



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE**

CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS CURSANDO PUERPERIO MEDIATO SOBRE LACTANCIA MATERNA

Autores:

Br. Ayuto, Natalia
Br. González, Andrea
Br. González, Loreley
Br. Igruzquiaguirre, Gisel
Br. Li, Miguel
Br. Rodríguez, Rita

Tutor:

Prof. Adj. Mg. Cecilia Callorda

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2018

AGRADECIMIENTOS

Gracias de corazón a nuestra tutora Mg. Cecilia Callorda por su paciencia, dedicación y motivación continua. Logrando hacer de este camino difícil, un proceso accesible.

Agradecemos a todas las madres adolescentes, al Centro Hospitalario Pereira Rossell - Hospital de la Mujer y Comité de Ética de C.H.P.R., por su confianza, disposición y apoyo sin ellos no podíamos haber ejecutado este proyecto.

Un reconocimiento especial a CSIC, que nos brindó la posibilidad de realizar este proyecto.

A todos los miembros de la Facultad de Enfermería, en especial a nuestra decana Lic. Prof. Mercedes Pérez por su atención, apoyo y amabilidad en todo lo referente a nuestro camino por esta carrera.

A las personas que de una u otra manera son la clave en nuestra vida personal: NUESTRAS FAMILIAS, quienes desde un comienzo nos acompañaron en este proceso, dándonos la fuerza necesaria para continuar y seguir persiguiendo este sueño: ser Licenciados en Enfermería.



GLOSARIO

BLM: Beneficios de Lactancia materna.

BPS: Banco de Previsión Social.

BPNI: Red de Promoción de la Lactancia materna de India

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell.

EG: Edad gestacional.

IBFAN: Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil

LM: Lactancia materna.

LME: Lactancia materna exclusiva.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS.: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

PLM: Práctica de lactancia materna.

RUANDI: Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil.

TLM: Técnica de lactancia materna.

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia.

WBTi: World Breastfeeding Trends Initiative. Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna.

Tabla de contenidos:

	Pág.
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Pregunta problema.....	7
Objetivos de Investigación: General y específicos.....	8
Metodología:.....	9
Tipo y diseño de estudio; Área de estudio; Universo y muestra.....	9
Unidad de análisis; Criterios de inclusión y exclusión; Variables.....	10
Resultados.....	11
Análisis.....	28
Conclusiones.....	41
Sugerencias.....	42
Referencias bibliográficas.....	44
Bibliografía consultada.....	48
Anexos.....	49
Anexo I: Tablas y gráficas de Conocimiento sobre práctica de lactancia materna.	
Anexo II: Tablas y gráficas de Conocimiento sobre beneficios de lactancia materna.	
Anexo III: Tablas y gráficos de Conocimiento sobre técnica de lactancia materna.	
Anexo IV: Metodología para determinar el Conocimiento aplicando el cuadro de doble entrada por combinaciones.	
Anexo V: Carta de autorización de conformación de tribunal de defensa para trabajo final de investigación.	
Anexo VI: Protocolo de Investigación	

RESUMEN

La lactancia materna exclusiva es la fuente ideal de alimentación de los seres humanos en los primeros meses de vida. Dentro de las actividades que realiza enfermería se encuentra brindar información y sensibilizar para promover estilos de vida saludables, especialmente en poblaciones vulnerables como son las adolescentes.

El objetivo general fue determinar los conocimientos que poseen las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato sobre lactancia materna.

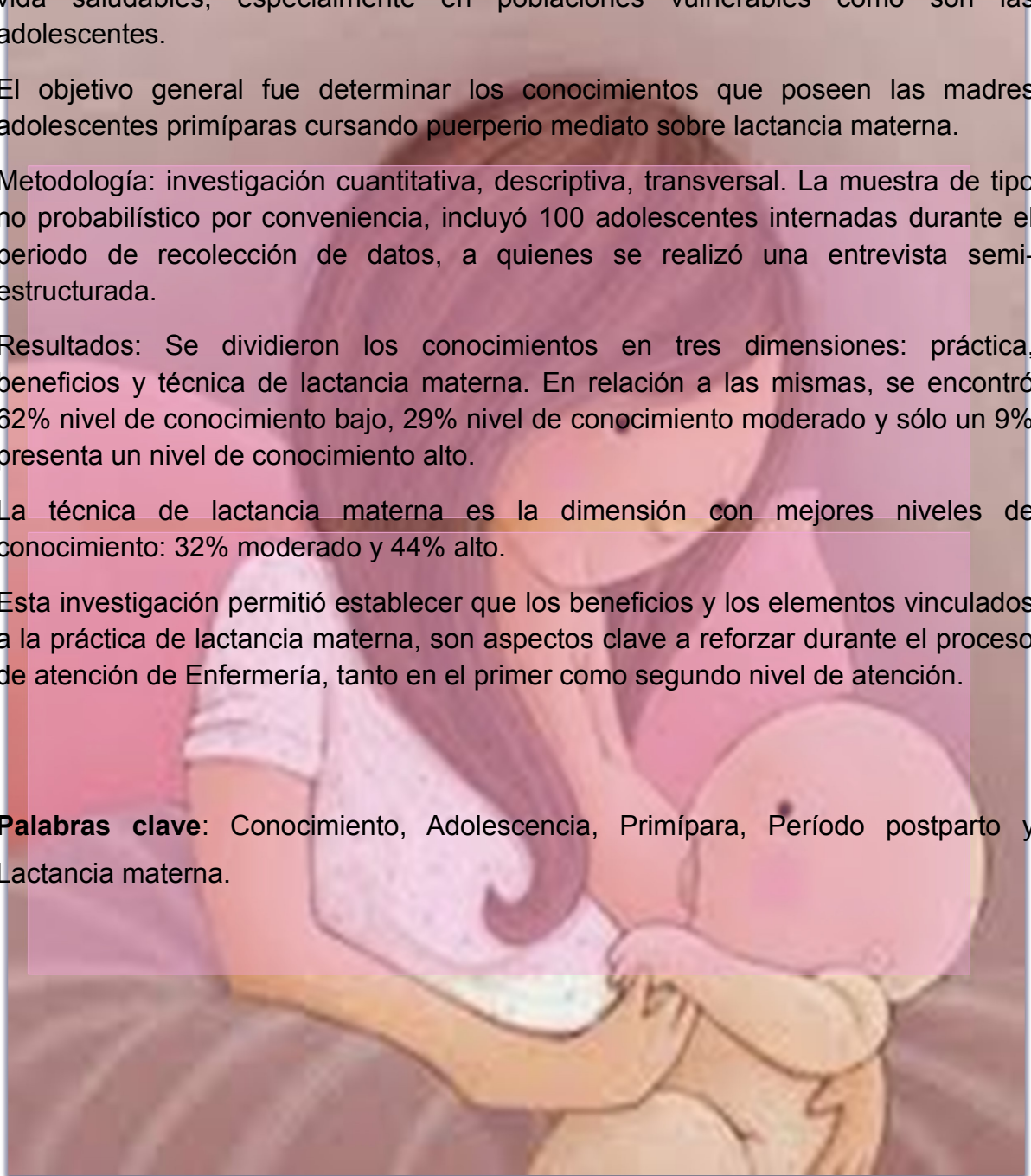
Metodología: investigación cuantitativa, descriptiva, transversal. La muestra de tipo no probabilístico por conveniencia, incluyó 100 adolescentes internadas durante el periodo de recolección de datos, a quienes se realizó una entrevista semi-estructurada.

Resultados: Se dividieron los conocimientos en tres dimensiones: práctica, beneficios y técnica de lactancia materna. En relación a las mismas, se encontró 62% nivel de conocimiento bajo, 29% nivel de conocimiento moderado y sólo un 9% presenta un nivel de conocimiento alto.

La técnica de lactancia materna es la dimensión con mejores niveles de conocimiento: 32% moderado y 44% alto.

Esta investigación permitió establecer que los beneficios y los elementos vinculados a la práctica de lactancia materna, son aspectos clave a reforzar durante el proceso de atención de Enfermería, tanto en el primer como segundo nivel de atención.

Palabras clave: Conocimiento, Adolescencia, Primípara, Período postparto y Lactancia materna.



ABSTRACT

Exclusive breastfeeding is the ideal source of food for humans in the first months of life. Among the activities carried out by nursing is to provide information and raise awareness to promote healthy lifestyles, especially in vulnerable populations such as adolescents.

The general objective was to determine the knowledge possessed by primiparous adolescent mothers studying puerperium mediate about breastfeeding.

Methodology: quantitative, descriptive, transversal research. The non-probabilistic convenience sample included 100 adolescents interned during the data collection period, to whom a semi-structured interview was conducted.

Results: Knowledge was divided into three dimensions: practice, benefits and breastfeeding technique. In relation to these, 62% level of low knowledge was found, 29% level of moderate knowledge and only 9% have a high level of knowledge.

The technique of breastfeeding is the dimension with the best levels of knowledge: 32% moderate and 44% high.

This research allowed us to establish that the benefits and elements linked to the practice of breastfeeding are key aspects to strengthen during the process of nursing care, both in the first and second level of care.

Keywords: Knowledge, Adolescence, Primiparas, Postpartum Period and Breastfeeding.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos que presentan las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediano sobre lactancia materna en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, correspondiente a la Clínica Ginecotológica C “Prof. Dr. Justo Alonso”, específicamente piso 3, Maternidad Sala 7 en el período comprendido entre diciembre de 2017 a febrero de 2018 en Montevideo, Uruguay?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Determinar los conocimientos que poseen las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato sobre lactancia materna.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a usuarias madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato sobre lactancia materna.
- Determinar los conocimientos que poseen sobre: la práctica de la lactancia materna, los beneficios de lactancia materna tanto para el binomio y la técnica (pecho directo, extracción y conservación de la leche materna).

METODOLOGÍA

Tipo y diseño general de estudio

La propuesta fue llevar a cabo un estudio descriptivo a realizarse en un servicio de Maternidad público de segundo nivel. Se propuso un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo que nos permitió explorar y evaluar los conocimientos de la población en situaciones de la vida real; sin ningún tipo de manipulación de ésta. El mismo es del tipo prospectivo y transversal.

Área de estudio:

La investigación se llevó a cabo en Uruguay, en el departamento de Montevideo, en el barrio “Tres cruces” o “Parque Batlle” se desarrolló en el Servicio de Maternidad Pública del Centro Hospitalario Pereira Rossell, específicamente en clínica Ginecotológica C “Prof. Dr. Justo Alonso”, el mismo es de referencia nacional en atención Materno Infantil. Al que se solicitó los permisos correspondientes para la recolección de datos y asegurar los aspectos éticos vinculados a la investigación con seres humanos, a pesar de que esta investigación no manipula variables.

Universo:

El universo seleccionado, fue el conjunto de madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediano con edades entre los 12 hasta 21 años, internadas en el Servicio de Maternidad Pública del Centro Hospitalario Pereira Rossell, específicamente en clínica Ginecotológica C “Prof. Dr. Justo Alonso”, en el período comprendido diciembre 2017 a febrero de 2018. Montevideo, Uruguay.

Muestra:

La muestra fue de tipo **no probabilístico por conveniencia**. Correspondió al total de usuarias internadas en la institución durante el período de recolección de datos.

Unidad de análisis:

Cada una de las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato, que cumplieron con los criterios de selección, internadas en el Servicio de Maternidad Pública del Centro Hospitalario Pereira Rossell, específicamente en clínica Ginecotológica C “Prof. Dr. Justo Alonso”, en el período comprendido diciembre 2017 a febrero de 2018. Montevideo, Uruguay.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en esta investigación a todas las:

- ❖ Madres adolescentes primíparas de 12 a 21 años cursando puerperio mediato en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el período comprendido entre diciembre 2017 a febrero de 2018.

Criterios de exclusión: Se excluyeron en esta investigación a todas las:

- Madres adolescentes primíparas que cursando puerperio mediato tenían contraindicada la lactancia materna por: adicciones, HIV, alguna patología psiquiátrica u otras patologías.
- Madres adolescentes primíparas, que no aceptaron participar en la investigación.

Las **variables** que se incluyeron en el estudio, se dividieron en:

- Variables de caracterización: etapas de la adolescencia, procedencia, antecedentes obstétricos, tipo de parto, edad gestacional, puerperio mediato, nivel de instrucción, ocupación, tipo de trabajo, estado civil, convivencia, fuente de información y alimentación actual del neonato.
- Variables de estudio: **nivel de conocimiento que poseen** sobre: la práctica, los beneficios y la técnica de la lactancia materna.

RESULTADOS

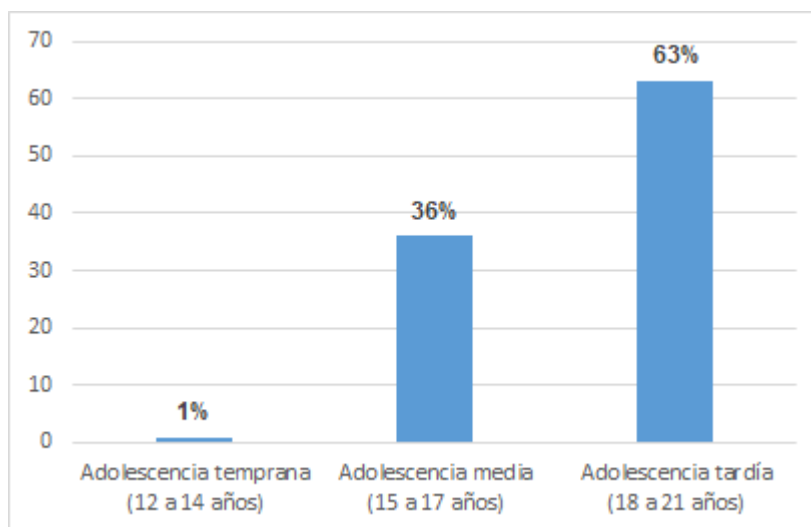
Caracterización de la población en el Centro Hospitalario Pereira Rossell correspondiente a Clínica Ginecotológica C “Prof. Dr. Justo Alonso”, específicamente en el piso 3, Maternidad sala 7.

Tabla N°1: Distribución de la población según etapas de la adolescencia en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018

Etapas de la adolescencia	FA	FR%
Adolescencia temprana (12 a 14 años)	1	1
Adolescencia media (15 a 17 años)	36	36
Adolescencia tardía (18 a 21 años)	63	63
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°1: Distribución de la población según etapas de la adolescencia en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

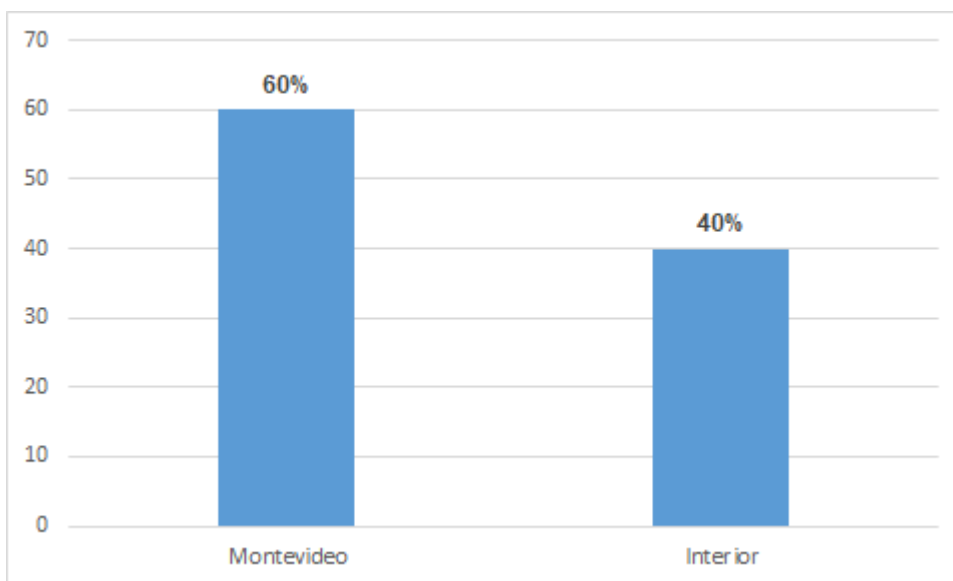
En cuanto a la variable etapas de la adolescencia se visualizan los siguientes datos: 1% adolescencia temprana, 36% adolescencia media y 63% la adolescencia tardía.

