

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNAN-LEÓN.



TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Tema: Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna (LM) que tienen las madres de niños menores de 24 meses que acuden al P/S Tamarindo en el municipio de La Paz Centro, Departamento de León, Nicaragua, captadas entre Febrero-Mayo del 2016.

Autor:

María Estela Morales López (Médico Servicio Social)

Tutor:

Dr. José de la Cruz Saravia
Pediatra Neonatólogo

Asesor Metodológico:

Dr. Gregorio Matus Lacayo
Departamento de Salud Pública

León, Nicaragua, 27 de Septiembre del 2016.

Tema

Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna (LM) que tienen las madres de niños menores de 24 meses que acuden al P/S Tamarindo en el municipio de La Paz Centro, Departamento de León, Nicaragua, captadas entre Febrero-Mayo del 2016.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
MATERIAL Y MÉTODO.....	18
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	20
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIÓN.....	37
RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS.....	42

RESUMEN

Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna (LM) que tienen las madres de niños menores de 24 meses que acuden al P/S Tamarindo en el municipio de La Paz Centro, Departamento de León, Nicaragua, captadas entre Febrero-Mayo del 2015.

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La lactancia materna exclusiva en Nicaragua ha disminuido 10 días más.

Metodología: Estudio descriptivo, de corte transversal, se realizó entre los meses de Febrero a Mayo del 2016, seleccionamos 42 madres que tienen niños menores de 24 meses. Se recolectaron datos socio-demográficos, se realizaron preguntas de conocimientos, actitudes y prácticas.

Objetivo: Determinar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el amamantamiento que tienen las madres de niños menores de 24 meses que acuden al P/S Tamarindo en el municipio de La Paz Centro, Departamento de León, Nicaragua, captadas entre Febrero a Mayo del 2016.

Resultados: El grupo de estudio se encuentra con mayor porcentaje entre las edades de 20-34 años con un 45.2%; acompañadas con un 64.3%; procedentes del área rural con un 87.8%; la mayoría había cursado la primaria con un 41.5% y de ocupación ama de casa el 75.6%; el 54.8% tienen 1 solo hijo y el 45.3% restante tienen de 2 a más hijos; el 72% mostraron conocimientos adecuados de lactancia materna; el 72% muestran barreras ausentes para la L.M; el 71% mostraron actitudes positivas y el 71% mostraron prácticas buenas.

Conclusión: Las 42 madres de niños menores de 24 meses encuestadas mostraron un buen grado de conocimientos, actitudes y prácticas.

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo saludables de los lactantes, éstos deben recibir lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida y después de los seis meses todos los bebés requieren alimentación complementaria, manteniendo la lactancia materna durante dos o más años, por lo que otorga nutrientes perfectos de fácil digerir, protege contra las infecciones, fortalece el vínculo afectivo madre-niño y al desarrollo psicomotor, ayuda a retrasar un nuevo embarazo, protege la salud de la madre y cuesta menos que la leche artificial.¹

Igualmente la lactancia materna exclusiva juega un rol fundamental como factor protector de trastornos a corto y largo plazo, protegiendo al lactante de infecciones, del síndrome metabólico y de enfermedades crónicas del adulto entre otras cosas.¹

No obstante la importancia de la lactancia materna y los esfuerzos realizados por las instituciones nacionales de salud, la cobertura de la LME durante los primeros seis meses de vida del bebé, es aún muy baja. Fue por esta razón que en 1999 se aprueba la ley N° 295, “Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la Lactancia Materna y Regulación de la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”.²

En la actualidad, la LME durante los seis primeros meses de vida, se considera un objetivo de salud pública mundial, que está relacionada con la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, en especial países en vías de desarrollo; por ello el Ministerio de Salud (MINSAs) de Nicaragua continúa promoviendo la práctica de la lactancia materna exclusiva, como componente fundamental mediante estrategias preventivo – promocionales.²

De igual forma se han identificado aspectos socioculturales, educativos, condición económica, edad, entre otros como barreras/ costos que obstaculizan una lactancia materna exitosa.³

La Lactancia Materna Exclusiva es uno de los instrumentos más poderosos que disponemos para combatir el hambre y la mortalidad infantil.⁴

Según datos de ENDESA en Nicaragua 2011/12, el 17.3 % de los niños y niñas menores de 5 años sufren de algún grado de desnutrición crónica, que responde al hecho de que sólo al 42.5 % de los niños y niñas de 0 a 3 meses se les brinda lactancia materna exclusiva, quedando un 30.7% de niños y niñas menores de 6 meses, sin lactancia materna exclusiva.⁵

Actualmente a nivel nacional se ha incrementado la promoción de la lactancia materna a través de campañas, ferias y actividades relacionadas con el tema, cuyo propósito es fomentar la lactancia y así disminuir los casos de enfermedades prevenibles.⁵

Pese a las campañas y objetivos propuestos por el MINSA de Nicaragua y la Organización Mundial de la Salud (OMS), no se han obtenido los resultados esperados; es decir, la LME no se ha mantenido en el tiempo como una práctica constante. Es más, en el año 2009 se presentó una caída de más de cuatro puntos porcentuales respecto al año anterior llegando a 45% las madres que brindan LME durante los primeros seis meses.⁶

Por lo que en el presente estudio investigativo se identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en madres de niños menores de 24 meses captadas en el P/S Tamarindo entre los meses de Febrero a Mayo del 2016.

ANTECEDENTES

Dentro de los estudios relacionados con el tema se encontró:

- Luis A. Baltodano G.MD. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en niños menores de 2 años, en el municipio de Quezalaguaque durante el año 2005. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León, Facultad de Ciencias Médica departamento de Medicina preventiva y Salud Pública, León, Agosto 2005. El 92.5% de las madres encuestadas expresaron tener conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna; el 97.5% tenían conocimientos sobre las técnicas de amamantamiento; el 84.9% tienen una actitud favorable hacia una lactancia prolongada (mayor de 6 meses); el 62.7% introducirán alimentación complementaria a una edad adecuada; el 51% de niños de madres encuestadas estaban recibiendo alimentación al pecho. ⁷
- Veramendi-Espinoza LE. Conocimiento, actitudes y prácticas de Lactancia materna en madres de niños comunidad rural Peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú, 2012. El 41,2% de la población presentó conocimientos bajos sobre lactancia humana; 35,3%, medios y 23,5%, altos; el 60% reconoció la lactancia humana como método de prevención de enfermedades del neonato; el 91,2% de las encuestadas tuvo una actitud positiva frente a la lactancia humana exclusiva durante los primeros seis meses del recién nacido; el 64,7% de las madres encuestadas tenía prácticas neutras, el 23,5% realizaba prácticas inadecuadas y el 11,8%, realizaba prácticas adecuadas. ⁸
- Alvarez Zendejas Patricia Marghel. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Thomas Ajusco. Escuela de Salud Pública de México, Abril 2013. El 97% ($n=77$) de las encuestadas conocen que la mejor forma de alimentar a su bebé es con leche materna; el 75% ($n=9$) de las mujeres que practicaron la lactancia previamente tuvo molestias al dar pecho. Las molestias más comunes reportadas por las adolescentes fueron: dolor de pechos (33%, $n=4$), pena al hacerlo frente a otros (33%, $n=4$), pezones agrietados (25%, $n=3$); y el 96% ($n=76$) está dispuesta a dar pecho en este embarazo. ⁹

- Delgado Marruffo Lizeth Jackelin; Nombera Puelles Fiorella Mitchely. Nivel de conocimiento de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna. Chiclayo, Perú, 25 de Junio de 2013. El 43% de madres adolescentes no conocen sobre la definición de la LME; 45.2% cree que la LME es importante porque ayuda a mantener adecuadamente el sistema inmunológico del bebé; 46.8% desconocen hasta qué tiempo se debe brindar LME; 75% de madres adolescentes refirieron que en algún momento dejaron de brindar leche materna a sus hijos. ¹⁰

JUSTIFICACIÓN:

Es evidente que un reforzamiento en la consejería y promoción de la lactancia materna es la clave; al evaluar los conocimientos, actitudes, prácticas y costos de las madres de niños menores de 24 meses captadas en el P/S del Tamarindo; se pretende establecer una línea de base a partir de la cual, se defina y desarrolle un plan para establecer mayor consejería y énfasis sobre la importancia de la lactancia materna, la ejemplificación de las adecuadas técnicas de amamantamiento y reducción de sus barreras.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El período de la lactancia materna exclusiva en Nicaragua ha disminuido 10 días más (de 40-30 días).

En Nicaragua la desnutrición infantil va en aumento, esto va de la mano con el aumento de enfermedades propias de la infancia que son prevenibles con un sistema inmune competente; la lactancia materna exclusiva brinda apoyo inmunológico y todos los nutrientes necesarios de acuerdo a las necesidades del bebé, sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se hacen en las campañas de promoción de la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, así como las orientaciones brindadas para una adecuada práctica, nos encontramos con el problema que las madres sin diferencia de estatus social, académico o paridad prefieren dar lactancia artificial y abandonar la lactancia materna por alguna causa. Es por eso que nos hemos planteado la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las madres de niños menores de 24 meses que acuden al P/S del Tamarindo captadas entre Febrero a Mayo del 2016?

