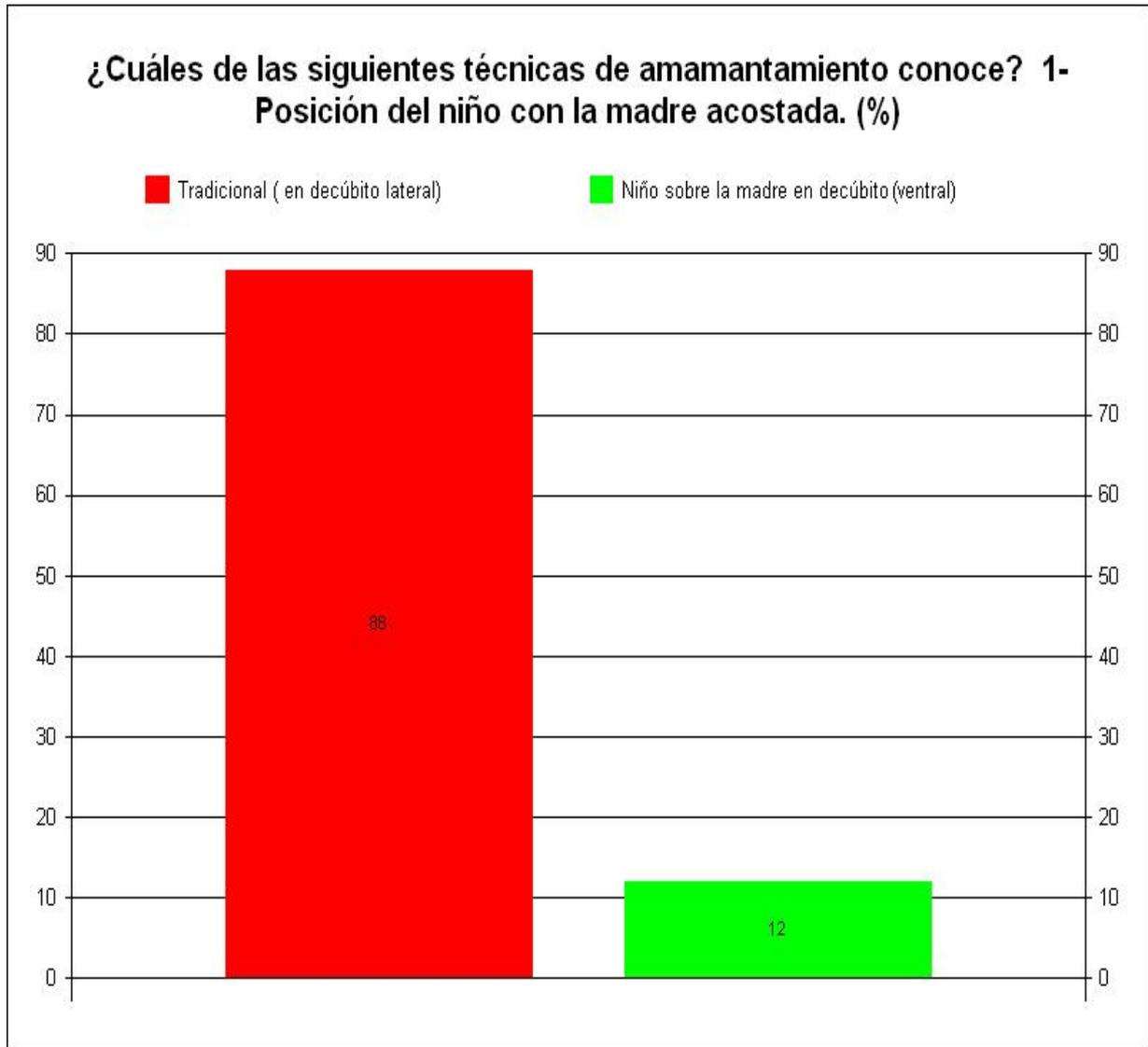


Gráfico N° 7