Tabla N°2: Distribución de la población según procedencia en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Procedencia	FA	FR%
Montevideo	60	60
Interior	40	40
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°2: Distribución de la población según procedencia en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

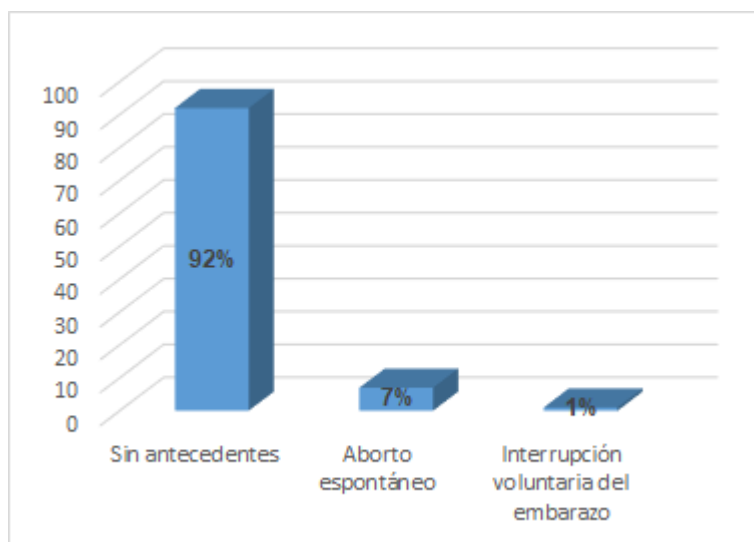
Con respecto a la procedencia 60% Montevideo y 40% Interior.

Tabla N°3: Distribución de la población según antecedentes obstétricos en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Antecedentes obstétricos	FA	FR%
Sin antecedentes	92	92
Aborto espontáneo	7	7
Interrupción voluntaria del embarazo	1	1
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°3: Distribución de la población según antecedentes obstétricos en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

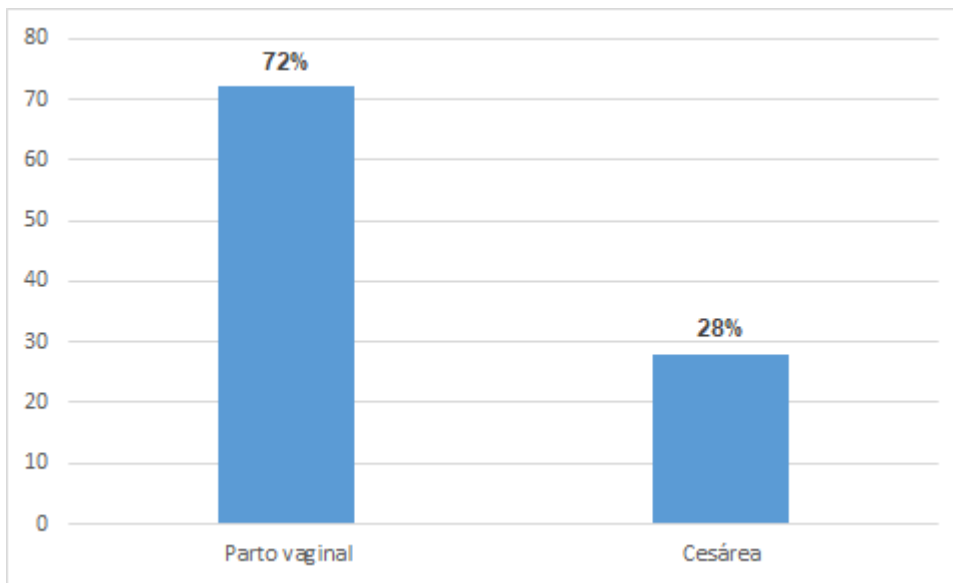
En relación a los resultados del gráfico correspondiente a los antecedentes obstétricos; en el momento de la entrevista; 92% sin antecedentes, 7% aborto espontáneo y 1% interrupción voluntaria.

Tabla N° 4: Distribución de la población según tipo de parto en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Tipo de parto	FA	FR%
Parto vaginal	72	72
Cesárea	28	28
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°4: Distribución de la población según tipo de parto en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

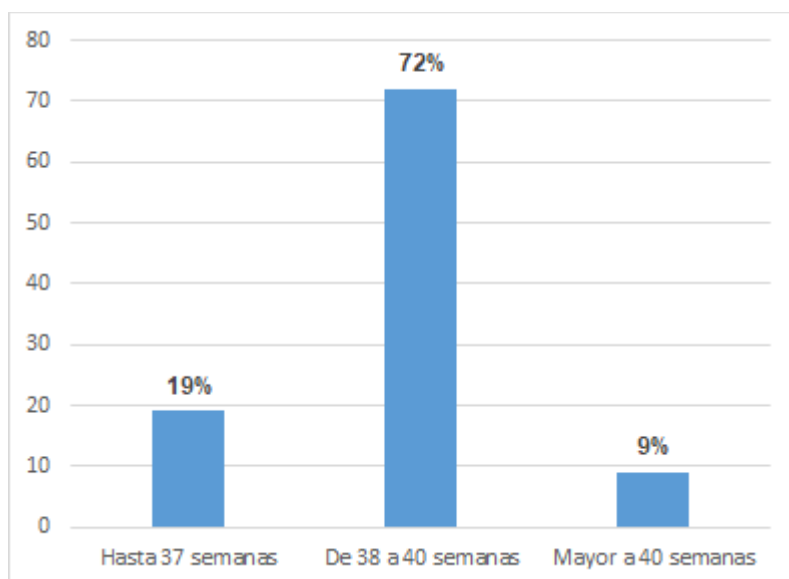
En el gráfico se observan los resultados de la variable tipo de parto, tales como: 72% parto vaginal y 28% cesárea.

Tabla N°5: Distribución de la población según edad gestacional en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Edad gestacional	FA	FR%
Hasta 37 semanas	19	19
De 38 a 40 semanas	72	72
Mayor a 40 semanas	9	9
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°5: Distribución de la población según edad gestacional en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

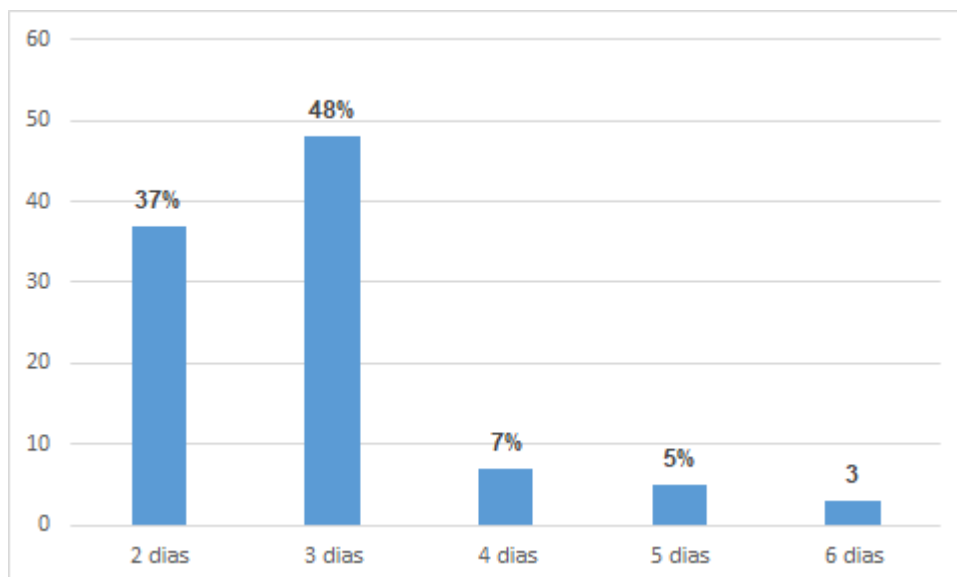
En la siguiente gráfica; de edad gestacional corresponde: 72% de 38 a 40 semanas, 19% hasta 37 semanas y 9% mayor a 40 semanas.

Tabla N°6: Distribución de la población según puerperio mediato en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Puerperio mediato	FA	FR%
2 días	37	37
3 días	48	48
4 días	7	7
5 días	5	5
6 días	3	3
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°6: Distribución de la población según puerperio mediato en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

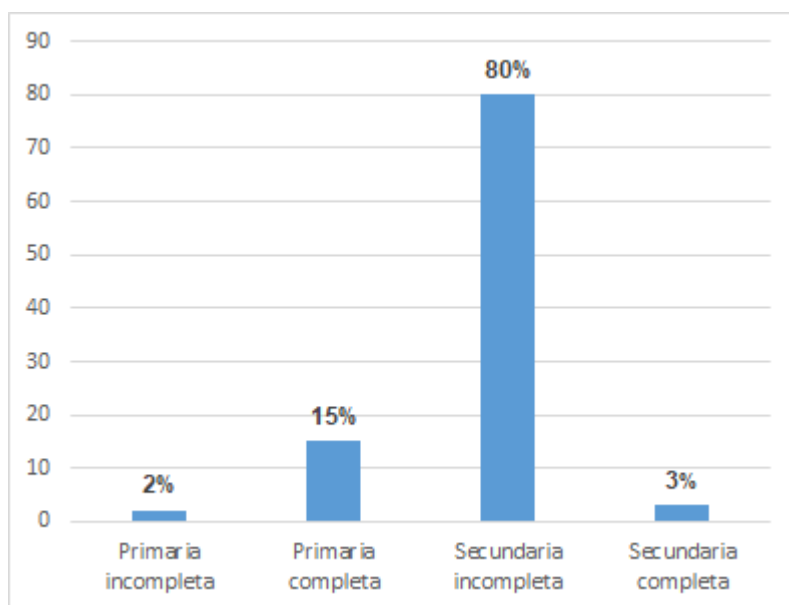
En cuanto a los resultados correspondiente al puerperio mediato; 48% 3 días, 37% 2 días, 7% 4 días, 5% 5 días y además 3% seis días.

Tabla N°7: Distribución de la población según nivel de instrucción en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Nivel de instrucción	FA	FR%
Primaria incompleta	2	2
Primaria completa	15	15
Secundaria incompleta	80	80
Secundaria completa	3	3
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°7: Distribución de la población según nivel de instrucción en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

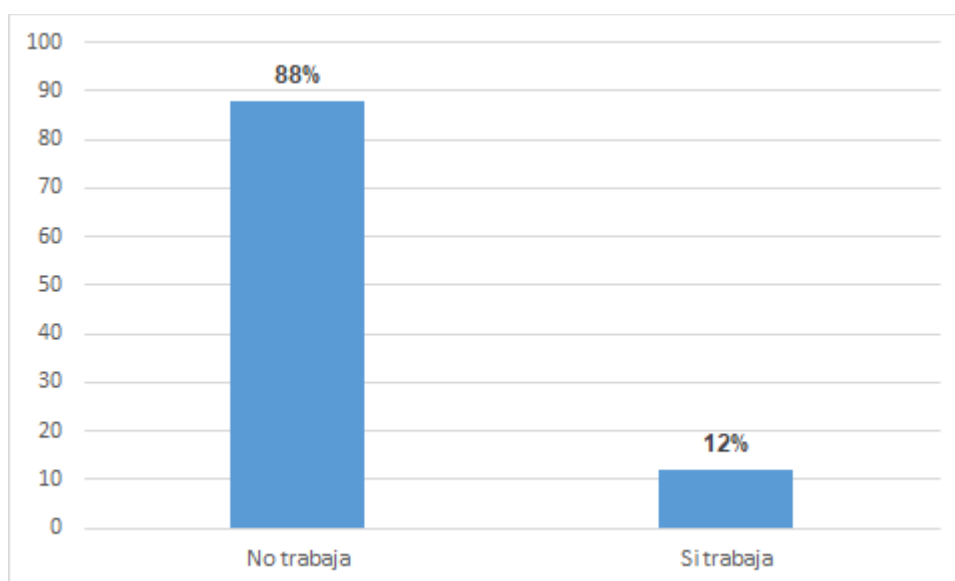
Se observaron los siguientes resultados en el nivel de instrucción: 2% primaria incompleta, 15% primaria completa, 80% secundaria incompleta y 3% secundaria completa.

Tabla N°8: Distribución de la población según ocupación en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Ocupación	FA	FR%
No trabaja	88	88
Si trabaja	12	12
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°8: Distribución de la población según ocupación en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Con respecto a la ocupación, 88% no trabaja, 12% si trabaja y además dentro de este último la tipología de trabajo es informal.

Tabla N°8.1: Distribución de la población según tipo de trabajo en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Tipo de trabajo	FA	FR%
Trabajo informal	12	100

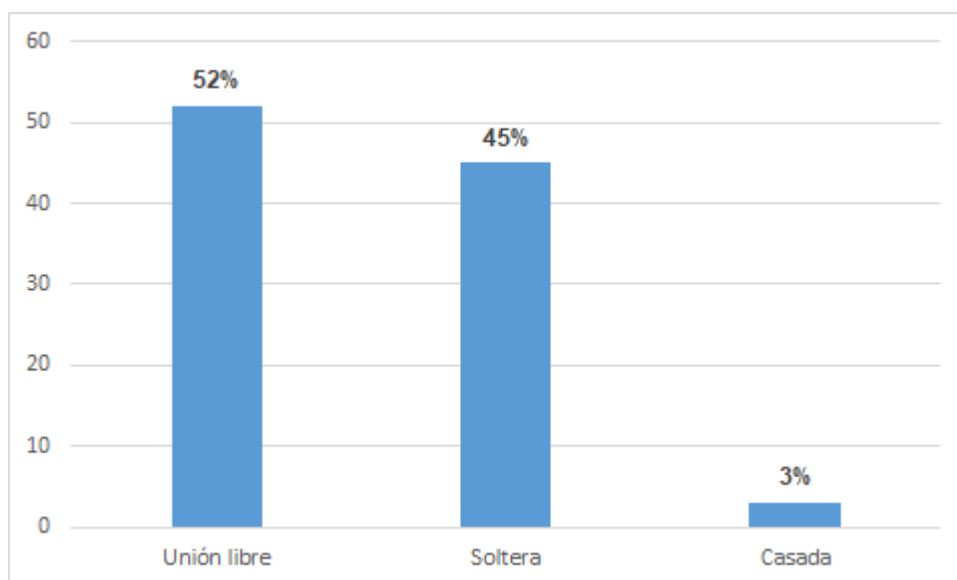
Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Tabla N°9: Distribución de la población según estado civil en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Estado civil	FA	FR%
Unión libre	52	52
Soltera	45	45
Casada	3	3
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°9: Distribución de la población según estado civil en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

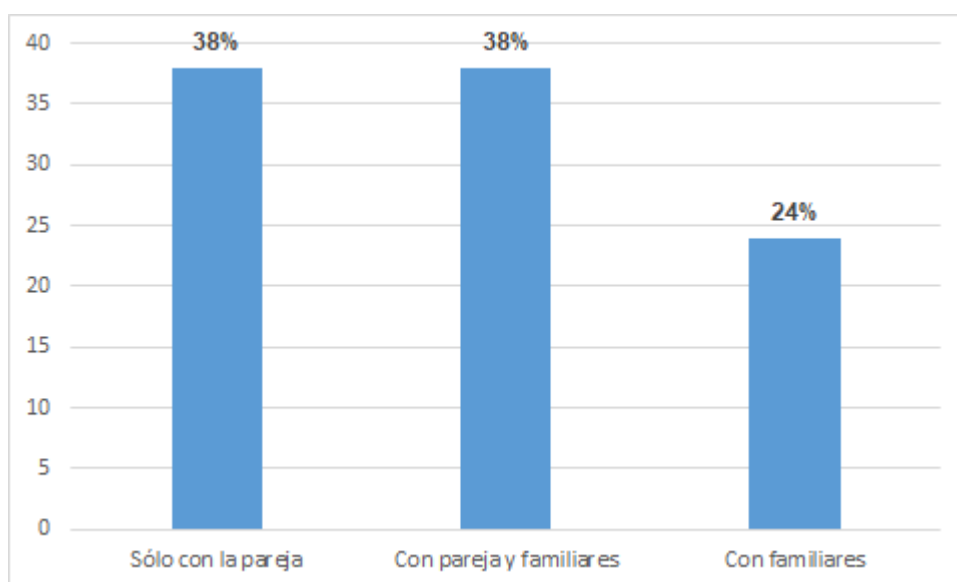
Se estudia en la gráfica estado civil que 52% convive con la pareja o unión libre, 45% soltera y 3% casada.