OBJETIVOS

General:

Determinar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que tienen las madres de niños menores de 24 meses que acuden al P/S Tamarindo en el municipio de La Paz Centro, Departamento de León, Nicaragua, captadas entre Febrero a Mayo del 2016.

Específicos:

- 1) Describir características socio-demográficas de las madres de niños menores de 24 meses que acuden al P/S Tamarindo.
- 2) Evaluar los conocimientos sobre los beneficios y costos/barreras de amamantar que tienen las madres de niños menores de 24 meses que acuden al P/S Tamarindo.
- 3) Identificar las actitudes que sobre el amamantamiento tienen las madres de niños menores de 24 meses que acuden al P/S Tamarindo.
- 4) Valorar la práctica de amamantamiento que tienen las madres de niños menores de 24 meses que acuden al P/S Tamarindo.

MARCO TEÓRICO

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. ¹ La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. ¹

Durante los últimos decenios se han seguido acumulando pruebas sobre las ventajas sanitarias de la lactancia materna, sobre la que se han elaborado numerosas recomendaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años. ¹

La lactancia materna, tiene innegables beneficios para:

✓ El niño y la niña:

- a) Nutrición y crecimiento óptimo: Alimento óptimo, fácil digestibilidad, crecimiento y desarrollo óptimo, alimento adecuado para prematuros
- b) Desarrollo Psico-motor: Organización sensorial, organización biocronológica y del estado de alerta, patrones afectivo-emocionales, desarrollo intelectual, desarrollo dento-maxilar y facial

c) Protección

✓ La Madre:

- a) Recuperación fisiológica post-parto: Retracción del útero, recuperación del peso, recuperación de los pechos
- b) De carácter físico: Prevención de cáncer de mamas y ovario, aspecto físico de la mujer, comodidad
- c) De carácter emocional: Establecimiento del apego, satisfacción emocional de la madre

✓ La Familia:

- a) Refuerzo de lazos afectivos familiares
- b) Prevención del maltrato infantil

✓ La Comunidad

- a) Disminución de la morbimortalidad infantil, espaciamiento de los nacimientos, economía de recursos ²

La lactancia es un evento que forma parte de la función procreativa de la mujer y uno de los primeros sucesos posteriores al parto que impactan el estado emocional de la madre.^{2,3}

Tipos de Leche:

❖ El Calostro:

- Su producción se inicia con el apego precoz y permanece durante los primeros 4 a 7 días después del parto. Es el primer alimento esencial para la nutrición y salud del recién nacido en los primeros días de vida.
- Es un líquido espeso y amarillento. Este color está determinado por las altas concentraciones de Vitamina A. Es de alta densidad y poco volumen, y satisface las necesidades del recién nacido(a).
- Contiene lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y liposolubles (A, E, K,) carotenos y algunos minerales como Sodio y Zinc.
- La principal inmunoglobulina que se transmite al niño con el Calostro es la IgA que junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido inmunidad específica e inespecífica.
- Facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Facilita la producción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido, evitando el crecimiento de bacterias patógenas.⁴ (Ver anexo 3.)

❖ Leche de transición:

Es la leche que se produce entre el 7 y el 14 día post-parto. Cerca del 6 y 8 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando en cantidad, hasta alcanzar un volumen de aproximadamente 600-700 ml por día. Esta leche va variando, en color y apariencia, día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

La concentración de inmunoglobulinas y proteínas totales disminuye, mientras aumentan la lactosa, la grasa y las calorías totales. Las vitaminas hidrosolubles aumentan, y las liposolubles disminuyen hasta los niveles de la leche madura.⁴

❖ 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. (ver anexo 3.)

- Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3g) constituyendo una importante fuente calórica para el niño(a). La alta concentración de lactosa determina las deposiciones blandas del (de la) niño (a) amamantado (a).
- La cantidad de proteínas en la leche materna es perfecta para el crecimiento del niño(a) y el desarrollo del cerebro. El nivel de proteínas de la leche materna no se ve afectado por la ingesta de la madre.

- La proteína de la leche materna se digiere fácilmente y se absorbe bien.
- Las grasas son la principal fuente de calorías del lactante.
- La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos de cadena larga y el porcentaje de ácidos grasos poli-insaturados es mayor que el de los saturados.
- El nivel de grasa es bajo al comenzar el amamantamiento (leche delantera o del inicio) y aumenta a medida que el (la) niño (a) mama (leche del final o trasera).
- A pesar de que el contenido de hierro en la leche materna es pobre, su absorción es mayor en relación al de las otras leches.⁴

❖ Leche del comienzo y del final de la mamada:

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

La leche del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa, por lo tanto le brinda más energía al niño (a) lo que es necesario para satisfacerle en cuanto a su saciedad y para un aumento de peso satisfactorio. Si se le retira del pecho muy pronto éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. Además, por su mayor contenido de grasa, es rica en las vitaminas liposolubles A,D,E,K.

Si se cambia muy rápidamente al niño(a) de un pecho al otro, sin que haya obtenido la leche del final sino solamente la del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a ésta, lo cual en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos vespertinos que algunos (as) bebés presentan hacia los tres meses de edad.⁴

(ver anexo 4.)

❖ Leche de pretérmino:

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

La lactoferrina y la IgA están en mayor abundancia, por lo que es más adecuada a las necesidades del prematuro que cualquier preparación artificial. ⁴

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores: amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanta frecuencia como su bebé desee facilitando la proximidad del bebé y la madre, en lugar de separarlos y conocer los problemas comunes que pueden surgir durante la lactancia. Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para colocar a su bebé al pecho y ajustar su boca alrededor de la aréola y el pezón. ⁴

Por lo anterior, vemos que el amamantamiento debe comenzar inmediatamente después del parto. La primera hora, después del parto, es el momento más importante para que se establezca un lazo estrecho entre madre e hijo y para que el bebé aprenda a succionar, ya que por lo general está alerta y su reflejo de succión es fuerte. ⁴

Datos de ENDESA en Nicaragua 2011/12, el 17.3 % de los niños y niñas menores de 5 años sufren de algún grado de desnutrición crónica, que responde al hecho de que sólo al 42.5 % de los niños y niñas de 0 a 3 meses se les brinda lactancia materna exclusiva, quedando un 30.7% de niños y niñas menores de 6 meses, sin lactancia materna exclusiva.⁵

Fisiología de la lactancia materna:

El crecimiento de la glándula mamaria durante la menarquía y el embarazo prepara para la lactancia, debido a los cambios hormonales aumentan el tamaño de la mama, areola y pezón. En el embarazo, las hormonas aumentan significativamente los conductos y los alveolos determinando el crecimiento de la mama. Al final del embarazo, los lóbulos del sistema alveolar se desarrollan al máximo y se pueden liberar pequeñas cantidades de calostro, líquido lechoso y claro rico en anticuerpos, durante varias semanas antes de término y unos días después del parto.⁶

A partir del parto se produce una caída rápida de las concentraciones circulantes de estrógenos y progesterona acompañados por un incremento rápido de la secreción de prolactina y oxitocina que siendo estimulado el hipotálamo por la succión se establece de esta manera la etapa de producción abundante de leche. Es por ello que el cuerpo se adapta a esta producción láctea y la madre está en capacidad de alimentar a su bebé de forma exclusiva con leche materna.⁶

La producción láctea se inicia en el momento en el que la mujer da a luz y se incrementa en forma gradual según la demanda del bebé. Se recomienda que el neonato succione el pecho de la madre apenas unos minutos después de haber nacido; con ello se dispara la secreción hipofisiaria de oxitocina que favorece la retracción del útero y de prolactina que permite la producción de leche. Un bebé

recién nacido sano está en la capacidad de succionar e inclusive buscar el pecho materno.⁶

La madre reconoce los rasgos físicos del (de la) hijo (a) e intenta reconocer los códigos de comunicación de sus gestos y movimientos. El niño por su parte, está dotado 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. ⁷

Todos estos procesos obedecen a una secuencia continua de acontecimientos neurohormonales 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. ⁷

El contacto piel a piel puede ser: completo si el bebé está desnudo sobre el cuerpo de la madre o cerca de ella en la cama o puede ser parcial, es decir, la carita del bebé con la de la madre sobre el cuerpo del bebé. Pero, si el cuerpo del bebé está completamente cubierto, la madre puede estar sosteniéndolo pero no tener un contacto piel a piel con el bebé. ⁷

También se debe tomar en cuenta que se realiza una técnica adecuada de amamantamiento cuando el tiempo que transcurre entre el inicio y el final de cada mamada no debe ser mayor a media hora y que el inicio de la siguiente mamada no debe ser menor que una hora y media.