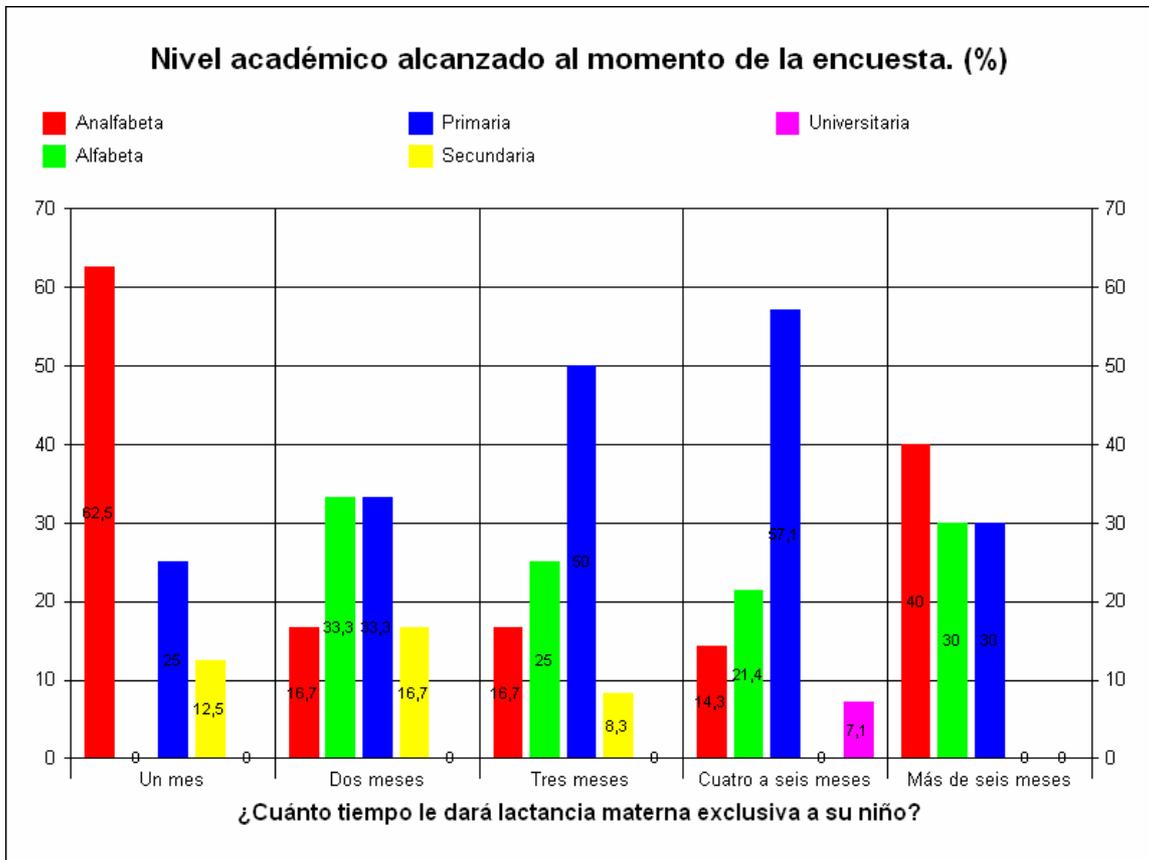


Gráfico 08

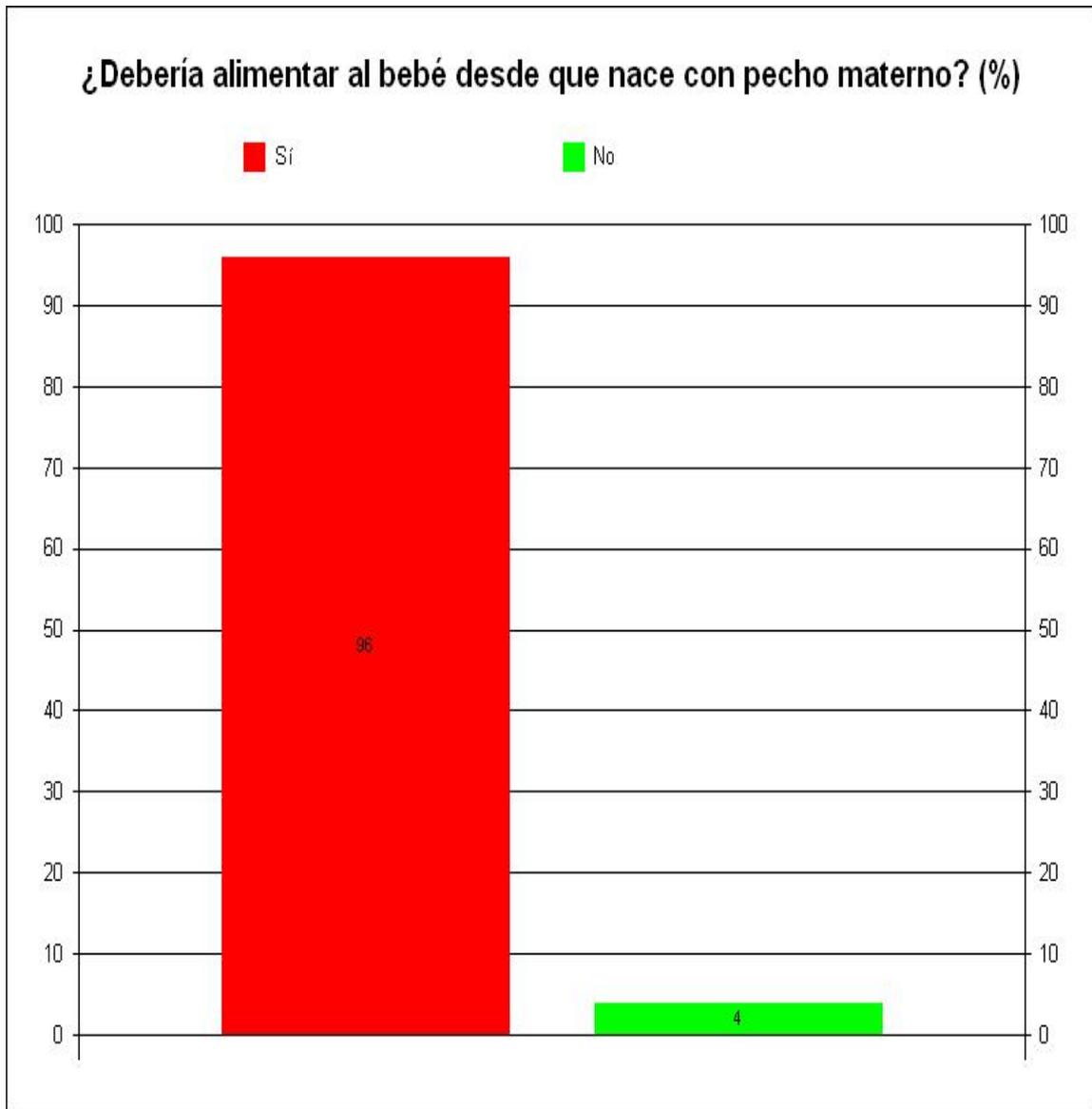