Tabla N°10: Distribución de la población según convivencia en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Convivencia	FA	FR%
Sólo con la pareja	38	38
Con pareja y familiares	38	38
Con familiares	24	24
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°10: Distribución de la población según convivencia en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

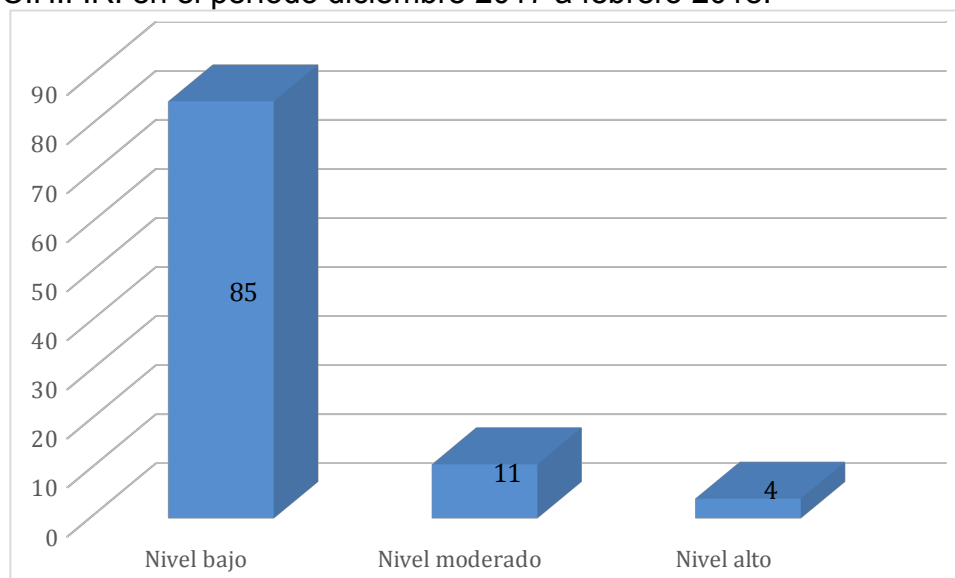
En cuanto a los resultados de convivencia 38% vive solo con la pareja y también con la pareja y familiares y 24% vive con familiares.

Tabla N°11: Distribución de la población según fuente de información en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Fuente de información	FA	FR%
No sabe/no contesta	51	51
Otros	24	24
Personal de salud	14	14
Integrante de su entorno	11	11
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°11: Distribución de la población según fuente de información en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

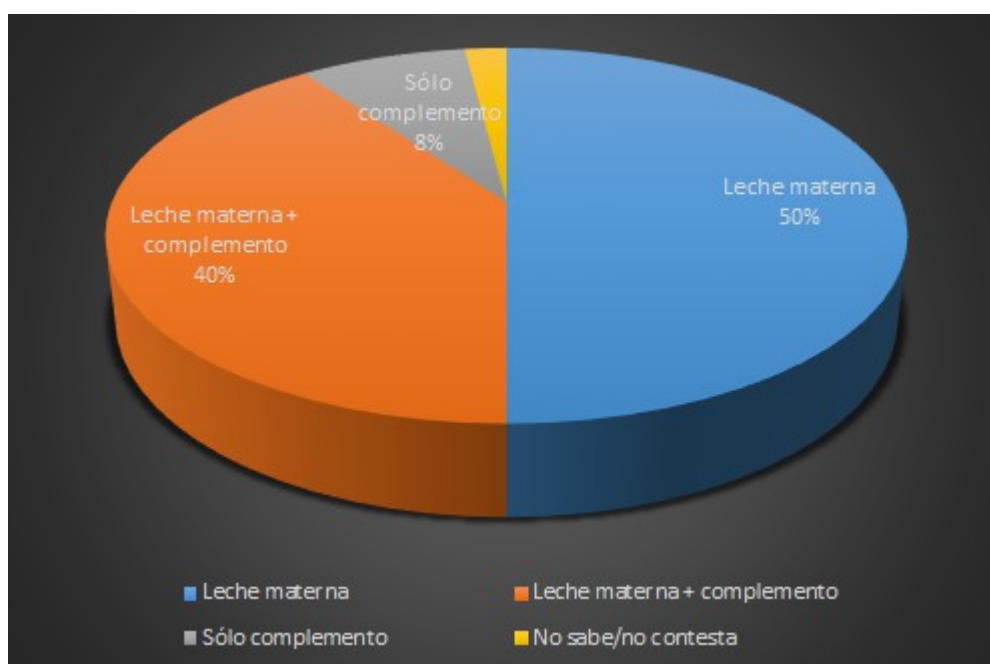
Se destaca en los resultados que corresponde a fuente de información: 51% no sabe/ no contesta, 24% otro 14% personal de salud y 11% integrante de su entorno.

Tabla N°12: Distribución de la población según alimentación actual del neonato en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:

Alimentación actual del neonato	FA	FR%
Leche materna	50	50
Leche materna + complemento	40	40
Sólo complemento	8	8
No sabe/no contesta	2	2
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°12: Distribución de la población según alimentación actual del neonato en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

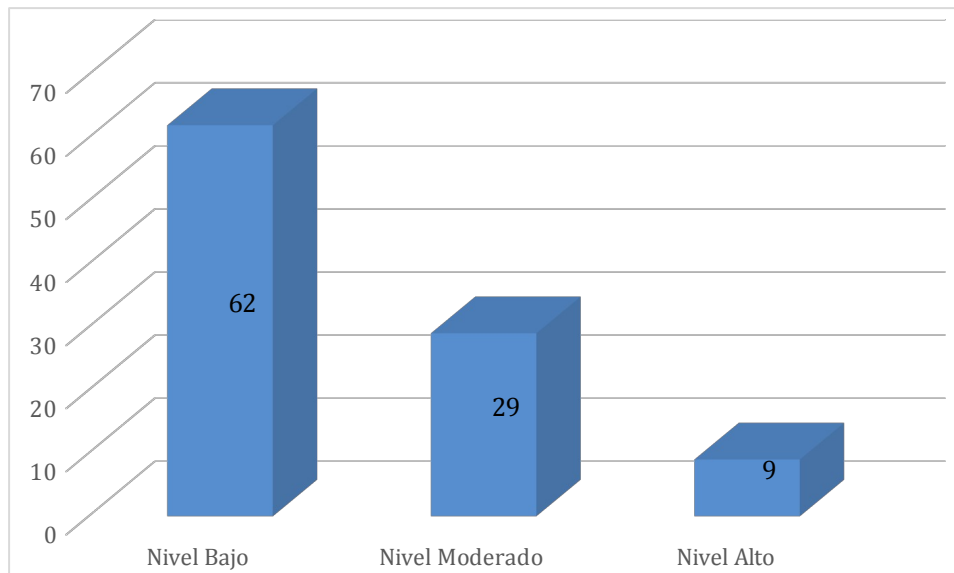
Respecto a la alimentación actual del neonato, 50% leche materna, 40% leche materna y complemento y 8% solo complemento.

Tabla N°13.1: Distribución de la población según Conocimiento que poseen sobre la práctica de lactancia materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018. (Ver Anexo N° I: 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 y 1.5)

Conocimientos que poseen sobre Práctica de lactancia materna	FA	FR%
Nivel bajo	54	54
Nivel moderado	32	32
Nivel alto	14	14
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.1: Distribución de la población según Conocimiento que poseen sobre la Práctica de lactancia materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018:



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

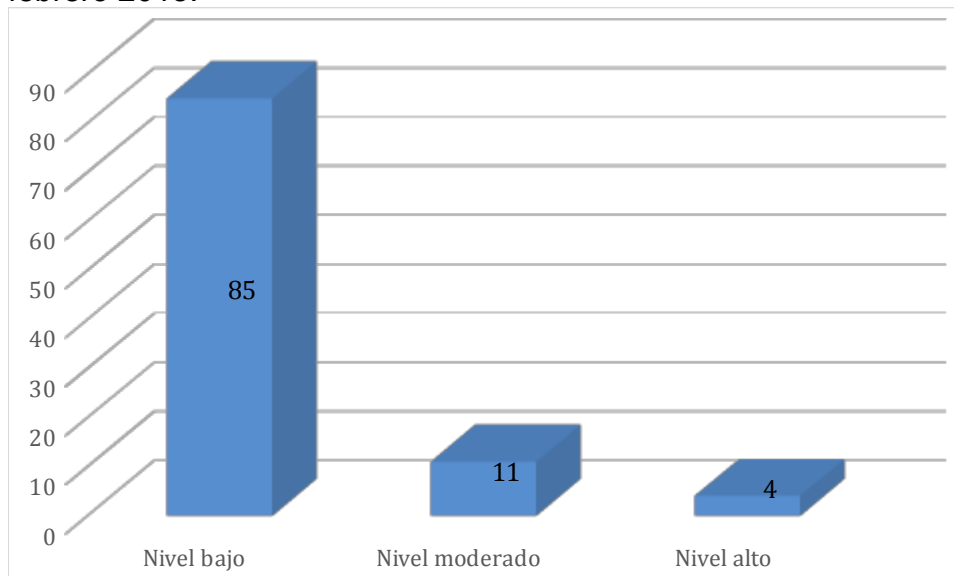
Se confirmaron los siguientes resultados correspondiente a Conocimiento que poseen sobre la Práctica de lactancia materna: 14% nivel alto, 32% nivel moderado y 54% nivel bajo.

Tabla N°13.2: Distribución de la población según Conocimiento que poseen sobre los beneficios de lactancia materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018. (Ver Anexo N° I: 2.1, 2.2, 2.3, 2.4)

Conocimientos que poseen sobre los Beneficios de lactancia materna	FA	FR%
Nivel bajo	85	85
Nivel moderado	11	11
Nivel alto	4	4
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.2: Distribución de la población según Conocimiento que poseen sobre los beneficios de lactancia materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

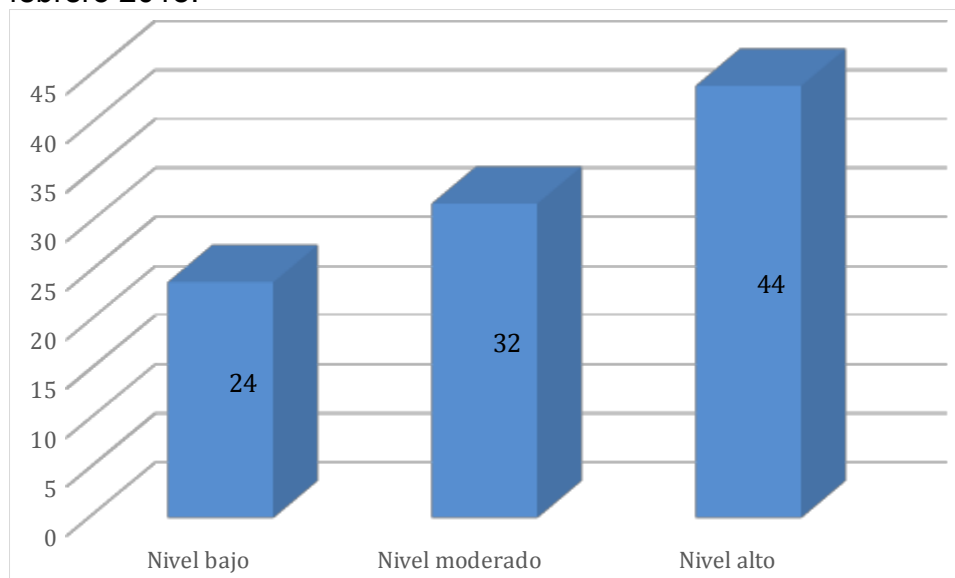
Se lograron obtener los siguientes datos correspondiente a Conocimiento que poseen sobre los beneficios de lactancia materna: 85% nivel bajo, 11% nivel moderado y 4% nivel alto.

Tabla N°13.3: Distribución de la población según Conocimiento que poseen sobre la técnica de lactancia materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018. (Ver Anexo N° I: 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8)

Conocimientos que poseen sobre Técnica de lactancia materna	FA	FR%
Nivel bajo	24	24
Nivel moderado	32	32
Nivel alto	44	44
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.3: Distribución de la población según Conocimiento que poseen sobre la técnica de lactancia materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

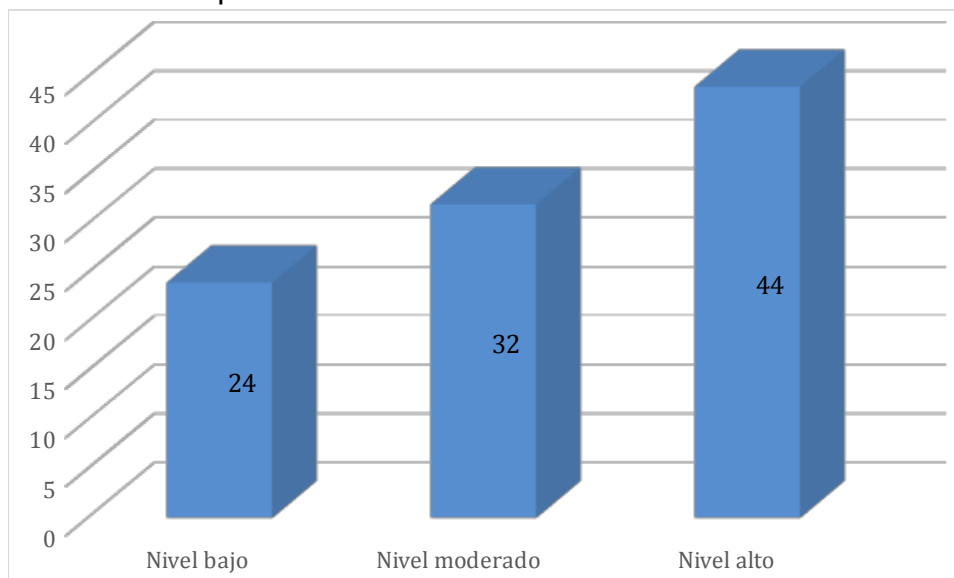
Se obtuvieron los siguientes datos correspondiente a Conocimiento que poseen sobre la técnica de lactancia materna: 24% nivel bajo, 32% nivel moderado y 44% nivel alto.

Tabla N°14: Distribución de la población según Conocimientos que poseen en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018. (Ver Anexo: N° 4 y 4.1)

Conocimientos que poseen	FA	FR%
Nivel Bajo	62	62
Nivel Moderado	29	29
Nivel Alto	9	9
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°14: Distribución de la población según Conocimientos que poseen en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Se aprecia en general los conocimientos que poseen las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato: 62% nivel bajo, 29% nivel moderado y 9% nivel alto.

ANÁLISIS

La presente investigación, hizo referencia a la siguiente distribución de características socio-demográficas:

Etapas de la adolescencia, se destacaron el 1% se encuentra en el rango de 12 a 14 años perteneciente a adolescencia temprana, el 36% pertenecen a adolescencia media de 15 a 17 años y el 63% adolescencia tardía de 18 a 21 años, según clasificación de la adolescencia de Aguilar Cordero (15).

López Rodríguez (23) hace referencia: “la adolescencia es una etapa turbulenta llena de grandes cambios, confusión y rebeldía, en la cual se perciben las transformaciones de nuestro cuerpo y de nuestros contemporáneos con un ánimo exaltante, curiosos por descubrir de lo que ocurren con ellos y sentir nuevas experiencias y para lo que la mayoría no está preparado”.

Teniendo en cuenta que el embarazo adolescente es un proceso donde suceden cambios biológicos y psicoemocional, alteraciones de proyectos de vida: personal y familiar, repercutiendo en la calidad de vida del adolescente y su entorno, convirtiéndose en un riesgo potencial al binomio, considerando el embarazo adolescente una problemática en salud pública con los países en vías de desarrollo.

En la actualidad según Urwicz (24) indica una disminución en el embarazo adolescente, donde nacieron 1214 niños menores de madres adolescentes en 2017, representando un tercio de la caída en los nacimientos, esto puede asociarse a estrategias, en relación a los métodos anticonceptivos ejemplo implantes subdérmicos y educación sexual en las escuelas.

Referente a la **Procedencia** de las usuarias, encontramos que 60% provenían de Montevideo y 40% del interior. Esto nos puede indicar que las usuarias tienen mayor probabilidad de contar con algún acompañante durante su internación y no implicaría gastos de traslados, en comparación de las usuarias provenientes del interior, en visto a su condición podría verse afectada debido a lo mencionado. Implicando mayor coordinación y seguimiento para usuarias provenientes del interior en referencia al primer control del binomio.

En cuanto a los **antecedentes obstétricos** encontramos un 92% no presentan antecedentes, el 7% presentó aborto espontáneo, y 1% Interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Estos datos son de relevancia dado que permite conocer si las usuarias eran primigestas o primíparas, considerándose como factores de riesgo, debido a la corta edad que cursan las usuarias adolescentes.

La **clasificación de recién nacido según edad gestacional** un 72% de 38 a 40 semanas, un 19% hasta 37 semanas, mientras que el restante de 41 semanas o más de gestación corresponde al 9%.

El dato que se refiere al 72% es de suma importancia y a la vez favorable, por lo que implica que en un alto porcentaje, llegan a término en el embarazo. Cabe mencionar como debilidad que para el estudio no se planificó cuantas usuarias presentan alojamiento conjunto y no se incluyó los antecedentes vinculados a control de embarazo. Según lo expresado anteriormente, el 81% no pertenecen a la clasificación de pretérminos.