Tipos de Lactancia Materna: (ver anexo 5.)

➤ **Lactancia materna predominante:**

Cuando se menciona la palabra predominante, se hace referencia al tipo de lactancia materna en donde el principal alimento para el bebé es la leche de la madre (incluida la leche extraída) y además líquidos no nutritivos (agua, agua endulzada, infusiones, solución oral, zumos), gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales). ⁸

➤ **Lactancia completa:**

Se define como la circunstancia de alimentar al lactante con leche y agua u otros líquidos, que incluye la lactancia materna exclusiva y la predominante.⁸

➤ Alimentación complementaria o lactancia materna parcial:

Se define como la alimentación a base de leche materna y alimentos sólidos o semisólidos. Cualquier comida o líquido incluido además de la leche materna. Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, es preciso añadir otros alimentos a su dieta. La alimentación complementaria cubre el período que va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que la salud del infante es todavía vulnerable. ⁸

Para obtener la posición correcta de amamantamiento se debe tener en cuenta:

- Correcta posición de la madre.
- Correcta ubicación del niño (a) con respecto al cuerpo de la madre.
- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del niño(a) al pecho de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según demanda el (la) niño (a).
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche. ^{9,10}

Técnicas del amamantamiento:

✓ Posición del 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 espalda. Es más cómodo apoyar los pies sobre algún mueble. Si el niño(a) es demasiado pequeño es conveniente usar una almohada o cojín para acomodarlo a la altura del pecho.¹¹

✓ Posición de sandía o de pelota:

En esta posición se ubica el niño(a) con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. Ésta sostiene la cabeza del niño(a) con la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama y su antebrazo le sostiene la espalda. La mano contraria ofrece el pecho.

Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente.

También se recomienda 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.¹¹

✓ Posición reversa:

La madre ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta. La otra mano sostiene la cabeza del niño(a). En esta posición se requiere de una almohada o un cojín para ubicar el cuerpo del 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 niño tiene preferencia por un pecho o cuando en la posición tradicional acostado se estimula el reflejo de búsqueda con el roce del brazo. Hay madres que amamantan habitualmente en esta posición.¹¹

✓ 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.¹¹

✓ 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.

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.

Estas posiciones verticales se recomiendan en caso de mamas muy grandes, grietas del pezón, reflejo eyectolácteo aumentado, niños (as) hiper o hipotónicos, niños con labio leporino o paladar hendido.¹¹

✓ Mano de bailarina:

En el caso del 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 niño(a) (mano de bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión.¹¹

✓ Posiciones del niño(a) con la madre acostada:

Posición tradicional, niño acostado de lado: El niño(a) está acostado(a) en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del 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. 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 niño(a) al pecho.

Con la otra mano la madre debe ofrecer el pecho, estimulando el reflejo de búsqueda mediante el roce del labio inferior del niño(a) para que abra la boca.¹¹

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

En esta posición la madre está acostada de espaldas y el 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 eyección es excesivo.¹¹

✓ 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.¹¹

¿Cómo se sabe si un bebé está mamando en la posición correcta?

- Su cuerpo está pegado al cuerpo de su mamá.
- La boca y la mandíbula están pegados al pecho.
- La boca está completamente abierta y los labios se ven invertidos.
- La mayor parte de la aréola, o toda ella, está escondida en la boca del bebé.
- El (la) niño (a) da chupadas grandes y despaciosas.
- El (la) niño (a) está relajado y feliz.
- La mamá no siente dolor en los pezones.¹¹⁻¹²

Los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados. Las consecuencias potenciales de las prácticas óptimas de lactancia materna son especialmente importantes en los países en desarrollo donde se registra una alta carga de enfermedad y un escaso acceso al agua potable y el saneamiento. En cambio, los niños no amamantados de los países industrializados también corren un mayor riesgo de morir.¹³

Una de las estrategias, la más importante en cuanto a la prevención en salud para los niños y con la finalidad de reducir la obesidad en la adolescencia y el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta(80% a nivel mundial y 12% para Guatemala), es la duración de la lactancia materna, la cual está inversamente asociada a reducir la obesidad en la infancia tardía, mediado por la leche materna y los factores fisiológicos de que está compuesta además del sin fin de bondades antes mencionadas, así como alimentación adecuada y crianza de los niños al seno materno, son patrones que se pretende sean adoptados como una buena práctica preventiva en salud.¹³⁻¹⁴

Los nutrientes que contiene la leche materna, son aprovechados al 100% en el organismo del bebé si ésta se da exclusivamente durante los primeros seis meses según lo demande el bebé, no importando si es durante el día y la noche” ya que la leche materna tiene el 88% de agua en los primeros cinco minutos de amamantar permite que al inicio el bebé calme su sed, además de poseer una baja concentración de solutos y es lo que la hace completa, segura y adecuada.¹³⁻¹⁴

Se ha comprobado que la leche de las mujeres que lactan y tienen algún grado de desnutrición, aún a costa de sus reservas, proporciona al lactante las calorías, proteínas, vitaminas y minerales suficientes. Lo anterior indica que el patrón alimentario de la madre no influye en el contenido de macro nutrientes, calcio, fósforo, sodio, potasio y magnesio presentes en la leche que se proporciona al bebé, excepto en el tipo de ácidos grasos, que depende notablemente de la dieta materna. El yodo y selenio tiene relación estrecha no solo con la alimentación de la madre durante el período de lactancia sino también con el consumo de los mismos durante el embarazo. Una buena parte de las proteínas presentes en el calostro son las inmunoglobulinas, la lactoferrina, la lisozima, la lactoperoxidasa y el factor crecimiento; estos componentes tan importantes tienen como función proteger al niño de la eventual agresión de agentes infecciosos y se encuentran presentes de igual forma en la leche madura en menor concentración.¹⁴

La leche materna también es superior a las fórmulas derivadas de la leche de vaca y de otras fuentes, ya que los nutrientes que contiene: proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua están en cantidad y proporción adecuadas para lograr una máxima biodisponibilidad en el lactante menor de 1 año. La osmolaridad de la leche materna y su contenido en enzimas digestivas y en factores moduladores de crecimiento permiten su mejor digestibilidad y contribuyen al desarrollo del tubo digestivo durante los primeros meses de vida del niño. La ausencia de antígenos alimentarios en la leche materna evita enfermedades alérgicas que afecten el aprovechamiento nutritivo de la alimentación del lactante.¹⁵

Los factores moduladores de crecimiento promueven el desarrollo de la mucosa intestinal, lo que evita el ingreso de proteínas extrañas, como macromoléculas que estimulen reacciones alérgicas. La leche materna no es traumática para la mucosa digestiva y no provoca las microhemorragias demostradas en lactantes alimentados con leche de vaca, los cuales pierden hierro por esta vía.¹⁶

Barreras/costo en la lactancia materna:

Las barreras son aquellos aspectos que constituyen obstáculos para el logro de un fin. En este caso se ha identificado como aspectos socioculturales, educativos, condición económica, edad, entre otros como barreras que obstaculizan una lactancia materna exitosa.

Al respecto, la literatura menciona que las madres por lactar, tienen vergüenza o rubor, restricciones de tiempo, preocupaciones en cuanto a la pérdida de libertad (en particular en mujeres que trabajan); poco apoyo de familia; falta de confianza;

preocupaciones sobre la dieta y prácticas de salud. En adolescentes, temor al dolor; insuficiente educación prenatal para la lactancia, apatía y desinformación del proveedor del cuidado a la salud. Además en ciertas ocasiones la capacitación inadecuada del proveedor de atención a la salud en el control de la lactancia materna, las políticas hospitalarias, no evidencian el apoyo a la lactancia materna. La literatura refiere también como posibles barreras a una lactancia exitosa el egreso temprano del hospital; falta de consultas de seguimiento de rutina y domiciliarias después del parto; trabajo de la madre, en especial en ausencia de instalaciones adecuadas y apoyo para la lactancia en el lugar de trabajo. La falta de apoyo social amplio; la presentación de la alimentación con biberón como la norma en los medios de comunicación también constituyen barreras que en algún momento limitan que la lactancia materna sea brindada exitosamente.¹⁷⁻¹⁸

El apego precoz, es el vínculo afectivo que se establece en los primeros momentos después del parto; durante este período la madre e hijo (a) deben permanecer en una relación de intimidad y contacto, preferiblemente en contacto piel a piel, que les permita conocerse mutuamente. Esta primera experiencia funcional y de contacto entre madre e hijo es fundamental para el éxito de la lactancia y para fortalecer los lazos afectivos que permiten un buen desarrollo físico y psico-emocional del niño.¹⁹

DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA:

1. Disponer de una política escrita relativa a la lactancia que en forma sistemática se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal del hospital de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia y la forma de ponerlo en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de 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 leche materna, sin otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar la habitación conjunta de madre y niño las 24 horas.
8. Fomentar la lactancia a libre demanda.
9. No dar chupetes a los niños amamantados.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital.²⁰

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, mediante una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna.