Gráfico 09



Gráfico N° 10

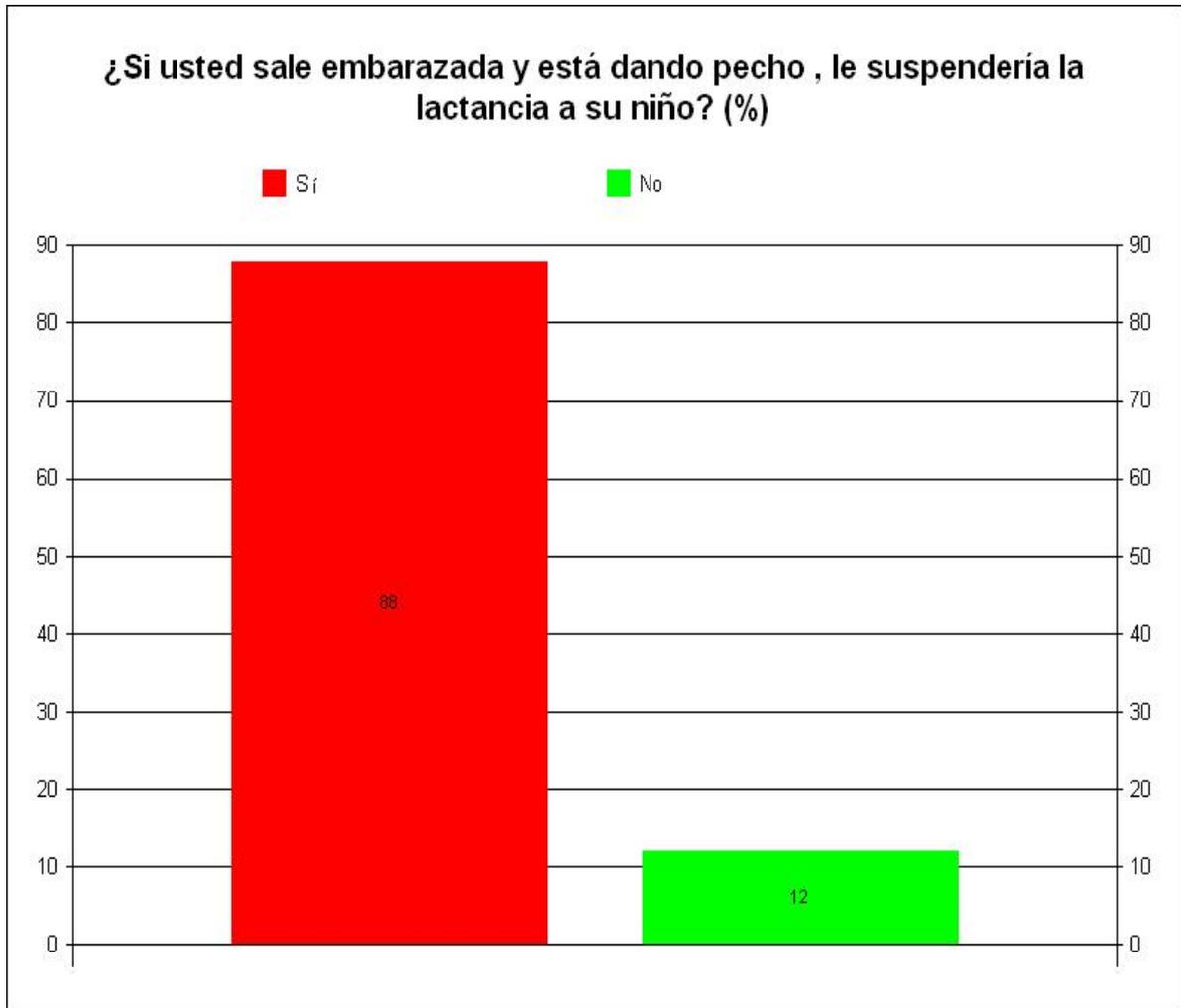


Gráfico N° 11

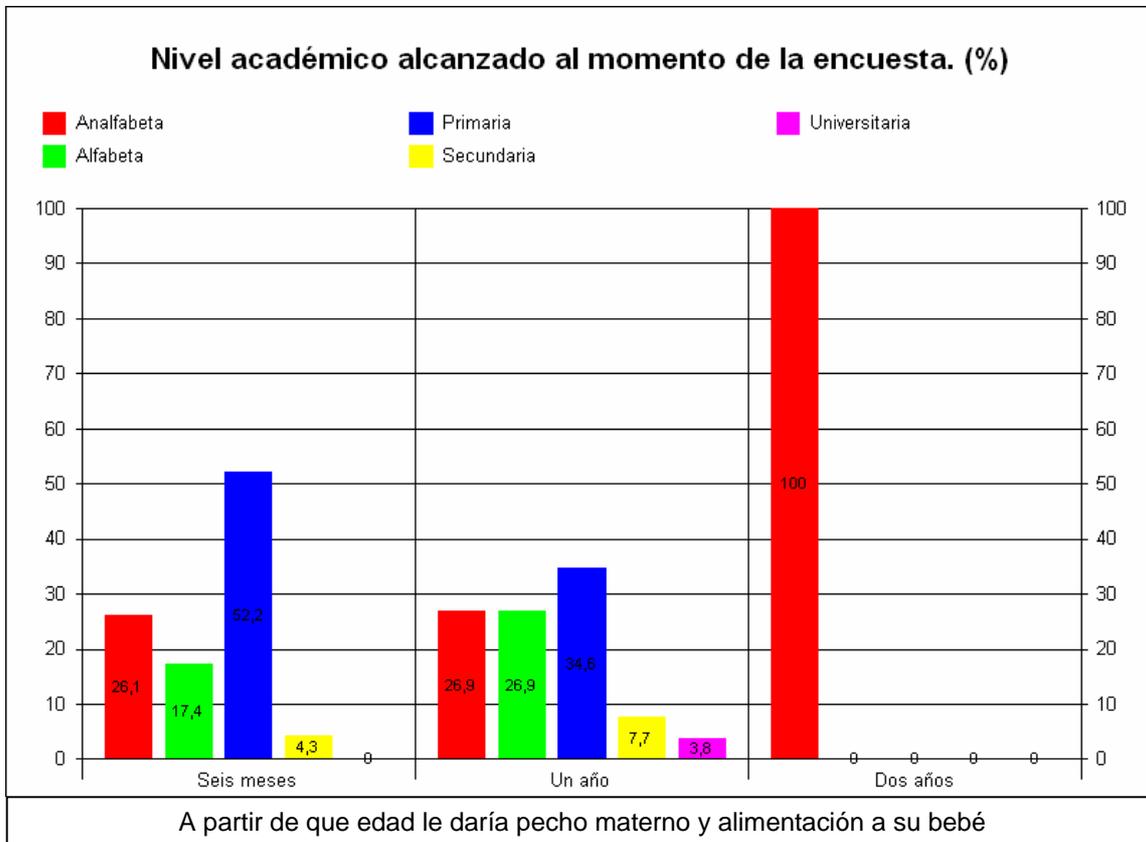