Estos datos podrían haber revelado información en relación si existen vínculos entre embarazo a término y controles adecuados en cuanto a cantidad. Es una población de adolescentes siendo esta una etapa vulnerable, y a la vez cursando un embarazo. Por otra parte el hecho de llegar a un embarazo a término es sumamente importante para el binomio. El hecho de mantener alojamiento conjunto, favorece la instalación de lactancia materna, la salud mental, el vínculo de apego, y el aspecto psicoemocional de ambos, siendo de vital importancia las 24 horas de nacido.

En 2017 (7) murieron 282 niños menor de un año, por lo tanto esto nos indica que son 94 niños menos que el 2016. Las causas de las muertes fueron: en primer lugar

prematuros, segundo lugar malformaciones congénitas y en tercer lugar signos mal definidos. La línea de acción va dirigida a este tercer lugar principalmente.

En la clasificación de **Tipo de parto**, encontramos que un 72% presentó parto vaginal y un 28% cesárea. El Estado ha implementado estrategias para disminuir el número de cesáreas, a través de los Objetivos sanitarios nacionales 2020 del MSP (8), se aspira a disminuir en un 10 % el número de cesáreas evitables partiendo de una línea de base del 44,3% de cesáreas realizadas, en base a estos datos se ve reflejado que las estrategias propuestas en dichos objetivos presentan resultados favorables en busca de la meta planificada.

En cuanto al **nivel de instrucción** se puede identificar que 2% presentó primaria incompleta, un 15% primaria completa, 80% secundaria incompleta y el 3% secundaria completa. Teniendo en cuenta que estamos frente a adolescentes que por su corta edad no presentan un nivel de instrucción alto, en relación a ello, debemos implementar un lenguaje adecuado, sencillo si se pretende en un futuro realizar talleres con el objetivo de brindar educación sobre el tema propuesto.

Relacionado a la **ocupación**, el 88% no realizó ningún trabajo y el 12% refieren haber realizado algún tipo de actividad durante el embarazo. Si tenemos en cuenta que son madres adolescentes, y en relación a la temática de lactancia materna, si se mantiene esta situación ayudaría a la alimentación adecuada del bebé ya que la madre tendría tiempo para brindarle ese alimento imprescindible para su hijo y no que por motivos laborales sea la causa de la interrupción.

No quiere decir que la madre no debería trabajar, considerándose el grupo población que incluye madres adolescentes: temprano y medio implicando riesgo potencial, no siendo amparados por las leyes vigentes en nuestro país.

Hoy nuestro país cuenta con leyes de amparo para las madres trabajadoras que amamantan a sus hijos (20,21). Dentro de esta clasificación predomina 12% trabajo informal; principalmente madres correspondiente a la etapa de ciclo vital adolescencia tardía.

Con respecto a la **situación conyugal**, el 52% convive en unión libre, 45% son solteras, 3% casadas.

Dentro de la **convivencia** se puede destacar, las madres adolescentes que viven solo con pareja 38%, con pareja y familiares 38%, y solo con familiares 24%. En este aspecto consideramos, uno de los más importantes, nos aporta herramientas para reforzar acciones dirigidas a la población de estudio y su familia: sobre promoción de lactancia materna, con el apoyo de profesionales de salud y/o estudiantes, considerándose la participación familiar un pilar fundamental para lograr estos objetivos.

En este aspecto se observa que el 76% cuenta con el acompañamiento de la pareja, significando, como red de soporte: apoyo, seguridad, protección. Sabemos que las madres adolescentes son vulnerables a determinadas situaciones, siendo el síndrome post-parto el mayor riesgo cuando la misma vivía sola (25).

Es rol del profesional de salud intervenir en esta etapa temprana donde se presenta el contacto con la madre y el neonato. Prevenir cualquier patología psiquiátrica que se produzca en la etapa postparto de forma continua, oportuna y con vínculo empático donde se incentive y se oriente sobre la continuidad de la lactancia materna y sus beneficios.

La **fuentes de información** sobre la lactancia materna, se obtuvieron el 51% no recibió ninguna información, 24% otros, 14% obtuvo información desde el personal de salud, y un 1% recibió información de algún integrante del entorno. Se logró visualizar que las adolescentes en alto porcentaje, no recibieron información.

Nuestros hallazgos se asemejan con lo señalado por Acosta et. al. (1) quienes en su investigación realizada para determinar en nivel de “Conocimiento de las madres adolescentes sobre lactancia materna” realizada en el primer nivel de atención perteneciente a la red ASSE, Centro de Salud Cerro, período julio- agosto 2014; un

58% recibió como fuente de información del entorno familiar, mientras un 42% fue brindado por el equipo de salud.

Es evidente que los resultados contrastados se encuentra: en que si bien recibieron información de distintas fuentes, predomina la fuente brindada de la familia y no del personal de salud.

Por ende se relaciona que ambos resultados presentan un déficit en cuanto a la información que se debería brindar por parte del personal de salud sobre esta temática.

Durante los controles perinatales, donde las usuarias comienzan esta etapa y surgen dudas; a pesar de no contar con ese dato (número de controles) no se puede asociar si realmente hubo carencias en el primer nivel de atención, en cuanto a promoción de lactancia materna o no cuentan con información por la disminución de número de controles.

Según la encuesta “Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay” (7) se ha mejorado en captación y números de controles perinatales, consideramos reforzar la información y el apoyo en el primer nivel de atención de salud, debido que los servicios cuentan con herramientas para dicha implementación.

Como futuros profesionales al tener en cuenta estos datos son relevantes, por lo tanto las usuarias deberían llegar a la etapa del parto con algún tipo de conocimiento de lactancia.

El deber del profesional y la responsabilidad del mismo es tratar de evacuarlas y así cambiar esta realidad que se nos presenta en las investigaciones mencionadas.

Alimentación actual del neonato

En referencia con la alimentación actual del neonato en el momento de la entrevista, se obtuvieron un 50% correspondiente a lactancia materna exclusiva; favoreciendo la continuidad de la misma al domicilio, siendo de gran importancia por lo tanto proporciona a todo neonato un alimento óptimo, nutritivo, estimulando el desarrollo del sistema inmunológico y fortaleciendo el vínculo de apego entre el binomio.

Por el contrario, 40% alimentación mixta, 8% solo complemento, y 2% de las usuarias entrevistadas no sabía y/o no contestaba.

Según los datos obtenidos, las madres refirieron ofrecer alimentación mixta a sus hijos, destacando que no se indago sobre la indicación médica acerca de la alimentación que recibían actualmente.

Estos datos son alarmantes, existiendo alta probabilidad que la madre al alta médica, continúe proporcionándole el mismo tipo de alimentación al neonato. Según la OMS (10) es fundamental brindarle leche materna exclusiva hasta los seis meses de vida a todo recién nacido considerándose factores de riesgo, perjudicando el desarrollo y crecimiento de todo neonato y/o lactante.

En el presente estudio de investigación, se tuvieron en cuenta tres dimensiones para determinar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna:

Sobre los conocimientos de la práctica de lactancia materna, perteneciente a la primera dimensión, se obtuvieron: 54% conocimiento bajo, 32% conocimiento moderado y 14% conocimiento alto.

Entre los resultados de Acosta et. al. (1) se destacó en cuanto a los conocimientos de la práctica sobre lactancia materna que 75% poseen conocimiento y 25% no poseen conocimiento.

Resultado que se asemeja con la presente investigación dentro de la misma dimensión donde corresponde la opción “con qué frecuencia alimentaria al neonato”, resultando la respuesta correcta, el concepto “a demanda”, indicando un 50% y en la presente 48%,

Sin embargo existe diferencia en cuanto la alimentación en ausencia de la madre que la anterior presenta 58% y la presente 77% (¿qué tipo de alimentación le brindaría, en caso de ausentarse de su hogar y/o separarse del neonato?” le administraría leche materna previamente extraída, siendo la opción correcta).

Cabe mencionar que se obtuvieron cifras bajas con respecto al estado de salud del neonato en presencia de diarrea, donde las madres refirieron que le daría leche materna de forma habitual. Considerándose la opción correcta: “Le daría leche materna con mayor frecuencia.”

Teniendo en cuenta este grupo etario por sus características biopsicoemocional no están preparadas para asumir la responsabilidad y rol materno careciendo de insuficiente madurez influyendo negativamente en adoptar las prácticas.

Evaluando ambas investigaciones, sobre la dimensión de la “práctica” de la lactancia materna, nos encontramos actualmente con un 14% poseen conocimientos y la investigación anterior poseen conocimientos un 75%.

En enfermería, dentro del proceso enseñanza aprendizaje deberíamos adquirir actitud empática y hacer hincapié en la demostración de la práctica de lactancia materna, manteniendo una participación activa con el objetivo de que la madre reconozca la importancia de las prácticas apropiadas y la importancia para el binomio.

En relación a beneficios, pertenece a la segunda dimensión. Los datos procesados indicaron: 85% posee conocimiento bajo, 11% posee conocimiento moderado y 4% posee conocimiento alto.

Resultados que difiere en los encontrados de Acosta et. al. (1) se destacó en cuanto a los conocimientos de los beneficios sobre lactancia materna, que 58% poseen conocimiento y 42% no poseen conocimiento.

En referencia a los datos obtenidos, en la presente investigación se reflejó nuevamente el escaso conocimiento que presentan sobre los beneficios de la lactancia materna para el binomio.

Dentro de estos beneficios correctos para el neonato: crecen más sano e inteligente, contiene todos los nutrientes y agua necesaria, ayuda a tener una conexión especial con el bebé, se destacó que la mayoría refirieron que crecen más sanos e inteligentes, como única respuesta correcta. Mientras que en la investigación anterior se observó que la lactancia mejora el vínculo entre madre e hijo y contiene nutrición específica (nombrando 2 de las 3 correctas).

En cuanto al beneficio para la madre: ayuda a mantener una conexión especial con el bebé, tiene menor riesgo de adquirir cáncer de mama y útero, es económica y ayuda a tener una conexión especial con el bebé. Se obtuvo en la presente investigación que la mayoría respondió solo una correcta de las 3 considerando como la más importante ayuda a tener una conexión especial con el bebé, mientras que en la anterior investigación se observa que un 58% se nombró como mayoría previene cáncer de mama y útero.

Se consultó sobre si conocen la Ley de amparo sobre la lactancia materna que rige en la República Oriental del Uruguay, un gran porcentaje no conoce la ley. En

nuestro país existen beneficios legales Ley 16 104/1990 (20) y Ley N° 19161 subsidios por maternidad y paternidad para trabajadores del área privada (21), ambas referidas a normas que regulan sobre licencias y legalizan los beneficios para funcionarios públicos. La misma expresa que la interrupción de la actividad laboral será de 14 semanas como mínimo; luego de cumplirse ese plazo cualquier responsable del bebe puede beneficiarse de un subsidio para el cuidado del recién nacido hasta los 6 meses. Constatando esta la reducción del horario laboral a la mitad.

En Uruguay con la actualización de la Norma de lactancia materna (9), ahora llamada Norma para la Implementación para el desarrollo de acciones que protegen, promueven y apoyan la lactancia materna en todo el territorio nacional que visualiza un intento de solucionar uno de los déficit por ejemplo querer capacitar a los funcionarios de salud que trabajan vinculados a la diada madre hijo, al promover la lactancia materna exclusiva, así como tratar de controlar más a las instituciones para que se cumplan con buenas prácticas de alimentación y del niño ayudando a vencer obstáculos de la lactancia materna.

Con la finalidad de lograr reevaluaciones cada dos años de “las buenas prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño” para controlar la forma en que se está aplicando, contribuir a mejorar las condiciones de niños uruguayos en relación a su salud, nutrición, desarrollo por medio del apoyo protección, promoción, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y lactancia materna hasta los dos años. Siendo esta actualización la base para cumplir con los objetivos sanitarios 2020 que se encuentran asociados en forma directa con la alimentación a partir de la leche materna.

La Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna – WBTi llevado adelante por RUANDI, IBFAN y BPNI (26) han constatado que el nivel de formación académica hay profesionales en el rubro de salud y nutrición carentes de habilidades y conocimientos y actitudes que se necesitan para orientar sobre lactancia, si bien a nivel universitario se promueven contenidos relacionados a la

lactancia materna, alimentación del lactante y niño. Es de relevancia la revisión de los programas de estudios que se observó la falta de profundización en los conocimientos quedando liberado a la decisión del profesional ahondando en ellos.

Evaluando ambas investigaciones, sobre la dimensión de los “beneficios” de lactancia materna, nos encontramos actualmente con 4% poseen conocimientos y la investigación anterior poseen conocimientos un 58%.

En relación a los conocimientos sobre técnica de lactancia materna, tercera dimensión, se procesaron los datos y se obtuvieron los siguientes resultados: 24% posee conocimiento bajo, 32% posee conocimiento moderado y 44% posee conocimiento alto.

Entre los resultados de Acosta et. al. (1), se destacó en cuanto a los conocimientos de las técnicas sobre lactancia materna, que 58% poseen conocimiento y 42% no poseen conocimiento.

Entre ellas se encontraron las posiciones correctas para alimentar al bebé, respondieron todas las posiciones son correctas. Más de la mitad de la población respondió correctamente al ítem mencionado (53%)

Según forma correcta de acople, un 64% respondió estimular al bebé acercándose el pezón a la boca.

Mencionando la técnica correcta de amamantamiento se obtuvo 97% refieren que se debe de alimentar con las 2 mamas, alternando una y otra,

En relación a la forma que la madre interrumpe el amamantamiento, se obtuvo 50% introduce el dedo en la cavidad bucal para que suelte el pezón.

Sobre el reconocimiento de acople se obtuvo que la madre siente deglución de la leche mientras su hijo amamanta 51%, en minoría 5% la respuesta boca en forma de labios evertidos.

Según técnica correcta de extracción manual, 49% refieren colocar la mano en forma de C.

Interpretando sobre el procedimiento de conservación de la leche, 44% refiere extraer y guardar en frasco de vidrio, con tapa plástico, rotulado, 3% se puede guardar en congelador por 14 días, y no sabe no contesta 34%.

Relacionado al descongelado de la leche materna, se obtuvieron 68% refiere descongelar a baño maría o chorro de agua hervida

Interpretando la dimensión de la presente investigación, se obtuvo mayor conocimiento en la forma correcta de acople y la técnica de alternar las mamas para el amamantamiento correcto.

De la investigación anterior destacamos que los porcentajes más altos corresponden a la técnica de extracción manual y almacenamiento de la leche y los

más bajos corresponden a la técnica de amamantamiento (elección de la mama, posición al amamantar).

Evaluando ambas investigaciones, sobre la dimensión de “técnicas” de lactancia materna, nos encontramos actualmente con un valor de 44% casi la mitad de la población poseen conocimientos y la investigación anterior poseen conocimientos un 58%.

Conclusiones

1. Según datos procesados sobre la pregunta problema, los conocimientos que poseen las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato sobre lactancia materna se puede concluir que de la muestra de 100

usuarias, presentaron: 62% conocimiento bajo, 29% conocimiento moderado y un 9% conocimiento alto.

2. Cabe resaltar que dentro de las tres dimensiones de los conocimientos considerados, se obtuvieron cifras preocupantes sobre los beneficios de la lactancia materna, con un 4% de nivel conocimiento alto. En este resultado obtenido, implica: si se desconoce los beneficios de determinadas prácticas o formas de alimentación, repercute directamente sobre el binomio, afectando el desarrollo psicoemocional y físico de ambos. Implementar estrategias, intervenciones inmediatas será el pilar fundamental para modificar esta realidad.
3. Esta investigación permitió establecer que los beneficios y los elementos vinculados a la práctica de lactancia materna son aspectos clave a reforzar durante el proceso de atención de Enfermería, tanto en el primer como segundo nivel de atención.
4. La intervención de enfermería en conjunto con una adecuada gestión de cuidados y promoción de lactancia materna, son indispensables, así como la participación y apoyo de la familia, se deberían de implementar programas de nuevas propuestas donde se involucre políticas de Estado, sociedad y familia.
5. Es de considerarse que la Institución de Salud debería de fortalecer el vínculo entre los usuarios y el segundo nivel de atención. Es necesario analizar acciones tendientes a alternativas de solución de este problema que involucra a la sociedad en general.

Sugerencias

1. Implementar el proceso de atención de enfermería siendo una forma de interacción profesional entre usuarias, y la familia; el cual nos ayuda a identificar necesidades y problemas sobre dicha temática; elaborando un plan de acción que nos permita contribuir a reforzar los conocimientos sobre lactancia materna.
2. Preparar, apoyar, incentivar y concientizar: a la madre, familia y entorno, a una correcta orientación, fortalecer y extender medidas de promoción, puede

influir en esta realidad y así la solución a inconvenientes que pueden surgir antes, durante y después del parto de la importancia de la lactancia materna, implementando dicha práctica, contribuyendo a mejorar las condiciones en relación a la salud del Recién nacido.