Área de estudio: El presente estudio se realizó en el P/S del Tamarindo, área rural del Municipio de La Paz Centro, Departamento de León, Nicaragua.

Población en estudio: Seleccionamos 42 madres que tienen niños menores de 24 meses, las cuales acuden al P/S en demanda de servicio de atención, no se calculó muestra.

Período de estudio: El estudio se realizó entre los meses de Febrero a Mayo del 2016.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que desearon participar de forma voluntaria en el estudio, que tenían niños menores de 24 meses, que fueran del sector y que acudieran al P/S durante el período de estudio establecido.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no desearon participar voluntariamente en el estudio, que no tuvieran niños menores de 24 meses, que no fueran del sector y que acudieran al P/S fuera de el período de estudio establecido.

Técnicas y fuente de información.

Para la obtención del dato primario se confeccionó una planilla de recolección de datos, constando de una serie de preguntas que se realizaron a las madres de niños menores de 24 meses con su previo consentimiento y la autorización de las autoridades de la institución; donde se valoraron las variables:

Conocimientos: se realizaron preguntas sobre significado lactancia materna, beneficios de la lactancia materna, frecuencia de las tomas, tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, posiciones de amamantamiento y barreras/costos.

De las 8 respuestas de conocimientos se tomaron las marcadas como de acuerdo y totalmente de acuerdo, las cuales se consideraron positivas. Se clasificó como conocimientos adecuados a partir del 60%.

De las 6 respuestas de barreras se tomaron las marcadas como de acuerdo y totalmente de acuerdo, las cuales se consideraron positivas. Se clasificó como barreras presentes a partir del 60%

Actitudes: se tomó en cuenta el total de aciertos sobre las creencias, sentimientos y reacción hacia la lactancia materna.

De las 11 respuestas de actitudes se tomaron las marcadas como de acuerdo y totalmente de acuerdo, las cuales se consideraron positivas. Se clasificó como actitudes positivas a partir del 60%.

Práctica: se observaron las adecuadas posiciones de amamantamiento o las más comunes.

De las 11 respuestas de prácticas se tomaron las marcadas como de acuerdo y totalmente de acuerdo, las cuales se consideraron positivas. Se clasificó como prácticas buenas a partir del 60%.

Las variables se clasificaron mediante los parámetros de la escala de Likert:

5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Así mismo se realizó una amplia revisión bibliográfica para analizar los resultados y establecer comparaciones con otros estudios nacionales y extranjeros.

Procesamiento y Análisis: Se obtuvo distribuciones de frecuencia (números y porcentajes) de las variables cualitativas; la media y desviación estándar, para variables cuantitativas.

Se utilizó una computadora Pentium 3, con un sistema operativo Windows 7. Los datos primarios se trasladaron a una base de datos que se reflejó en una hoja de cálculo electrónico de Microsoft Excel a fin de realizar e interpretó los resultados a través del paquete estadístico EPIINFO versión 3.5.3. Los resultados que se obtuvieron se mostraron en tablas y gráficos, lo que permite discutirlos, llegar a conclusiones y emitir recomendaciones.

VARIABLES DEL ESTUDIO.

- **Socio-demográficas:** Edad, estado civil, procedencia, escolaridad, ocupación número de hijos.
- **Conocimientos (beneficios, barreras/costos)**
- **Actitudes**
- **Prácticas**

Aspectos éticos de la investigación

Para implementar el estudio se consideró conveniente contar con la autorización de la institución, de las autoridades competentes y el consentimiento informado de las madres de niños seleccionadas para la entrevista, respetando su privacidad e identidad. Siempre guardando la debida ética de lo que se realizó.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables descriptivas			
Variable	Definición	Indicadores	Valores
Socio-demográficas	Corresponde a las características de cada paciente, es decir, la edad, estado civil, procedencia, escolaridad, ocupación.	▪ Edad	10-14, 15-19, 20-34, ≥35
		▪ Estado civil	casada, soltera, unión libre, viuda
		▪ Procedencia	urbano, rural
		▪ Escolaridad	primaria, secundaria, universidad, ninguna
		▪ Ocupación	profesional, técnica, ama de casa, comerciante, estudiante
		▪ Número de hijos	1-3, 4-6, ≥7
Conocimientos	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje o a través de la introspección sobre lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Significado de LME ▪ Tiempo que debe recibir el niño LME ▪ Tiempo que debe durar cada tetada ▪ Tiempo entre una tetada y la otra ▪ Tiempo que debe recibir el niño LM ▪ La leche materna es ideal para su bebé ▪ La leche materna 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Totalmente de acuerdo ➤ De acuerdo ➤ Neutro ➤ En desacuerdo ➤ Totalmente en desacuerdo

		<p>previene enfermedades</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amamantar acostada ▪ Cargas de responsabilidad ▪ Dolor en los pechos ▪ Grietas en los pezones ▪ Regreso al trabajo o al estudio ▪ Pena ▪ Tiempo invertido para amamantar 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conocimientos adecuados 60% ❖ Barreras presentes 60%
Actitudes	<p>Es la disponibilidad del individuo de cambiar su comportamiento, adoptando nuevas prácticas para lactancia materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo de la familia y sociedad ▪ Dar lactancia materna hasta los 2 años ▪ Continuar lactancia materna aunque genere molestia ▪ Leche materna es la mejor opción ▪ Prefiere dar leche 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Totalmente de acuerdo ➤ De acuerdo ➤ Neutro ➤ En desacuerdo ➤ Totalmente en desacuerdo

		<p>de fórmula que leche materna</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Evitaría lactancia materna si su niño estuviera con diarrea▪ Los bustos de las mujeres que dan de mamar se vuelven feos▪ Dar de mamar hace que las madres aumenten de peso▪ Dar de mamar hace que las madres disminuyan de peso▪ Una mujer de pechos pequeños no puede dar de mamar▪ Siempre hay que darle al bebé otro tipo de leche	<p>❖ Actitudes positivas 60%</p>
--	--	--	--

		<p>porque la leche materna no le sustenta</p>	
<p>Prácticas</p>	<p>Son aquellas medidas y hábitos que realizan las madres en su vida diaria en relación a la lactancia materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brinda lactancia materna ▪ Tiempo que brindó LME y LM ▪ Uso de técnicas de amamantamiento ▪ Adecuada posición para lactar ▪ Inicio de alimentación complementaria ▪ Brinda lactancia materna a libre demanda ▪ Le daba otros alimentos junto con leche materna antes de cumplir 6 meses ▪ Siente molestias al dar de mamar ▪ Lo amamanta con la última mama 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Totalmente de acuerdo ➤ De acuerdo ➤ Neutro ➤ En desacuerdo ➤ Totalmente en desacuerdo ❖ Prácticas buenas 60%

		<p>que terminó el proceso anterior</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Le dio al niño leche materna hasta después de los 6 meses▪ La cabeza del niño reposa en su codo y Ud. sostiene la mama con la otra mano en forma de C▪ Se debe lavar las mamas antes de iniciar el amamantamiento	
--	--	--	--

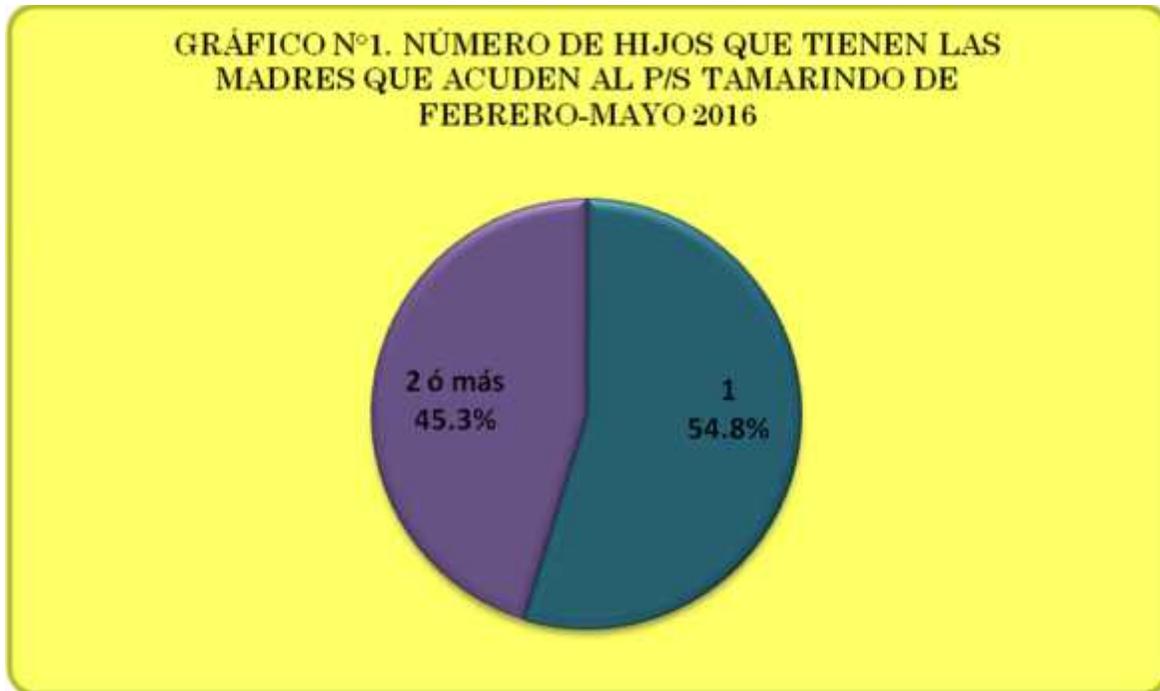
RESULTADOS

En esta tabla podemos observar que de las 42 madres estudiadas se encuentran en mayor porcentaje entre las edades de 20-34 años con un 45.2% y un 11.9% se encuentran entre las edades de 10-14 años; acompañadas con un 64.3%; procedentes del área rural con un 87.8%; la mayoría había cursado la primaria con un 41.5% y de ocupación ama de casa el 75.6%. **Ver tabla 1.**