Gráfico 12

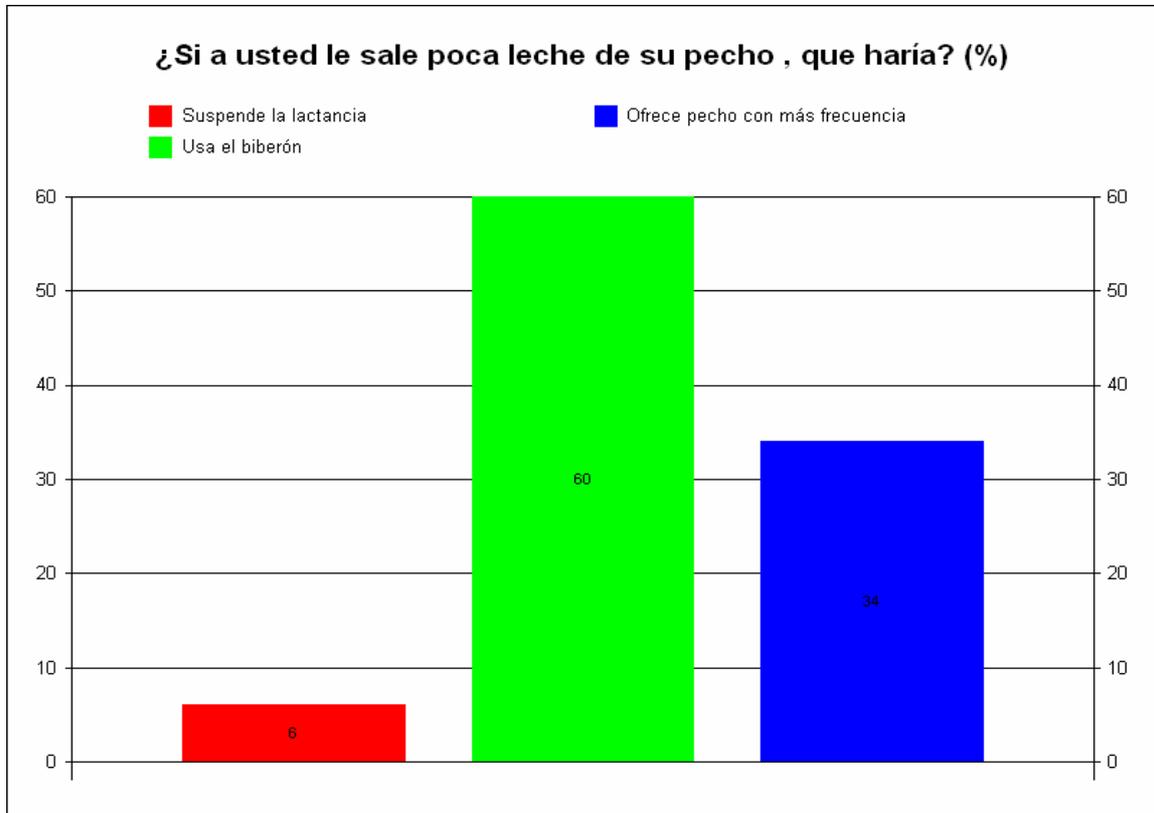