3. Considerar los resultados obtenidos a partir de este estudio podrán ser utilizados por estudiantes de Licenciatura en Enfermería y por los profesionales de Enfermería del servicio para elaborar actividades educativas u otras investigaciones en base a los contenidos específicos que surjan de esta investigación; generando información que retroalimenta los procesos de atención de enfermería especialmente en esta población de riesgo.
4. Capacitar al personal de salud en el segundo nivel de atención, en especial los que trabajan vinculados a la diada madre e hijo, sobre los contenidos relacionados a prácticas, beneficios y técnica de lactancia materna y se enfocará en transmitir y reafirmar los conocimientos sobre el tema.
5. Realizar talleres informativos en el primer nivel de atención, donde se controlen su embarazo, con la finalidad que las madres lleguen al parto informadas de forma: sencilla, clara, veraz y precisa; referido a lactancia materna.
6. Se reforzaría la implementación de talleres informativos a las escuelas con niños de 5to y 6to años, ya que están transitando por la adolescencia temprana en los liceos enfocando los mismos a adolescentes desde 1ro a 4to año. Estos talleres se tratarán desde el punto de vista de Salud Sexual y Reproductiva, se logrará que las adolescentes se encuentren más informadas, con el objetivo de poseer las herramientas para llevar adelante, en un futuro, de prevenir el embarazo adolescente que si bien ha disminuido el índice del mismo, es de considerarse que dicha etapa es para estudiar, divertirse y vivir con plenitud.
7. Realización de folletería informativa sobre el tema, y que fuera entregada durante los talleres informativos, y dejar los mismos en lugares donde las futuras madres pudieran acceder; aunque no hayan podido participar de dichos talleres. Se podría también realizar cartelera informativa, y colocarla en lugares como policlínicas ginecológicas-obstétricas del primer nivel de

atención, y en las salas de internación ginecológicas-obstétricas del segundo nivel de atención.

8. Brindar información sobre la Ley de Amamantamiento, su contenido, forma de aplicación y beneficios que posee para el binomio. Esta información, podría ser brindada durante los talleres mencionados.
9. Además, podría mencionarse las salas de amamantamiento que poseen algunas empresas, para que las madres puedan amamantar en un ambiente tranquilo y privado.
- 10.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta K, Cabrera S, Chernic A, Giriboni M, Grosso P, Moran N. Conocimientos que poseen las madres adolescentes sobre lactancia materna. [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería, Udelar; 2014.
2. Vásquez Delgado RP. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de San Luis, 2009. [Internet]. 2012. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2477/1/Vasquez_Delgado_Rocio_del_Pilar_2012.pdf [consulta: 5 dic 2017].
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 20 años: la convención sobre los derechos del niño. [Internet]. 1990. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/spanish/CDN_20_boceto_final.pdf [consulta: 5 dic 2017].
4. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 2: poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/> [consulta: 5 dic 2017].
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2016: una oportunidad para cada niño. [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf [consulta: 5 dic 2017].
6. Organización Mundial para la Salud. Reducir la mortalidad de los recién nacidos. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/> [consulta: 5 dic 2017].
7. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/fecundidad-mortalidad-infantil-y-materna-tendencias-la-baja> [consulta: 5 dic 2017].
8. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Objetivos sanitarios nacionales 2020 [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20FINAL%2022%20JUNIO%202016.pdf [consulta: 15 dic 2016].
9. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Norma nacional de lactancia materna. [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ord.%20Min.%2062%20y%20Anexos.pdf [consulta: 5 dic 2017].

10. Organización Mundial de la Salud. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños. [Internet]. 2011. Disponible en:
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/ [consulta: 5 dic 2017].
11. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de enfermería. Plan de estudios 1993. [Internet]. 2011. Disponible en:
<https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2017/08/pdee-93-ultimo-compaginado.pdf> [consulta: 5 dic 2017].
12. Vignolo J, Vacarezza M, Alvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int [Internet]. 2011; 33(1):7-11 Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003 [consulta: 5 dic 2017].
13. Uruguay. Parlamento. Cámara de Representantes. Profesionales destacaron el vínculo saludable de la lactancia materna. [Internet]. 2016. Disponible en:
<https://parlamento.gub.uy/noticiasyeventos/noticias/node/85476> [consulta: 5 dic 2017].
14. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. 2017. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ [consulta: 5 dic 2017].
15. Aguilar Cordero M.J. Tratado de enfermería del niño y el adolescente: cuidados pediátricos. 2da ed. Madrid: Elsevier; 2012.
16. Venes D. Diccionario Enciclopédico Taber de Ciencias de la Salud. 20a. ed. Madrid: Difusión avances de enfermería; 2008. p.1145.
17. Schwarcz R, Frescina R, Duverges C, Obstetricia. 6a.ed Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.
18. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. 2014. Disponible en:
<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf> [consulta: 5 dic 2017].
19. Flores NB, López FC, Pipa LA, Reategui A, Zamora H. Conocimiento y práctica sobre lactancia en madres primíparas con neonatos atendidos en el Centro de salud Bellavista Nanay. Punchana, 2016. [Internet]. 2016. Disponible en:

http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/472/Nancy_Tesis_especialidad_2017.pdf?sequence=4&isAllowed=y [consulta: 5 dic 2017].

20. Regulación de licencias de los funcionarios públicos. Ley N° 16104 de 23 de enero de 1998. [Internet]. Uruguay. Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16104-1990> [consulta: 5 dic 2017].
21. Modificación del subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad y subsidio para cuidado del recién nacido. Ley N° 19161 de 1 de noviembre de 2013. [Internet]. Uruguay. Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013> [consulta: 20 feb 2018].
22. Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Banco de leche. [Internet]. 2009. Disponible en:
<http://www.asse.com.uy/contenido/BANCO-DE-LECHE-3392>
[consulta: 5 dic 2017].
23. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011; 27(4): 337-50 Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n4/enf11411.pdf> [consulta: 15 feb 2018].
24. Urwicz T. El País. [Internet]. 2018. Disponible en:
<https://www.elpais.com.uy/informacion/nacieron-ninos-madres-adolescentes.html> [consulta: 10 mar 2018].
25. Capezzuto B. Díaz A. La familia y sus crisis. Rev Urug Enferm [Internet]. 2008; 3(1): 43-9 Disponible en:
<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/122/119>
[consulta: 10 mar 2018].
26. World Breastfeeding Trends Initiative. Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna: WBTi. [Internet]. 2016. Disponible en:
<http://ruandi.org.uy/sitiowordpress/wp-content/uploads/2016/11/WBTi-016.pdf>
[consulta: 10 mar 2018].

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Martínez G, Serruya S. Salud Sexual y Reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3da. ed. Montevideo: OPS; 2011.

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 5a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.

ANEXOS:

ANEXO N° I: CONOCIMIENTO SOBRE LA PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA.

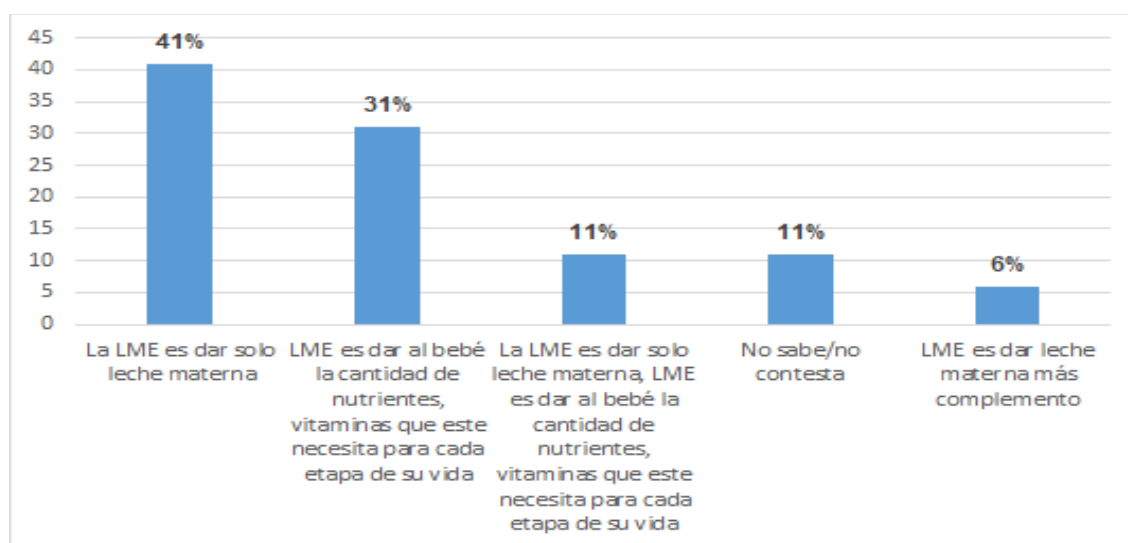
ANEXO 1.1

Tabla N°13.1.1: Distribución de las adolescentes según su concepto de lactancia materna exclusiva en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Concepto de LME	FA	FR%
La LME es dar solo leche materna	41	41
LME es dar al bebé la cantidad de nutrientes, vitaminas que este necesita para cada etapa de su vida	31	31
La LME es dar solo leche materna, LME es dar al bebé la cantidad de nutrientes, vitaminas que este necesita para cada etapa de su vida	11	11
No sabe/no contesta	11	11
LME es dar leche materna más complemento	6	6
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.1.1: Distribución de las adolescentes según concepto de lactancia materna exclusiva en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento Materno Infantil
Trabajo Final de Investigación

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

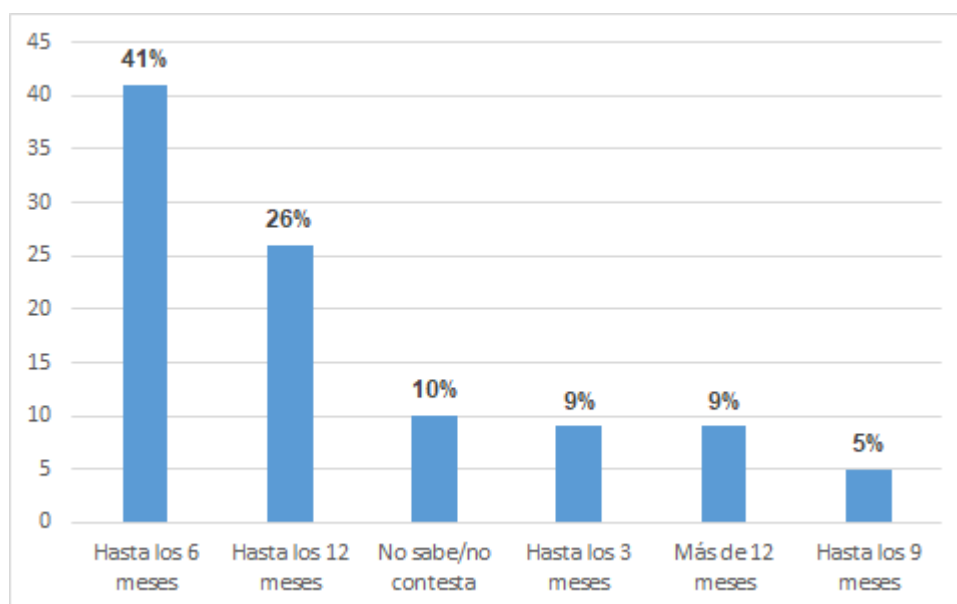
ANEXO 1.2

Tabla N°13.1.2: Distribución de la población según duración ideal de la LME en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Duración ideal de la LME	FA	FR%
Hasta los 6 meses	41	41
Hasta los 12 meses	26	26
No sabe/no contesta	10	10
Hasta los 3 meses	9	9
Más de 12 meses	9	9
Hasta los 9 meses	5	5
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.1.2: Distribución de la población según duración ideal de la LME en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

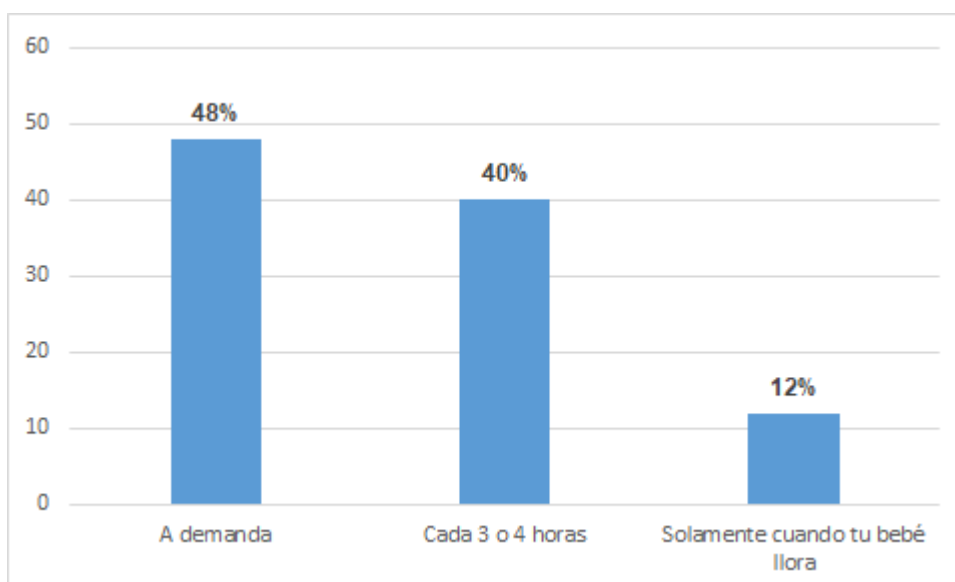
ANEXO 1.3

Tabla N°13.1.3: Distribución de la población según frecuencia de alimentación del neonato en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Frecuencia de alimentación del neonato	FA	FR%
A demanda	48	48
Cada 3 o 4 horas	40	40
Solamente cuando tu bebé llora	12	12
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.1.3: Distribución de la población según frecuencia de alimentación del neonato en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento Materno Infantil
Trabajo Final de Investigación

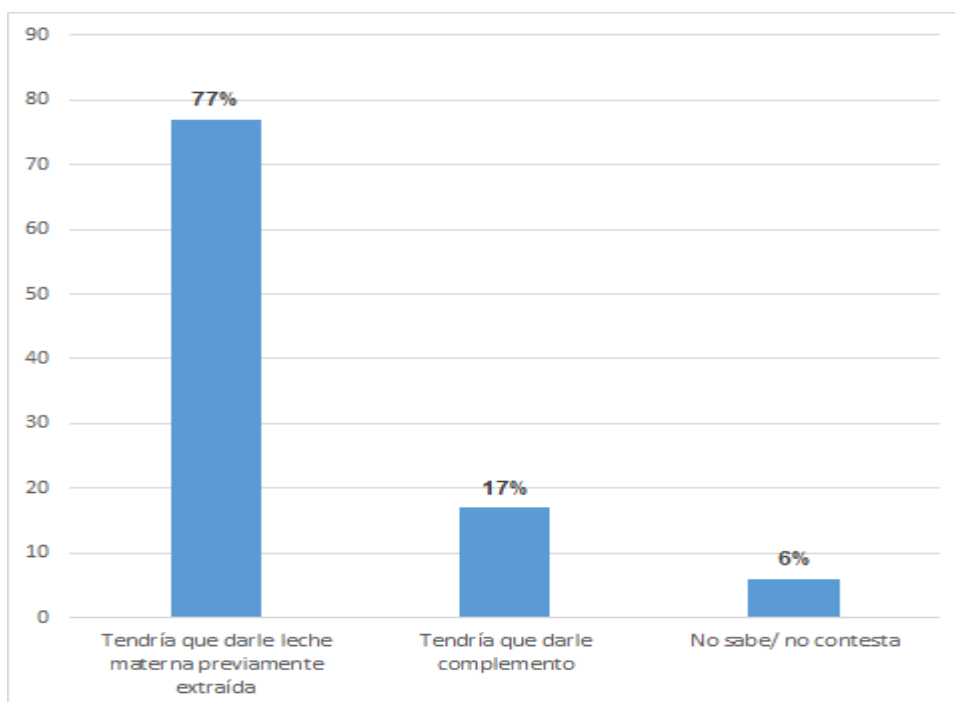
ANEXO 1.4

Tabla N°13.1.4: Distribución de la población según tipo de alimentación del neonato cuando madre no se encuentra presente en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Tipo de alimentación del neonato cuando no se encuentra presente	FA	FR%
Tendría que darle leche materna previamente extraída	77	77
Tendría que darle complemento	17	17
No sabe/ no contesta	6	6
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.1.4: Distribución de la población según tipo de alimentación del neonato cuando madre no se encuentra presente en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