Tabla N° 1. Datos socio-demográficos de madres de niños menores de 24 meses que acuden al P/S del Tamarindo captadas entre Febrero-Mayo del 2016.

VARIABLE	N°	%
<u>EDAD</u>		
10-14	5	11.9
15-19	12	28.6
20-34	19	45.2
≥35	6	14.3
<u>ESTADO CIVIL</u>		
Acompañada	27	64.3
Casada	11	26.2
Soltera	4	9.5
<u>PROCEDENCIA</u>		
Rural	37	88.1
Urbano	5	11.9
<u>ESCOLARIDAD</u>		
Ninguna	3	7.1
Primaria	17	40.5
Secundaria	12	28.6
Técnica	3	7.1
Universidad	7	16.7
<u>OCUPACIÓN</u>		
Ama de casa	32	76.2
Comerciante	4	9.5
Estudiante	2	4.8
Profesional	3	7.1
Técnica	1	2.4

En el siguiente gráfico podemos observar que de las 42 madres estudiadas el 54.8% tienen 1 sólo hijo y el 45.3% restante tienen de 2 a más hijos, por lo tanto el mayor porcentaje de mujeres no habían tenido experiencia con lactancia materna. **Ver gráfico 1.**



En esta tabla podemos observar que de las madres estudiadas están de acuerdo y totalmente de acuerdo el 100% en que la lactancia materna exclusiva es brindar únicamente leche materna; el 92.2% en que el niño debe recibir lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; el 33.4% en que cada tetada debe durar no más de 30 minutos; el 100% desconoce que el tiempo que debe durar una tetada de la otra es de 1 ½ hora; el 57.2% en que el niño debe recibir lactancia materna hasta los 24 meses; el 100% está totalmente de acuerdo que la leche materna es ideal para su bebé porque tiene los nutrientes necesarios, inmunoglobulinas, favorece su crecimiento y desarrollo; el 100% en que la leche materna previene enfermedades del bebé, cáncer de mama y ovario en la madre, es económica; el 92.8% en que amamantar acostada reduce el trabajo a la madre; el 21.4% en que ha dejado de amamantar porque siente que llevas la mayor carga en el hogar; el 38.1% en que ha dejado de amamantar porque siente mucho dolor en los pechos; el 26.2% en que han dejado de amamantar porque le han aparecido grietas en los pezones; el 26.2% en que han dejado de amamantar porque tienen que regresar al trabajo o al colegio; el 4.8% en que han dejado de amamantar porque les da pena dar de mamar y el 52.4% en que han dejado de amamantar porque pierden mucho tiempo. **Ver tabla 2.**

Tabla N°2. Porcentaje de conocimientos positivos sobre los beneficios y costos/barreras de amamantar que tienen las madres encuestadas que acuden al P/S Tamarindo de Febrero-Mayo del 2016.

CONOCIMIENTOS SOBRE L.M	N°	%
<u>DEFINICIÓN L.M.E</u>	42	100
<u>RECIBIR L.M.E HASTA LOS 6 MESES</u>	39	92.9%
<u>TIEMPO DE CADA TETADA</u>	14	33.4
<u>TIEMPO ENTRE UNA TETADA Y OTRA</u>	---	---
<u>RECIBIR L.M HASTA 24 MESES</u>	24	57.2
<u>LA L.M ES IDEAL PARA SU BEBÉ</u>	42	100
<u>LA L.M PREVIEE ENFERMEDADES Y ES ECONÓMICA</u>	42	100
<u>AMAMANTAR ACOSTADA</u>	39	92.8
<u>LLEVAS LA MAYOR CARGA EN EL HOGAR</u>	9	21.4
<u>DOLOR EN LOS PECHOS</u>	16	38.1
<u>GRIETAS EN LOS PEZONES</u>	11	26.2
<u>REGRESAR AL TRABAJO O AL COLEGIO</u>	11	26.2
<u>TE DA PENA DAR DE MAMAR</u>	2	4.8
<u>PIERDES MUCHO TIEMPO</u>	22	52.4

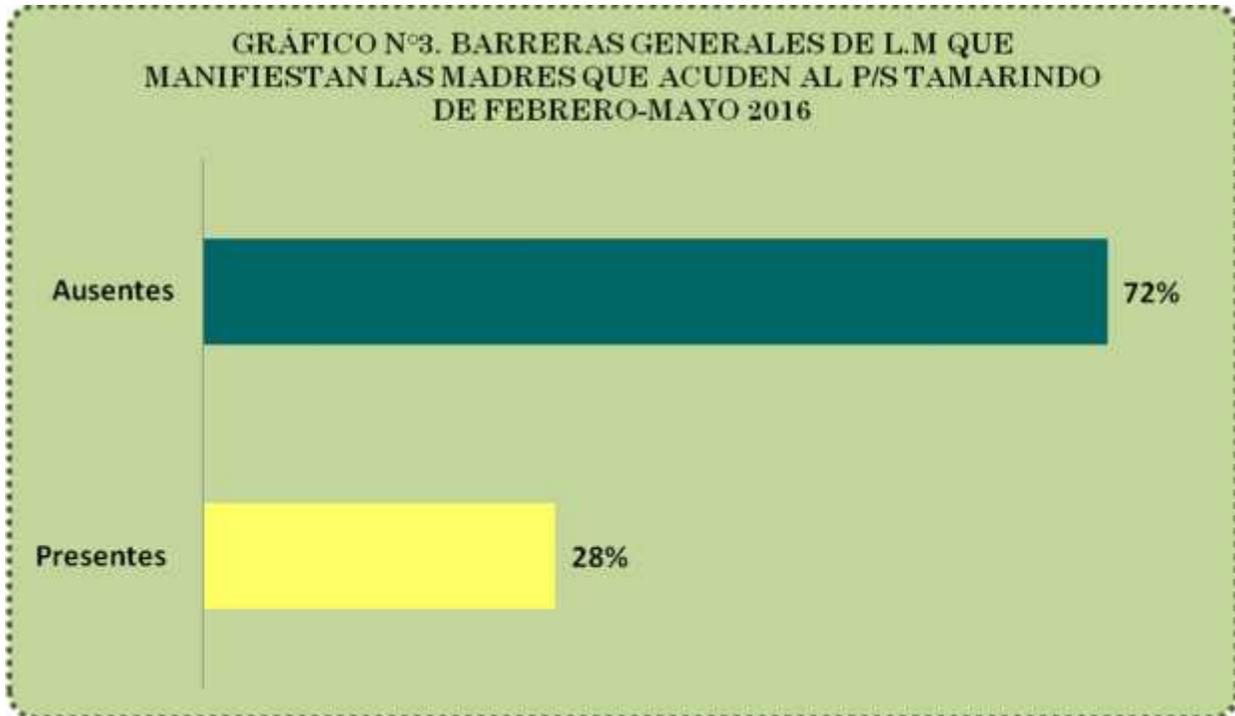
En este gráfico podemos observar que de las 42 madres encuestadas el 72% mostraron conocimientos adecuados lactancia materna y el 28% mostraron conocimientos inadecuados. **Ver gráfico 2.**



; Se consideraron conocimientos los ítems siguientes:

Definición de LME, recibir LME hasta los 6 meses, tiempo de cada tetada, tiempo entre una tetada y la otra, recibir LM hasta 24 meses, la LM es ideal para su bebé, la LM previene enfermedades y es económica, amamantar acostada.