Gráfico N° 13

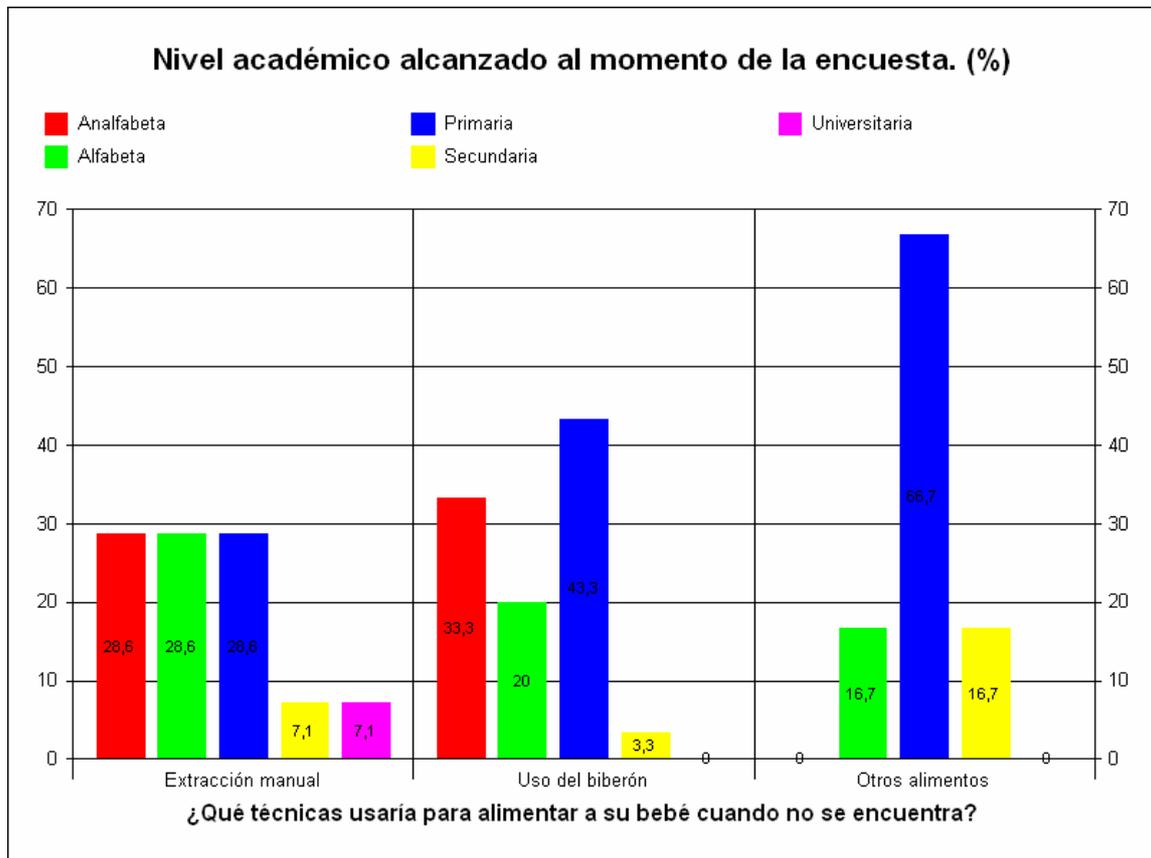


Gráfico N° 14