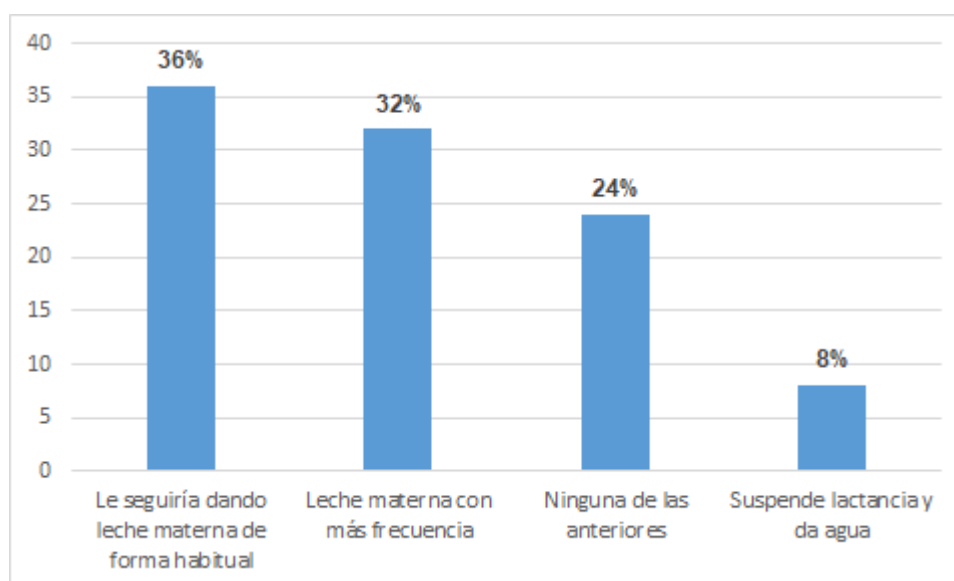
ANEXO 1.5

Tabla N°13.1.5: Distribución de la población según cuando neonato presentara diarrea en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Cuando neonato presentara diarrea	FA	FR%
Le seguiría dando leche materna de forma habitual	36	36
Leche materna con más frecuencia	32	32
Ninguna de las anteriores	24	24
Suspende lactancia y da agua	8	8
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.1.5: Distribución de la población según cuando neonato presentara diarrea en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

ANEXO II: CONOCIMIENTOS SOBRE LOS BENEFICIOS DE LM

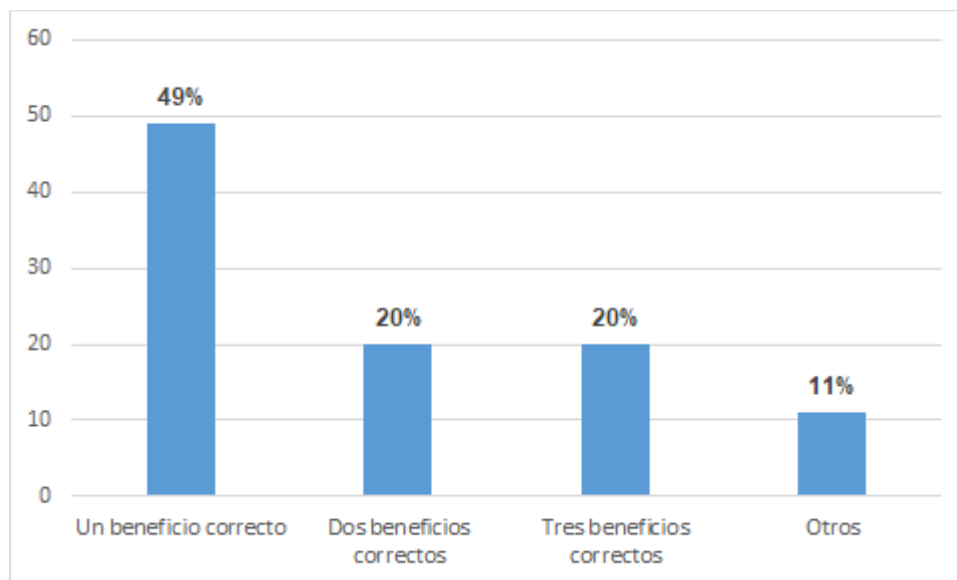
ANEXO 2.1

Tabla N°13.2.1: Distribución de la población según beneficios de lactancia materna para el neonato en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Beneficios de LM para el neonato	FA	FR%
Un beneficio correcto	49	49
Dos beneficios correctos	20	20
Tres beneficios correctos	20	20
Otros	11	11
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.2.1: Distribución de la población según beneficios de lactancia materna para el neonato en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

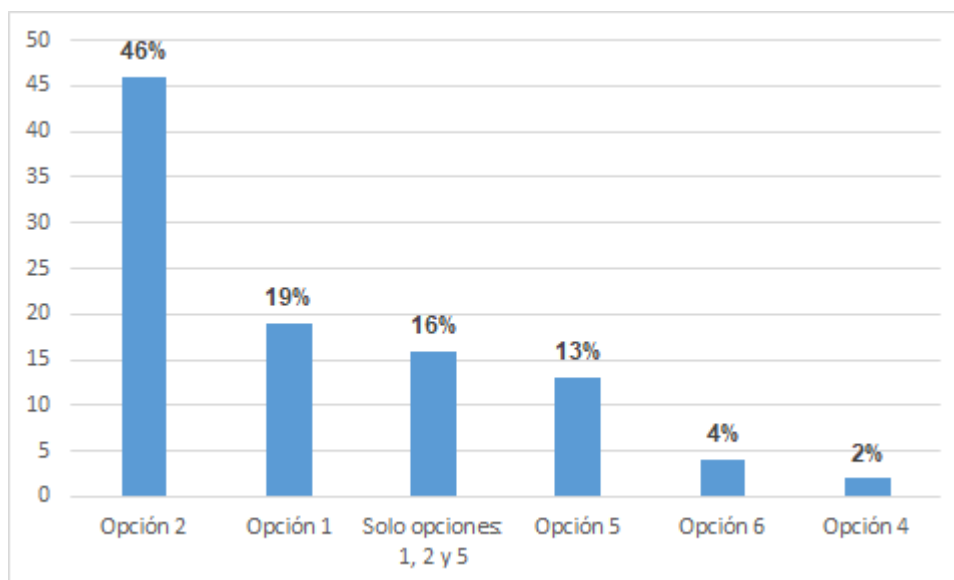
ANEXO 2.2

Tabla N°13.2.2: Distribución de la población según beneficios de lactancia materna más importante en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Beneficios más importante	FA	FR%
Opción 2	46	46
Opción 1	19	19
Solo opciones: 1, 2 y 5	16	16
Opción 5	13	13
Opción 6	4	4
Opción 4	2	2
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.2.2: Distribución de la población según beneficios de lactancia materna más importante en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

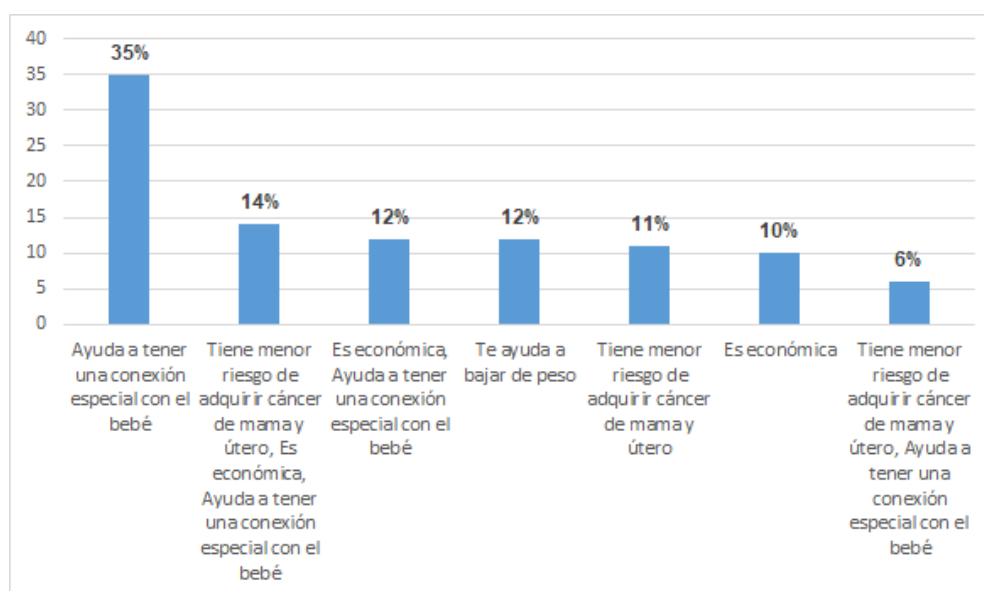
ANEXO 2.3

Tabla N°13.2.3: Distribución de la población según Beneficios de Lactancia Materna para la Madre en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Beneficios de LM para la madre	FA	FR%
Ayuda a tener una conexión especial con el bebé	35	35
Tiene menor riesgo de adquirir cáncer de mama y útero, Es económica, Ayuda a tener una conexión especial con el bebé	14	14
Es económica, Ayuda a tener una conexión especial con el bebé	12	12
Te ayuda a bajar de peso	12	12
Tiene menor riesgo de adquirir cáncer de mama y útero	11	11
Es económica	10	10
Tiene menor riesgo de adquirir cáncer de mama y útero, Ayuda a tener una conexión especial con el bebé	6	6
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.2.3: Distribución de la población según Beneficios de Lactancia Materna para la Madre en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

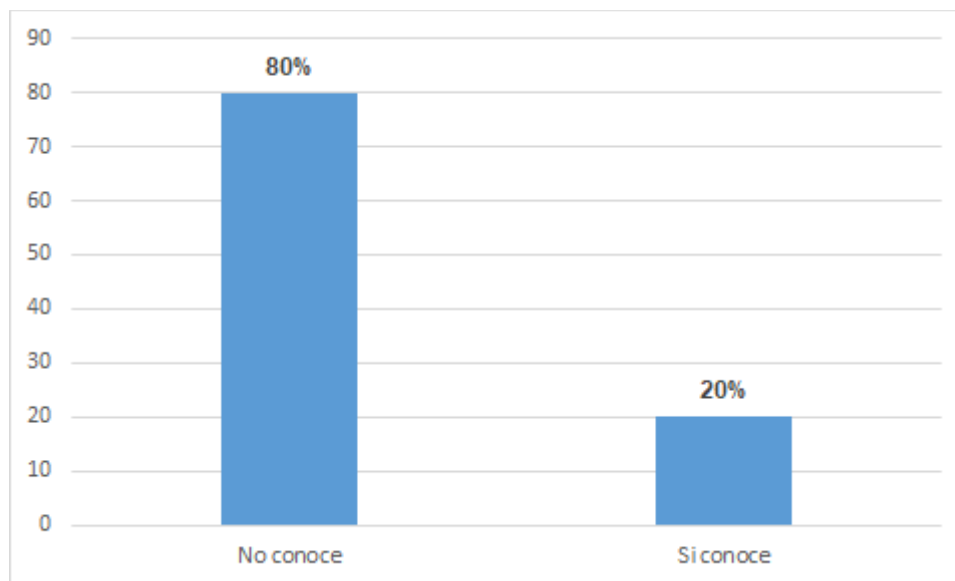
ANEXO 2.4

Tabla N°13.2.4: Distribución de la población según Conocimiento de Leyes de amparo a la Lactancia Materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Leyes de amparo a la Lactancia materna	FA	FR%
No conoce	80	80
Si conoce	20	20
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.2.4: Distribución de la población según Conocimiento de Leyes de amparo a la Lactancia Materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

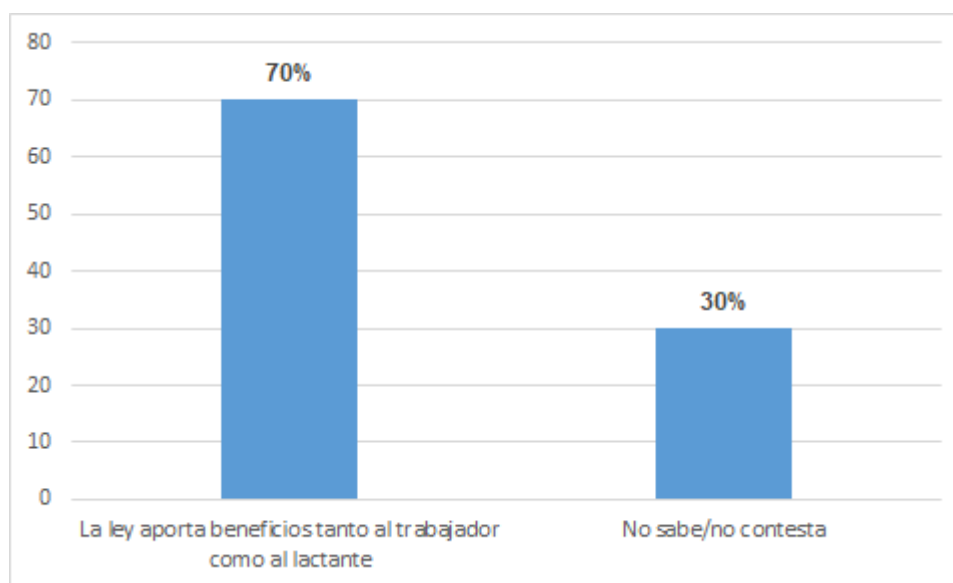
ANEXO 2.4.1

Tabla N°13.2.4.1: Distribución de la población según descripción de la Ley de amparo a la Lactancia Materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

que menciona la ley	FA	FR%
La ley aporta beneficios tanto al trabajador como al lactante	14	70
No sabe/no contesta	6	30
Total	20	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.2.4.1: Distribución de la población según descripción de la Ley de amparo a la Lactancia Materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

ANEXO III: CONOCIMIENTO SOBRE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA

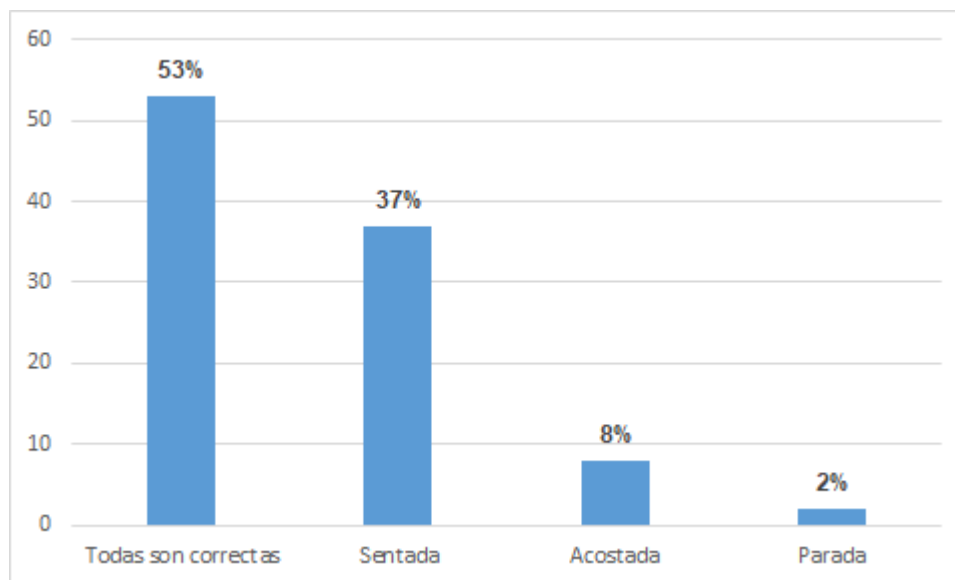
ANEXO 3.1

Tabla N°13.3.1: Distribución de la población según Posiciones para alimentar al neonato en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Posiciones para alimentar al neonato	FA	FR%
Todas son correctas	53	53
Sentada	37	37
Acostada	8	8
Parada	2	2
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.3.1: Distribución de la población según Posiciones para alimentar al neonato en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