En este gráfico podemos observar que de las 42 madres encuestadas el 72% muestran barreras ausentes; es decir que no hay nada que impida brindar lactancia materna y el 28% muestran barreras presentes que impiden brindar lactancia materna en su totalidad. **Ver gráfico 3.**



; Se consideraron barreras los ítems siguientes:

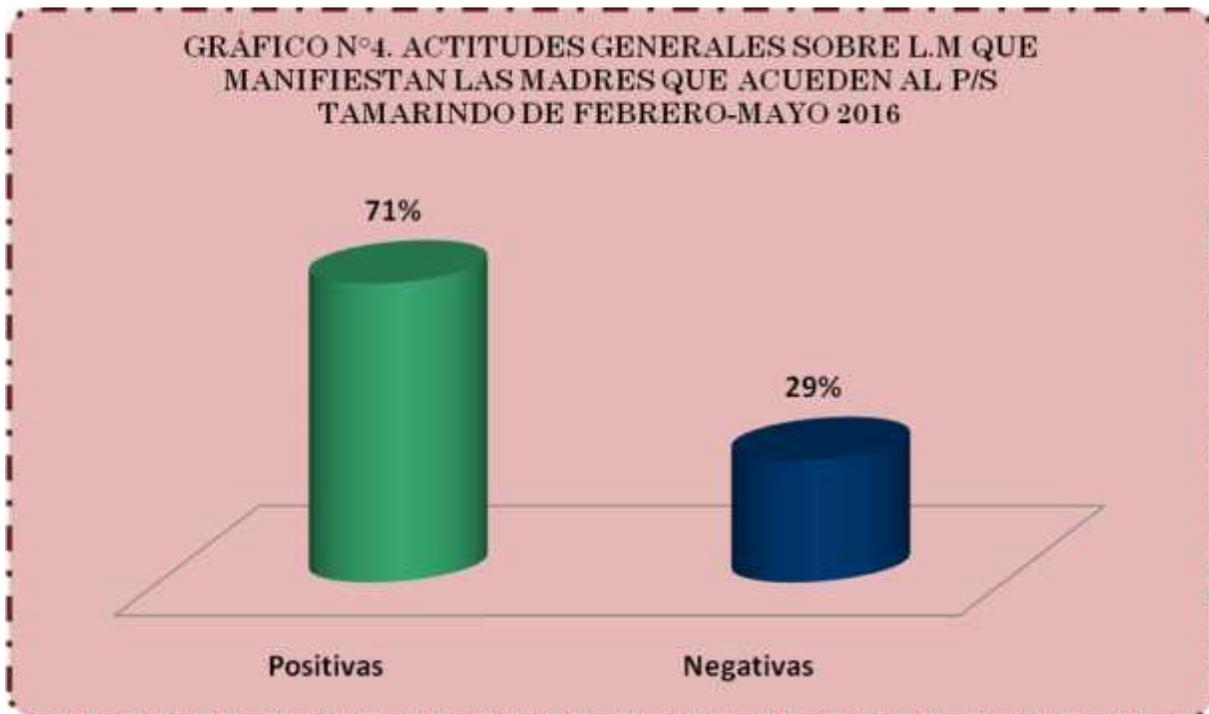
Llevas la mayor carga en el hogar; dolor en los pechos; grietas en los pezones; regresar al trabajo o al colegio; te da pena dar de mamar; pierdes mucho tiempo.

En esta tabla podemos observar que de las madres estudiadas están de acuerdo y totalmente de acuerdo el 97.6% en que el apoyo de la familia y la comunidad es esencial para una adecuada lactancia materna; el 61.9% en brindar lactancia materna hasta que el niño cumpla 2 años; el 78.6% en continuar brindando lactancia materna aunque le genere molestia; el 100% en que la leche materna es la mejor opción para el bebé; el 83.3% están en desacuerdo en preferir brindar leche de fórmula que leche materna; el 88.1% están en desacuerdo en evitar lactancia materna cuando el niño cursa con diarrea; el 69.1% están de acuerdo en que los bustos de las mujeres que dan de mamar se vuelven feos; el 45.2% en que dar de mamar hace que las madres aumenten de peso; el 47.6% está de acuerdo que dar de mamar hace que las madres disminuyan de peso; el 92.8% están en desacuerdo en que una mujer de pechos pequeños no puede dar de mamar y el 14.3% están en desacuerdo en que siempre hay que darle al bebé otro tipo de leche porque la leche materna no lo sustenta. **Ver tabla 3.**

Tabla N°3. Porcentaje de actitudes positivas que tienen las madres encuestadas que acuden al P/S Tamarindo sobre lactancia materna de Febrero-Mayo del 2016.

ACTITUDES FRENTE A LA L.M	N°	%
<u>APOYO DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD</u>	41	97.6
<u>BRINDAR L.M HASTA QUE MI NIÑO CUMPLA 2 AÑOS</u>	26	61.9
<u>BRINDAR L.M AUNQUE GENERE MOLESTIA</u>	33	78.6
<u>LA L.M ES LA MEJOR OPCIÓN PARA TU BEBÉ</u>	42	100
<u>PREFIERO LECHE DE FÓRMULA QUE L.M</u>	35	83.3
<u>EVITARÍA L.M SI SU NIÑO CURSARÍA CON DIARREA</u>	37	88.1
<u>LOS BUSTOS SE VUELVEN FEOS</u>	29	69.1
<u>DAR DE MAMAR AUMENTA DE PESO</u>	19	45.2
<u>DAR DE MAMAR DISMINUYE DE PESO</u>	20	47.6
<u>CON PECHOS PEQUEÑOS NO PUEDE DAR DE MAMAR</u>	39	92.8
<u>LA L.M NO LE SUSTENTA</u>	6	14.3

En este gráfico podemos observar que de las 42 madres encuestadas el 71% mostraron actitudes positivas frente a la lactancia materna y el 29% mostraron actitudes negativas. **Ver gráfico 4.**



En esta tabla podemos observar que de las madres estudiadas están de acuerdo y totalmente de acuerdo el 100% en que es correcto brindar lactancia materna; el 92.9% en que lo ideal es brindar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; el 59.5% en que brindar lactancia materna hasta los 24 meses es lo ideal; el 11.9% en que no son necesarias las diferentes técnicas de amamantamiento; el 90.5% en que las molestias en la espalda al dar de mamar es por una inadecuada técnica de amamantamiento; el 47.6% en que se debe iniciar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses; el 100% en que es correcto brindar lactancia materna a libre demanda; el 69% está en desacuerdo en que es correcto iniciar alimentación complementaria antes de los 6 meses; el 19% en que se debe iniciar el amamantamiento con la última mama que terminó el proceso anterior; el 95.2% en que se debe lavar la mama antes de iniciar el amamantamiento y el 100% en que al dar de mamar es correcto que la cabeza del niño repose sobre su codo y su otra mano se coloque en forma de C agarrando la mama. **Ver tabla 4.**

Tabla N°4. Porcentaje de prácticas positivas que tienen las madres encuestadas sobre lactancia materna que acuden al P/S Tamarindo de Febrero-Mayo del 2016.

PRÁCTICAS SOBRE L.M	N°	%
<u>ES CORRECTO BRINDAR L.M</u>	42	100
<u>BRINDAR L.M.E HASTA LOS 6 MESES</u>	39	92.9
<u>BRINDAR L.M HASTA LOS 24 MESES</u>	25	59.5
<u>TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO</u>	5	11.9
<u>MOLESTIAS EN LA ESPALDA</u>	38	90.5
<u>ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A LOS 6 MESES</u>	20	47.6
<u>BRINDAR L.M A LIBRE DEMANDA</u>	42	100
<u>ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ANTES DE LOS 6 MESES</u>	29	69
<u>INICIAR AMAMANTAMIENTO CON LA ÚLTIMA MAMA</u>	8	19
<u>LAVAR LAS MAMAS</u>	40	95.2
<u>AL DAR DE MAMAR LA CABEZA DEL NIÑO REPOSA SOBRE SU CODO Y SU OTRA MANO SE COLOQUE EN FORMA DE C</u>	42	100

En este gráfico podemos observar que de las 42 madres encuestadas el 71% mostraron prácticas buenas sobre lactancia materna y el 29% mostraron prácticas malas. **Ver gráfico 5.**



DISCUSIÓN

Este estudio se llevó a cabo en el departamento de León, municipio de La Paz Centro, en el sector del Tamarindo, donde se encuestó a 42 madres de niños menores de 24 meses que acudían al P/S.

En relación a las características sociodemográficas; resultados obtenidos en Lima-Perú en el 2012 por Veramendi se relacionan con éste en que la mayoría se encontraba entre la edad de de 22-36 años, acompañadas, amas de casa y habían cursado la primaria.⁷

En este estudio se encuentran madres con mayor porcentaje entre las edades de 20-34 años, acompañadas, procedentes del área rural, amas de casa y la mayoría había cursado la primaria; por lo que podemos ver que el mayor porcentaje de las madres son adultas, se puede considerar que un poco más responsables que las adolescentes.