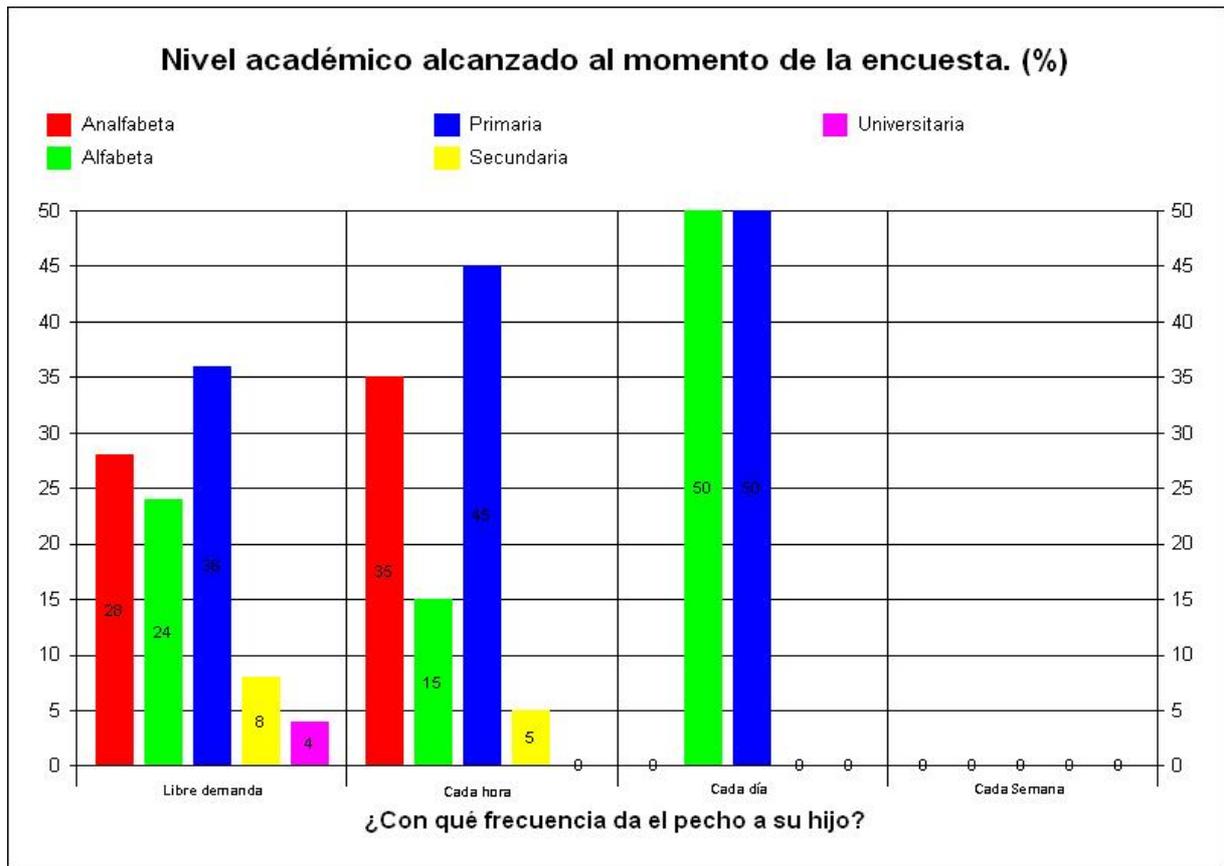


Gráfico N° 15