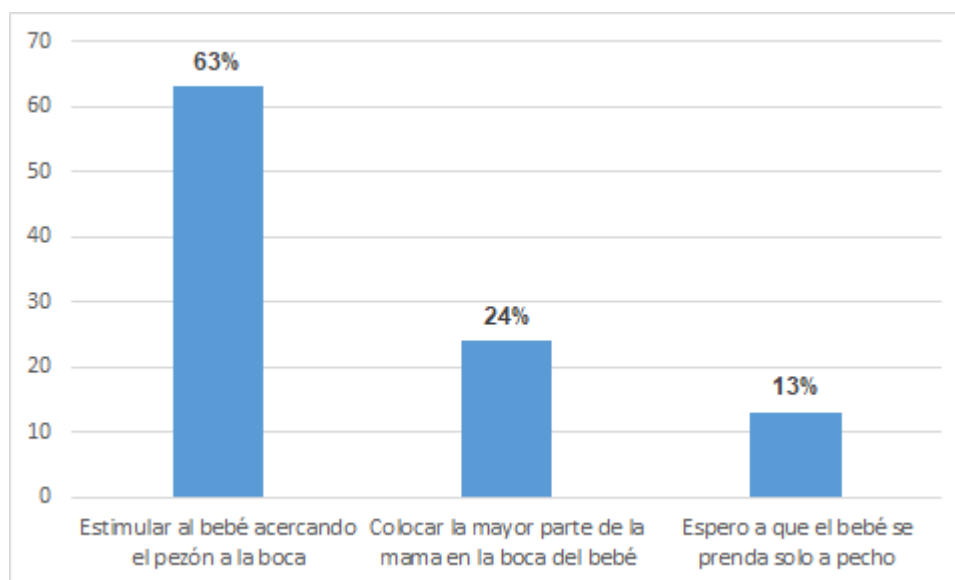
ANEXO 3.2

Tabla N°13.3.2: Distribución de la población según Forma correcta de acople en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Forma correcta de acople	FA	FR%
Estimular al bebé acercando el pezón a la boca	63	63
Colocar la mayor parte de la mama en la boca del bebé	24	24
Espero a que el bebé se prenda solo a pecho	13	13
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.3.2: Distribución de la población según Forma correcta de acople en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

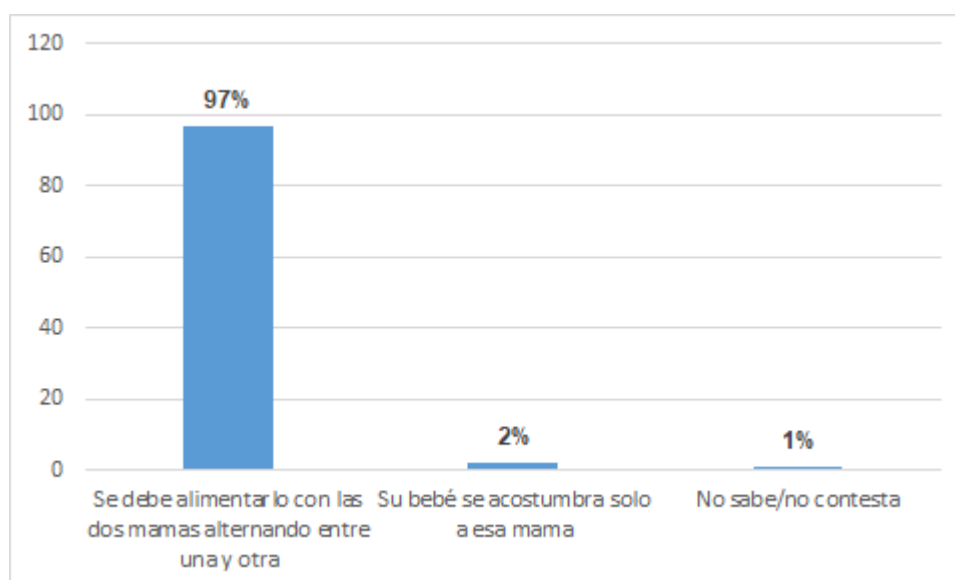
ANEXO 3.3

Tabla N°13.3.3: Distribución de la población según Técnica correcta de amamantamiento en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Técnica correcta de amamantamiento	FA	FR%
Se debe alimentarlo con las dos mamas alternando entre una y otra	97	97
Su bebé se acostumbra solo a esa mama	2	2
No sabe/no contesta	1	1
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.3.3: Distribución de la población según Técnica correcta de amamantamiento en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

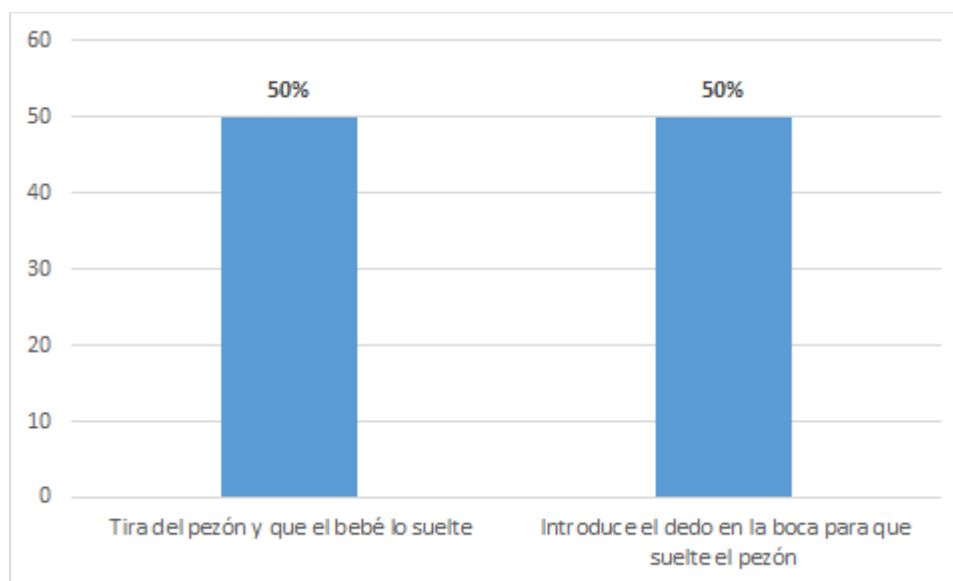
ANEXO 3.4

Tabla N°13.3.4: Distribución de la población según Interrupción del amamantamiento en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

interrupción del amamantamiento	FA	FR%
Tira del pezón y que el bebé lo suelte	50	50
Introduce el dedo en la boca para que suelte el pezón	50	50
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.3.4: Distribución de la población según Interrupción del amamantamiento en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

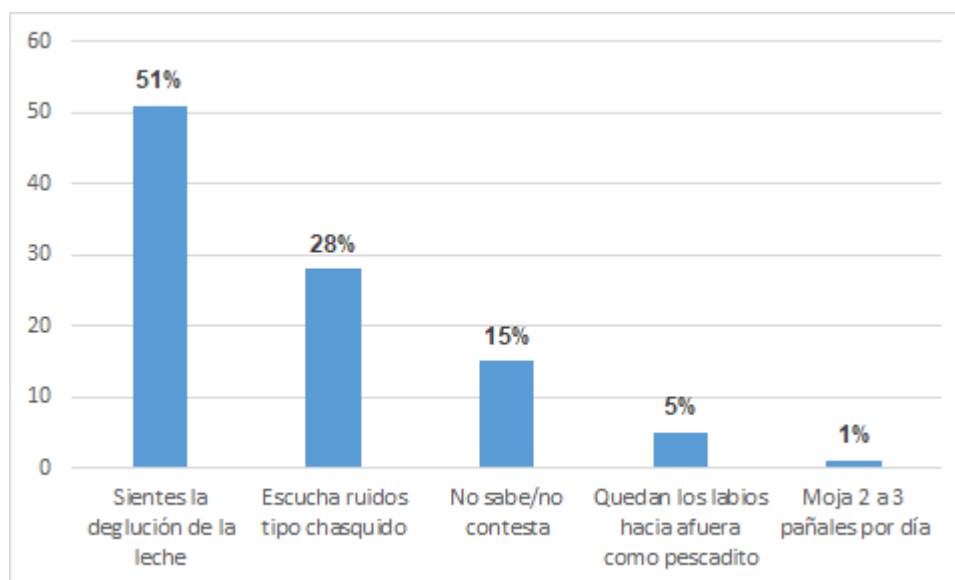
ANEXO 3.5

Tabla N°13.3.5: Distribución de la población según reconocimiento de acople directo en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Reconocimiento de acople directo	FA	FR%
Sientes la deglución de la leche	51	51
Escucha ruidos tipo chasquido	28	28
No sabe/no contesta	15	15
Quedan los labios hacia afuera como pescadito	5	5
Moja 2 a 3 pañales por día	1	1
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.3.5: Distribución de la población según reconocimiento de acople directo en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotocológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

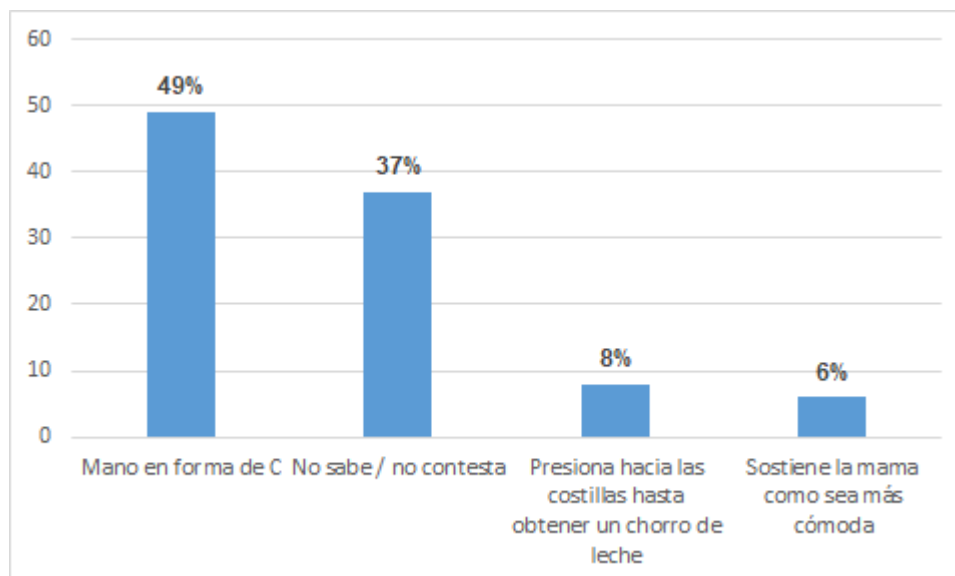
ANEXO 3.6

Tabla N°13.3.6: Distribución de la población según Técnica correcta para la extracción manual de la leche en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Técnica correcta para la extracción manual de la leche	FA	FR%
Mano en forma de C	49	49
No sabe / no contesta	37	37
Presiona hacia las costillas hasta obtener un chorro de leche	8	8
Sostiene la mama como sea más cómoda	6	6
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.3.6: Distribución de la población según Técnica correcta para la extracción manual de la leche en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

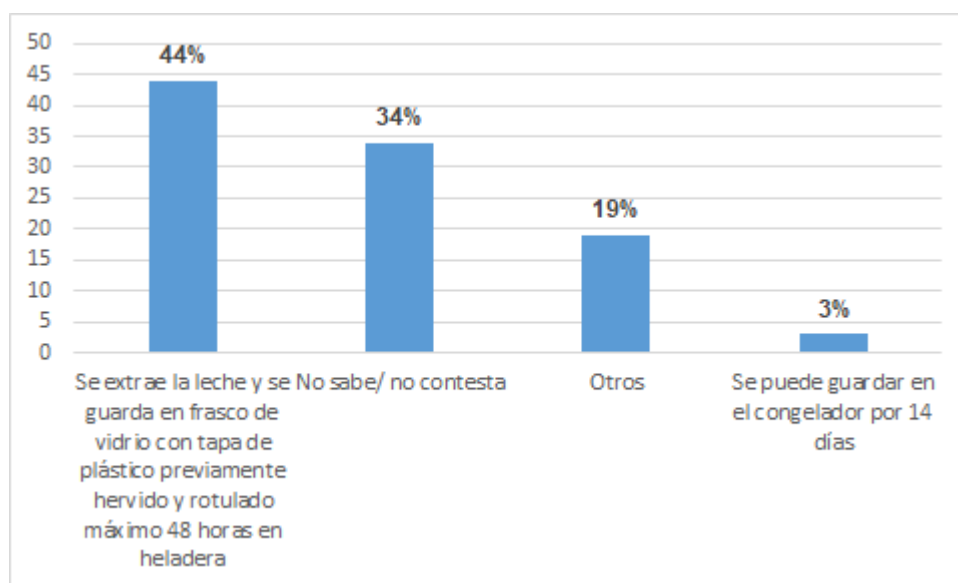
ANEXO 3.7

Tabla N°13.3.7: Distribución de la población según Conservación de la leche materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Conservación de la leche materna	FA	FR%
Se extrae la leche y se guarda en frasco de vidrio con tapa de plástico previamente hervido y rotulado máximo 48 horas en heladera	44	44
No sabe/ no contesta	34	34
Otros	19	19
Se puede guardar en el congelador por 14 días	3	3
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.3.7: Distribución de la población según Conservación de la leche materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

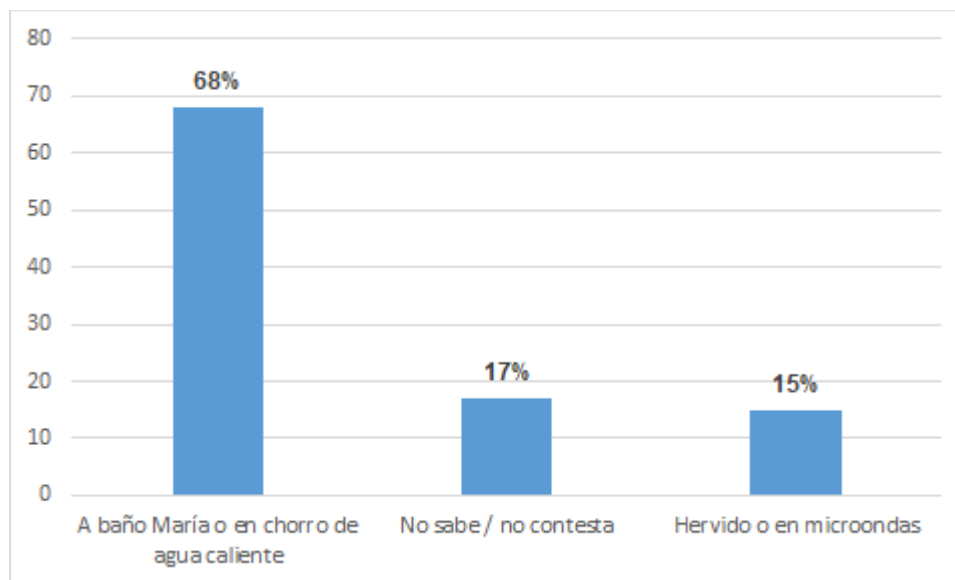
ANEXO 3.8

Tabla N°13.3.8: Distribución de la población según Descongelado de la leche materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.

Descongelado de la leche materna	FA	FR%
A baño María o en chorro de agua caliente	68	68
No sabe / no contesta	17	17
Hervido o en microondas	15	15
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Gráfico N°13.3.8: Distribución de la población según descongelado de la leche materna en el C.H.P.R. en el período diciembre 2017 a febrero 2018.



Fuente: Entrevista realizada a madres adolescentes en el C.H.P.R., Clínica Ginecotológica C. Montevideo, Uruguay. Diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Anexo IV: Metodología para determinar el Conocimiento aplicando el cuadro de doble entrada por combinaciones:

		PLM			BLM			TLM		
		A	M	B	A	M	B	A	M	B
PLM	A	14	0	0	1	0	13	8	5	1
	M	0	32	0	2	1	29	14	14	4
	B	0	0	54	1	10	43	22	13	19
BLM	A	1	2	1	4	0	0	1	3	0
	M	0	1	10	0	11	0	5	3	3
	B	13	29	43	0	0	85	38	26	21
TLM	A	8	14	22	1	5	38	44	0	0
	M	5	14	13	3	3	26	0	32	0
	B	1	4	19	0	3	21	0	0	24

Anexo 4.1

Combinaciones:

Conocimientos

Nivel Alto se determina por dos dimensiones con calificación Alta (9)
PLM(A) más BLM (A)=1
PLM(A) más TLM (A)=8
Nivel Moderado se determina por una dimensión alta y la otra dimensión moderada (29)
PLM(A) más BLM (M)=0
PLM(A) más TLM (M)=5
BLM (A) más PLM (M)=2
BLM (A) más TLM (M)=3
TLM (A) más PLM (M)=14
TLM (A) más BLM (M)=5
Nivel Bajo se determina por dos dimensiones con calificación Bajo (62)
PLM (B) más BLM (B)=43
PLM (B) más TLM (B)=19

ANEXO V: Carta de autorización de conformación de tribunal de defensa para trabajo final de investigación.