Referente a los conocimientos, actitudes y prácticas; los resultados obtenidos en estudios realizados en otras zonas del país como en Quezalguaque en Agosto del 2005 por Luis Baltodano; muestran: que la mayoría de madres tienen conocimientos adecuados de aspectos de la lactancia materna, actitudes favorables hacia la lactancia materna y más del 50% brindaban lactancia materna.⁷

Otro estudio en México por Álvarez en el 2013 muestra que el 97% de las madres consideran que la mayor forma de alimentar a su bebé es con leche materna, el 96% está dispuesto a brindar lactancia materna, el 80% brindó lactancia materna en algún momento.⁹

Este estudio se relaciona con los antes mencionados ya que el mayor porcentaje de madres encuestadas manifiestan conocimientos adecuados de lactancia materna, las

42 madres consideran que la lactancia materna es ideal para su bebé; las madres muestran actitudes positivas frente a la lactancia materna, más de la mitad están dispuesta a brindar lactancia materna hasta que el niño cumpla 2 años; y la gran mayoría de las madres presentan buenas prácticas frente a la lactancia materna; a pesar de sus cortos conocimientos académicos, las fuertes creencias culturales en la zona rural y la gran propaganda de la introducción de sucedáneos. Aunque hay que hacer énfasis de fortalecer conocimientos sobre el tiempo de duración de cada tetada y tiempo entre una tetada y otra; en iniciar alimentación complementaria después de los 6 meses; el inicio de la tetada con la última mama que finalizó y la gran importancia de conocer las diferentes técnicas de amamantamiento, principalmente las de situaciones especiales.

En Chiclayo, Perú en el 2013 por Delgado muestra que el 43.5% desconocía como definir lactancia materna exclusiva, el 30% mantiene la duración adecuada entre cada sesión de amamantamiento, el 40.3% respondieron que el niño debe tomar leche materna porque lo nutre mejor y lo protege de enfermedades, el 24.2% muestra una adecuada postura durante el amamantamiento.¹⁰

Este estudio se diferencia con el anterior ya que el total de madres pudo definir lactancia materna exclusiva, ninguna refirió conocer sobre la duración entre una tetada y la otra, todas consideraron que la leche materna es la mejor opción para su bebé y se asemejan en que más de la mitad considera que las molestias en la espalda es por una mala postura; la mayor parte de sus conocimientos sobre LM puede ser debida a la incesante tarea de promoción de LM en las instituciones.

Relacionados con las barreras de la lactancia materna un estudio de México en el 2003 por Navarro muestra a un grupo de madres que abandonaron tempranamente la lactancia materna, debido a un plan de corta duración de la misma; lo cual se relaciona a este estudio, ya que la única barrera presente aquí fue el de perder

mucho tiempo al dar mamar; lo cual puede relacionarse con el inadecuado tiempo de duración de cada tetada y entre una tetada y la otra.³

Otro estudio en México por Álvarez en el 2013 el 62% deja de amamantar porque no salía leche, 33% mostraron dolor en los pechos, 33% mostraron pena al hacerlo frente a otros y el 25% mostraron pezones agrietados.⁹

Este estudio se relaciona con el anterior debido a que más del 30% presentaron dolor en los pechos, más del 20% presentaron grietas en los pezones y se diferencian porque solo el 4.8% tenía pena al dar de mamar; lo cual puede encontrarse relacionado a que el mayor porcentaje de las madres estudiadas cursaban con su primera experiencia de amamantar.

Los resultados del estudio contestan la pregunta planteada en el problema; habiendo un buen grado de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en las madres de niños menores de 24 meses que acudieron al P/S del Tamarindo entre Febrero-Mayo del año 2016; aunque considero que hay que reforzar ciertos grados de conocimientos, actitudes y prácticas en los cuales las madres se encontraron deficientes.

CONCLUSIÓN

En esta investigación podemos observar que de las 42 madres estudiadas el 45.2% son de la edad de 20-34 años, el 88.1% procedentes de área rural, el 64.3% acompañadas, el 76.2% ama de casa y el 40.5% habían cursado la primaria.

El 72% de las madres cursan con un buen grado de conocimiento de lactancia materna, conocen significado de LME, importancia de la lactancia, hasta que tiempo se brinda LME y LM, pero hay que fortalecer conocimientos del tiempo de duración de la tetada, ya que sólo el 33.4% lo conocen y tiempo entre una tetada y otra, ya que el 100% lo desconoce.

Las barreras/costo presentes en mayor porcentaje en este estudio con un 52.4% es la que pierden mucho tiempo al dar de mamar, por eso dejan de hacerlo; las demás barreras también están presentes, pero en menos porcentajes, lo que nos muestra que sí existen barreras de amamantar en las madres encuestadas que impiden brindar una adecuada lactancia materna .

El 71% de las madres estudiadas también presentan actitudes positivas frente a la lactancia materna, están dispuestas a brindar LM hasta los 2 años, continuarían brindando LM aunque les genere molestia, consideran que la leche materna es la mejor opción para su bebé, siempre preferirían la leche materna que la leche de fórmula, no dejarían de brindar LM cuando su niño está con diarrea y consideran que el apoyo de la familia y la comunidad es esencial para una adecuada L.M.

En relación con las prácticas el 71% de las madres estudiadas presentaron prácticas buenas; están de acuerdo que es correcto brindar L.M y L.M.E, es importante lavar las mamas antes de iniciar el amamantamiento, es correcto a brindar L.M a libre demanda y conocen la posición correcta para amamantar.

Es necesario hacer más énfasis en iniciar el amamantamiento con la última mama que finalizó el proceso anterior, ya que sólo el 19% está de acuerdo que se deba realizar y la gran importancia de conocer las diferentes técnicas de amamantamiento, principalmente las de situaciones especiales, ya que sólo el 11.9% está de acuerdo que es importantes conocerlas.

RECOMENDACIONES

- ✓ Brindar mayor educación comunitaria a las mujeres adultas jóvenes entre las edades de 20-34 años, para ampliar y mejorar la información sobre lactancia materna, haciendo énfasis en el tiempo de cada tetada y el tiempo entre una tetada y otra y así volar su práctica.

- ✓ Enfatizar a las madres la orientación en relación a las diferentes técnicas de amamantamiento, que podrían considerar para disminuir la tarea de amamantar si sus casos fueran diferentes; como la posición de caballito, de sandía, mano de bailarina.

- ✓ Capacitar en mayor número de madres y embarazadas con círculos continuos para reducir las barreras de la lactancia materna, haciendo énfasis en una adecuada práctica que reduciría el tiempo al amamantar y plantear estrategias de cómo aprovechar el tiempo durante da de lactar.

RERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Consejería/orientación para la alimentación del lactante y del niño pequeño: El Curso Integrado. [Diapositiva]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2006. 174 diapositivas.
2. Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria. Managua: MINSA; Sep. 2010. Pág 36-49
3. Navarro E, Duque L, Trejo y Pérez JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Pública, México, 2003; Pág 276-284.
4. UNICEF, Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna, Depósito legal IBSN: Todos los derechos reservados I Edición, agosto 2000 II Edición, marzo 2005 Venezuela. Pág 5,9
5. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Ministerio de Salud (MINSA). Informe Preliminar. Encuesta nicaragüense de demografía y salud (ENDESA). 2011/2012. Managua, Nicaragua. INIDE-MINSA; Junio 2013. Pág 25-36
6. Organización Mundial de la Salud. Consejería en la Lactancia Materna: Curso de Capacitación, Manual del Participante. 1993. Pág 8-10,19
7. Luis A. Baltodano G.MD. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en niños menores de 2 años, en el municipio de Quezalguaque durante el año 2005. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León, Facultad de Ciencias Médicas, departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, León, Agosto 2005. Pág 28-34
8. Veramendi-Espinoza LE. Conocimientos, actitudes y prácticas de Lactancia materna en madres de niños, comunidad rural Peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2012. Pág 77
9. Alvarez Zendejas, Patricia Marghel. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Thomas Ajusco. Escuela de Salud Pública de México. Abril 2013. Pág 85
10. Delgado Marruffo, Lizeth Jackelin; Nombera Puelles, Fiorella Mitchely. Nivel de conocimiento de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna. Chiclayo, Perú, 25 de Junio de 2013. Pág 66-90

11. USAID. Iniciativas Unidades Amigas .Factores Influyentes para el éxito y sostenibilidad, proyecto de garantía y calidad. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nicaragua, Octubre 2006. Pág 28-53.
12. Hospital Infantil del Estado. Lactancia Materna. Al rescate de la Lactancia Materna como la mejor fuente de vida para nuestros hijos. México. <http://www.hies.gob.me/lactancia%20materna.pdf>
13. Hernández, M. Alimentación Infantil. (III ed). Madrid, España, 2001. Ediciones Días de Santos. Pág 23-44;60
14. Ministerio de Salud. Normativa 029, Normas de alimentación y nutrición para embarazadas, puérperas y niñez menor de cinco años. Dirección General de Extensión y Cobertura de la Calidad Dirección de Normación: Managua, Nicaragua Octubre 2009. Pág40-41
15. Organización Mundial de la Salud, Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe de colaboración OMS, Ginebra 2003; Pág 170 – 185
16. Organización Panamericana de Salud. Módulo de la capacitación sobre la lactancia materna (México):Rev. OPS, 2002. Pág 228.
17. Egas R. La Lactancia Materna en declive en América Latina. Nutrinet. Quito Junio 2008. <http://ecuador.nutinet.org/noticias/80/138-la-lactancia-materna-en-declive-en-america-latina>.
18. Luisa Fernanda Galindo Cruz. Conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en el inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia materna en infantes menores de 24 meses del departamento de Escuintla. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Química y Farmacia. Guatemala, Enero 2013. Pág 8-16
19. MINSALUD- UNICEF. Plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008. Ministerio de Salud y UNICEF. Bogotá. Pág 45-50
20. Zamora, A Eddy Aburto, H Iván. “Conocimientos sobre Lactancia Materna y Aplicación de los Diez Pasos en las prácticas hospitalarias por el personal de salud del HAN, HBCR, HFVP”. UNAN-Managua, Facultad de Ciencias Médicas. Nicaragua 1994. Pág 76-80

ANEXOS

Anexo 1.