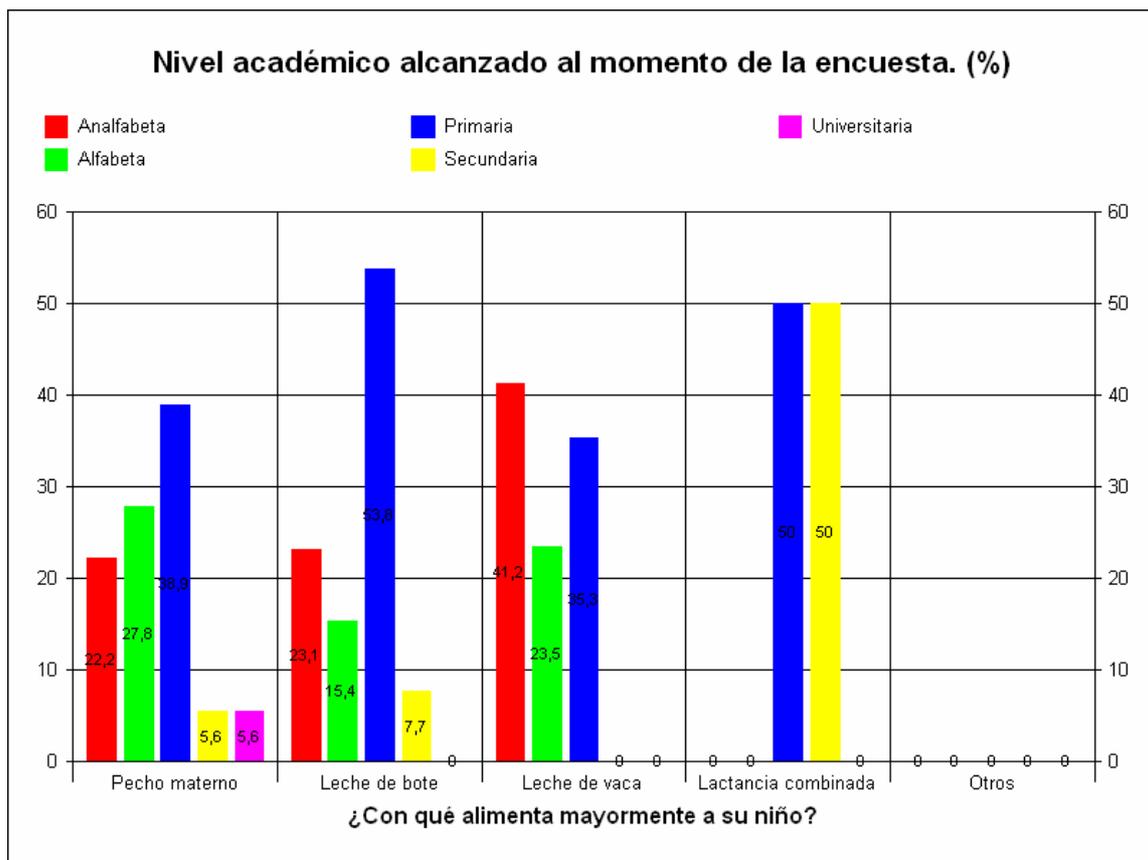


Gráfico 16



Gráfico N° 17