Ficha de recolección de datos

Se le solicita por favor que llene los incisos marcando con una X o con palabras según corresponda, toda esta información será analizada con discreción.

I. Datos sociodemográficos:

- Edad: _____
- Estado civil: Casada___ Soltera___ Acompañada___ Viuda___
- Procedencia: Urbano___ Rural___
- Escolaridad: Primaria___ Secundaria___ Universidad___ Técnica___ Ninguna___
- Ocupación: Profesional___ Técnica___ Ama de casa___ Comerciante ___ Estudiante___
- Número de hijos: _____

II. Conocimientos:

Marque con una X el inciso que usted considere correcto utilizando las siguientes respuestas:

5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Oraciones	5	4	3	2	1
• La lactancia materna exclusiva es brindar únicamente leche materna					
• El niño debe recibir lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses					
• Cada tetada debe durar no más de 30 minutos					
• El tiempo que debe durar una tetada de la otra es de 1 ½ hora					
• El niño debe recibir lactancia materna hasta los 24 meses					
• La leche materna es ideal para su bebé porque tiene los nutrientes necesarios,					

inmunoglobulinas, favorece su crecimiento y desarrollo					
• La leche materna previene enfermedades del bebé, cáncer de mama y ovario en la madre, es económica					
• Amamantar acostada reduce el trabajo a la madre					
• Has dejado de amamantar porque sientes que llevas la mayor carga en el hogar					
• Has dejado de amamantar porque sientes mucho dolor en los pechos					
• Has dejado de amamantar porque te han aparecido grietas en los pezones					
• Has dejado de amamantar porque tienes que regresar al trabajo o al colegio					
• Has dejado de amamantar porque te da pena dar de mamar					
• Has dejado de amamantar porque pierdes mucho tiempo					

III. Actitudes:

Marque con una X el inciso que usted considere correcto utilizando las siguientes respuestas:

5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Oraciones	5	4	3	2	1
• El apoyo de la familia y la comunidad es esencial para una adecuada lactancia materna					
• Estoy dispuesta a brindar lactancia materna hasta que mi niño cumpla 2 años					
• Continuarías brindando lactancia materna aunque te genere molestia					

• Consideras que la leche materna es la mejor opción para tu bebé					
• Prefiero dar leche de fórmula que leche materna					
• Evitaría lactancia materna si su niño cursaría con diarrea					
▪ Los bustos de las mujeres que dan de mamar se vuelven feos					
▪ Dar de mamar hace que las madres aumenten de peso					
▪ Dar de mamar hace que las madres disminuyan de peso					
▪ Una mujer de pechos pequeños no puede dar de mamar					
• Siempre hay que darle al bebé otro tipo de leche porque la leche materna no le sustenta					

IV. Prácticas:

Marque con una X el inciso que usted considere correcto utilizando las siguientes respuestas:

5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Oraciones	5	4	3	2	1
• Es correcto brindar lactancia materna					
• Lo ideal es brindar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses					
• Lo ideal es brindar lactancia materna hasta los 24 meses					
• No son necesarias las diferentes técnicas de amamantamiento					
• Las molestias en la espalda al dar de mamar es por una inadecuada técnica de amamantamiento					

<ul style="list-style-type: none"> • Se debe iniciar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es correcto brindar lactancia materna a libre demanda 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es correcto iniciar alimentación complementaria antes de los 6 meses 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se debe iniciar el amamantamiento con la última mama que terminó el proceso anterior 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se debe lavar las mamas antes de iniciar el amamantamiento 					
<ul style="list-style-type: none"> • Al dar de mamar es correcto que la cabeza del niño repose sobre su codo y su otra mano se coloque en forma de C agarrando la mama 					

Anexo 2.

Consentimiento Informado

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 24 MESES, QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD TAMARINDO, LA PAZ CENTRO, FEBRERO 2016- MAYO 2016”
Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Nombre:

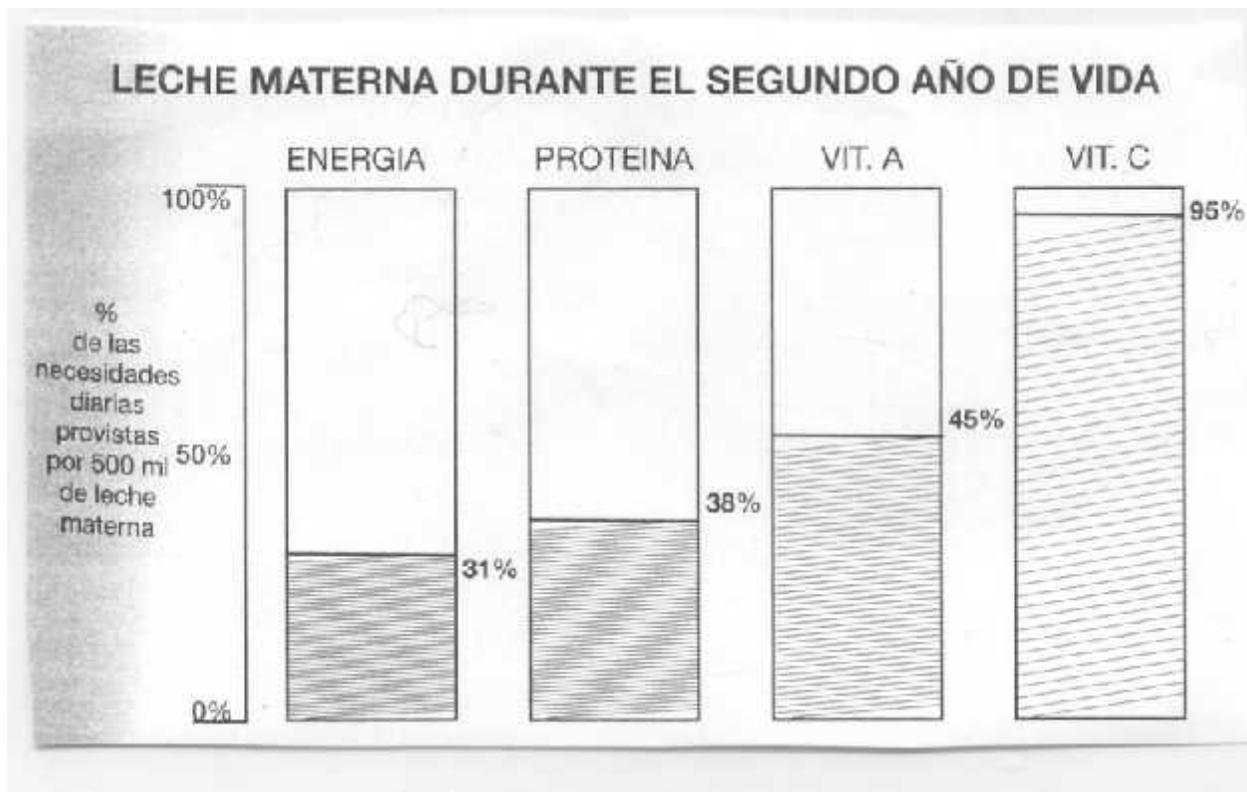
CI:

Firma:

Anexo 3.

Composición de leche materna						
	Energía	Proteína	Caseína	Suero	Lípidos	Lactosa
Calostro	60	4.7	3.2	1.5	2.5	5.7
Leche madura	75	1.5	1.1	0.4	4.5	6.8

Anexo 4.



Anexo 5.

Composición leche humana y leche vaca						
	Energía (Kcal/dL)	Proteína (g/dL)	Caseína	Suero	Lípidos (g/dL)	Lactosa (g/dL)
Leche humana	75.0	1.5	1.1	0.4	4.5	6.8
Leche vaca	66.7	3.5	2.9	0.6	3.7	4.9