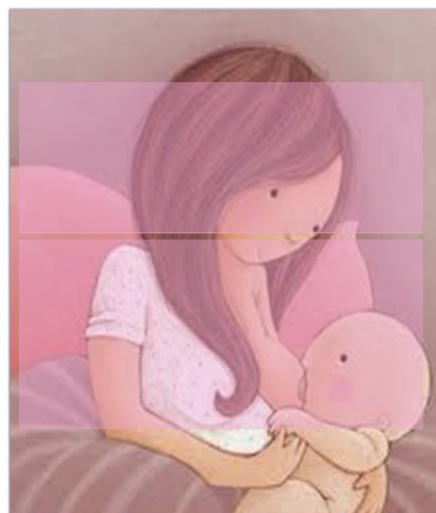
Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento Materno Infantil
Trabajo Final de Investigación

ANEXO V: Carta de autorización de conformación de tribunal de defensa para trabajo final de investigación.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS CURSANDO PUERPERIO MEDIATO SOBRE LACTANCIA MATERNA”

Tutora: Prof. Adj. Mg. Cecilia Callorda



AUTORES

Br. Ayuto, Natalia	C.I: 4.862.409.8
Br. González, Andrea	C.I: 4.434.456-1
Br. González, Loreley	C.I: 3.836.268-4
Br. Igruzquiaguirre, Gisel	C.I: 1.923.133-3
Br. Li, Miguel	C.I: 5.943.942-2
Br. Rodríguez, Rita	C.I: 1.829.436-0

Montevideo, 06 de Febrero de 2018

GLOSARIO

BLM: Beneficios de Lactancia materna.

BPS: Banco de Previsión Social.

BPNI: Red de Promoción de la Lactancia materna de India

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell.

EG: Edad gestacional.

IBFAN: Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil

LM: Lactancia materna.

LME: Lactancia materna exclusiva.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS.: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

PLM: Práctica de lactancia materna.

RUANDI: Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil.

TLM: Técnica de lactancia materna.

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

WBTi: World Breastfeeding Trends Initiative. Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna.

Tabla de contenidos:

	Pág.
Introducción.....	4
Antecedentes.....	5
Título de la Investigación.....	8
Resumen.....	9
Pregunta problema.....	11
Fundamentación.....	12
Marco teórico.....	16
Objetivos de Investigación: General y específicos.....	30
Metodología:.....	31
Tipo y diseño de estudio; Área de estudio; Universo y muestra.....	31
Unidad de análisis; Criterios de inclusión y exclusión.....	32
Definición teórica y operacional de variables.....	33
Métodos para el control de datos y garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.....	43
Procedimiento de recolección de información e instrumento a utilizar.....	44
Métodos y modelo de análisis de los datos según variables.....	45
Referencias bibliográficas.....	48
Bibliografía consultada.....	51
Cronograma de actividades.....	52
Presupuesto.....	53
Anexos:.....	54
Nº 1. Fisiología de la leche materna	
Nº 2. Beneficios político-legales sobre lactancia materna	
Nº 3. Técnica de ordeño	
Nº 4. Carta de aprobación por Comité de Ética	
Nº 5. Carta de autorización del Departamento de Enfermería del Hospital de la Mujer	
Nº 6. Instrumento de recolección de datos	

INTRODUCCIÓN

El presente Protocolo de Investigación ha sido realizado por seis estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, perteneciente a la Licenciatura de Enfermería, el mismo corresponde al cuarto ciclo del plan 93.

La investigación planteada tiene el fin de determinar los conocimientos que poseen las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediano sobre lactancia materna. Se llevará a cabo en el Centro Hospitalario "Pereira Rossell" clínica Ginecotológica C "Profesor Dr. Justo Alonso", específicamente en el piso 3 Maternidad sala 7, en el período comprendido diciembre 2017 a febrero de 2018.

Se plantea un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal y prospectivo, la muestra es de tipo no probabilístico por conveniencia, corresponderá al total de usuarias que se encuentren internadas en la institución durante el período de recolección de datos.

La recolección de datos se realizará mediante una entrevista semi-estructurada, a través de un cuestionario, con previo consentimiento informado, se aplicará a todas las usuarias que cumplan con los requisitos y consientan participar del estudio.

ANTECEDENTES

Con el fin de identificar los antecedentes relacionados al tema de esta investigación se realizó una búsqueda bibliográfica en: Biblioteca de Facultad de Enfermería y utilizando las bases científicas de Timbó, Scielo. De allí se obtuvieron cinco resultados con los siguientes descriptores a destacar: conocimiento, adolescencia, primípara, período postparto y lactancia materna.

Luego de haber realizado la revisión bibliográfica, se tuvo acceso a algunas investigaciones relacionadas. Así tenemos:

La siguiente investigación realizada en Uruguay, por seis estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería de la Universidad de la República que se refería a Conocimientos sobre Lactancia Materna, a través del cual se relaciona la importancia de nuestra investigación. Dicho trabajo se titula: “Conocimientos que poseen las madres adolescentes sobre lactancia materna” y fue realizado en el año 2014. (1)

Es importante realizar una comparación entre los hallazgos de este estudio y el que proponemos, dado que esa investigación se realizó en el Centro de Salud Cerro correspondiente al primer nivel de atención, en el cual su propósito es promoción y prevención, mediante: proceso de atención de enfermería, talleres educativos, folletería entre otros. En el estudio mencionado se consideraron: como rango etario de 10 a 19 años, siendo la muestra de 12 madres con gestas previas, que en la actualidad tuvieran niños de 0 a 6 meses.

En cambio en el presente estudio abarca el rango etario comprendido desde los 12 a 21 años, siendo la muestra propuesta de 100 madres, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell correspondiente al segundo nivel, incluyendo a madres primíparas cursando puerperio mediato.

Por ende consideramos que si bien hay variables que difieren, ambos estudios se centran en determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las madres adolescentes.

Las variables tomadas de la investigación anterior que se pueden comparar con el presente estudio son las siguientes: Nivel de instrucción, Situación laboral, Situación conyugal, fuentes de información, lactancia materna actual y conocimientos sobre lactancia materna.

La variable compleja conocimientos sobre la lactancia materna, se estudia a partir de tres dimensiones; que son las siguientes:

- dimensión 1: Conocimientos sobre práctica de lactancia materna,
- dimensión 2: beneficios de la lactancia materna,
- dimensión 3: técnica de la lactancia materna.

Los resultados fueron:

- 75% presentan conocimientos y 25% no poseen conocimientos.
- Sobre práctica, 75% poseen conocimientos, 25% no poseen.
- Sobre beneficios se observó 58% tiene conocimientos y 42 %,
- Sobre técnicas 58% tiene conocimientos y 42% no poseen.

Desde el área de enfermería, según Vásquez ha realizado el siguiente trabajo de investigación perteneciente a la Facultad de Medicina Humana - Escuela de postgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú, hace referencia a la temática: “Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de San Luis, 2009.” (2)

La lactancia materna desempeña una función clave en la salud por lo cual ha sido estudiada para determinar los conocimientos que poseen las madres sobre dicha temática. El estudio se realizó en el primer nivel de atención, la muestra fue conformada por 60 madres de 18 a más de 36 años y que tuvieran hijos menores de 6 meses. Las variables en estudio eran: conocimientos, actitud y práctica sobre lactancia materna; incluyendo madres con gestas previas y se evaluó conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- respecto a los conocimientos que tiene la madre sobre lactancia materna: 43.3% tiene conocimiento alto, 40% conocimiento medio y 16.7% conocimiento bajo.
- en relación a la actitud de la madre hacia la lactancia materna se encontró que del 50% muestra una actitud medianamente favorable, 30% favorable y 20% desfavorable.
- En cuanto a la práctica 61.7% realiza prácticas adecuadas y un 38.3% prácticas inadecuadas.

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Conocimientos que poseen las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato sobre lactancia materna.

RESUMEN

El presente Protocolo de Investigación fue realizado por seis estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, perteneciente a la Licenciatura de Enfermería, plan 93. El estudio planteado se llevará a cabo en el servicio de maternidad público del Centro Hospitalario “Pereira Rossell” correspondiente Clínica Ginecotológica C “Prof. Dr. Justo Alonso”, específicamente en el piso 3 Maternidad Sala 7, en el período comprendido diciembre de 2017 a febrero de 2018.

El Objetivo General es determinar los conocimientos que poseen las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato sobre lactancia materna. Como Objetivos Específicos se pretende caracterizar a la población; determinar los conocimientos que poseen sobre: la práctica de la lactancia materna, beneficios de la lactancia materna tanto para el binomio y la técnica de lactancia materna (pecho directo, extracción y conservación de la leche materna).

La investigación será de enfoque cuantitativo tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo, que nos permitirá explorar y determinar conocimientos vinculados a la lactancia materna en situaciones de la vida real de las madres adolescentes primíparas.

La muestra es de tipo no probabilístico por conveniencia, corresponderá al total de las usuarias que cumplan los requisitos de inclusión y se encuentren internadas durante el periodo de recolección de datos. Dado que el estudio es descriptivo, observacional, no se realizará manipulación de variables sino que como investigadores podremos: describir, clasificar, identificar, evaluar los conocimientos existentes, agrupamos la información mediante la medición y recolección de información sobre las variables de interés.

Con respecto a la recolección de datos se realizará en la unidad de las madres adolescentes mediante una entrevista semi-estructurada, a través de un cuestionario, con previo consentimiento informado, que se aplicará a todas las usuarias que cumplan con los criterios de inclusión establecidos y consientan su participación en la presente investigación.

Previamente se realizará una prueba piloto que nos permitirá confirmar si el instrumento es comprendido por la población objetivo. Para el procesamiento de datos se utilizará estadística descriptiva mediante análisis univariado con tablas de frecuencia: absoluta y relativa porcentual para variables simples, además el análisis de la variable compleja, se utilizará un cuadro de doble entrada donde se registrarán los resultados correspondientes a cada dimensión, entre las cuales se realizarán combinaciones para establecer el nivel final de conocimientos sobre lactancia materna, con el programa informático de cálculo de Microsoft Excel (software estadístico).

De esta forma, los resultados de esta investigación podrán ser utilizados para la planificación de instancias educativas a este grupo poblacional de riesgo y fortalecerá el acervo de conocimientos de la profesión.

Palabras clave: Conocimiento, Adolescencia, Primípara, Período postparto y Lactancia materna.

Pregunta problema

¿Cuáles son los conocimientos que presentan las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato sobre la lactancia materna en el Centro Hospitalario Pereira Rossell correspondiente a la Clínica Ginecotocológica C “Prof. Dr. Justo Alonso”, específicamente piso 3, Maternidad Sala 7 en el período comprendido entre diciembre de 2017 a febrero de 2018 en Montevideo, Uruguay?

Fundamentación:

La realización de esta investigación surge de la inquietud que nos genera como futuros profesionales; ya que durante la experiencia práctica que se realizó en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, a través del departamento de Materno-Infantil, percibimos como estudiantes, el alto porcentaje de madres adolescentes primíparas. De la misma nace la necesidad de abordar a esta población, procurando conocer los conocimientos que poseen las mismas cursando puerperio mediato sobre la lactancia materna en dicha Maternidad Pública. La lactancia materna exclusiva, es la fuente imprescindible que aporta todos los nutrientes que necesita todo ser humano en los primeros meses de vida y creemos fundamental conocer la información que las madres presenten sobre la temática, debido que es rol de enfermería: educar, sensibilizar y concientizar tanto a todas las usuarias y familias con la finalidad de promover estilos de vida saludables.

La situación a nivel Internacional

Según UNICEF en la Convención de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989 en su artículo 24, apartado 2e, detalla que todo sector de la sociedad en particular los padres y niños deben, entre otras cosas conocer las ventajas de la lactancia materna así como los principios básicos de la nutrición y la salud. (3)

La ONU en el 2015 ha planteado diecisiete objetivos de desarrollo sostenible para el 2030, en los que se encuentran como objetivos número 2: “poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria, la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible”, basado en cifras que muestran como casi la mitad de los niños menores de cinco años mueren por mala nutrición y un cuarto de la población mundial de niños presenta retraso en el crecimiento; claramente relacionado con el objetivo 3 “garantizar una vida saludable y promover el bienestar de todas las edades.” (4)

Así mismo UNICEF en el 2016 publicó el último Estado Mundial de la Infancia: una oportunidad para cada niño. Quien con base de los objetivos previamente mencionados hacen un recorrido actual de la situación actual de los niños entre otras cosas. Donde afirma que para poder alcanzar estos objetivos planteados para el 2030 es necesario centrarse en la equidad y llegar a los niños más necesitados. Las cifras que presentan este informe, son alarmantes, el 2015 cerca de un millón de bebés murieron dentro de las 24 hs de vida, siendo este número es superior a los fallecidos entre un mes y cinco años de edad. Cerca de tres millones menores de cinco años murieron por diarrea, neumonía, tétanos, meningitis, sarampión, sida. Representando las muertes neonatales el 46% del total de muertes en 2015.

UNICEF al plantear elevar la supervivencia infantil es fundamental mejorar la nutrición de los niños, dado que la mitad de las muertes de niños menores de cinco años se atribuye a su alimentación y la otra mitad tienen comprometido su crecimiento. (5)

Según la OMS, en 2016, el 46% de las muertes de menores de 5 años correspondieron a recién nacidos (es decir, se produjeron en los primeros 28 días de vida, también conocidos como periodo neonatal). (6)

Con respecto al estudio “Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay”:

-Los nacimientos en el 2016 se registraron 6.575 en madres de 15 a 19 años; en el 2015 en 7.371 casos y el 2014 la cifra se ubicó en 7.779. Los nacimientos correspondientes a estas edades descendieron, entre 2015 y 2016, en casi 800 casos. El aporte que realiza el descenso de los nacimientos en madres adolescentes representa más del 42% del descenso del total de los nacimientos.

-Las edades de las niñas que fueron madres en el 2016 se registraron 123 niñas menores de 14 años o menos. Esta cifra había sido de 122 casos en el 2015 y 169 niñas en 2014. La reducción observada entre 2015 y 2016 (1.877 nacimientos menos) se produce por efecto de la disminución de la fecundidad de las mujeres en varios grupos de edad, especialmente de la fecundidad en adolescentes. (7)

Este estudio estadístico se relaciona con nuestra investigación, por las condiciones de ser madres adolescentes, considerándose una etapa del ciclo vital vulnerable, donde puede interferir en los conocimientos que poseen sobre la temática de la lactancia materna.

El sistema de salud en Uruguay, ha propuesto los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, de relevancia en Uruguay, tal como: “**alcanzar mejoras en la situación de salud de la población**”.

Es importante que el Estado brinde políticas y herramientas accesibles (educación salud sexual y reproductiva en adolescentes,) concientizar y sensibilizar a todos los sectores de la sociedad y así lograr la disminución del embarazo adolescente.

De los Objetivos Sanitarios de Salud 2020, se enmarcan:

- **Objetivos específicos:** “Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida”, favoreciendo un adecuado crecimiento y desarrollo del neonato mediante una mejora en la atención de la salud y la preparación de los profesionales de la salud y además la planificación de diferentes programas con el fin de promover y apoyar el crecimiento adecuado de la población infantil.
- **Resultados esperados:** “Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad-paternidad en adolescentes, y humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas”. (8)

El Estado, las comunidades y la familia, cumplen roles, siendo los responsables de amortiguar el impacto que producen la transición de adolescente a la adultez, en contexto de riesgo social creciente.

En relación a este objetivo no queda duda de que el apoyo a la lactancia materna es un pilar fundamental que promueve y apoya el crecimiento adecuado de la población infantil y que ha de ser un elemento clave en la atención sanitaria de los equipos de salud.

El Estado incentiva en combatir la mortalidad infantil en nuestro país, siendo fundamental, incluir políticas sociales que brinden asesoramiento a usuarias, familia y personal de salud sobre la temática de lactancia materna exclusiva desde el primer momento del nacimiento hasta los 6 meses de vida.

En Uruguay se actualizó la Norma de Lactancia Materna, ahora llamada Norma para la implementación y desarrollo de acciones que protegen, promueven y apoyan la lactancia materna en todo el territorio nacional. Con la misma se pretende contribuir a disminuir los obstáculos que en la actualidad se presentan en una lactancia materna inadecuada. (9)

Por otra parte, el inicio de la maternidad en la adolescencia introduce a las mujeres de manera anticipada a las responsabilidades de la vida adulta, por lo que muchas veces estas no están preparadas ni física ni psicológicamente generando una crisis adicional propia de la adolescencia. Y a esta se agrega la responsabilidad del cuidado y nutrición de un ser dependiente como son los neonatos y lactantes.

La adolescencia es una etapa de desarrollo en la mujer con muchos cambios biopsicosociales en un corto período de tiempo.

Agregando a esta transformación de la estructura de su persona y vínculos con el entorno, la maternidad aumenta la vulnerabilidad de la adolescente y su hijo.

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa del ciclo vital entre la niñez y la edad adulta; por ende el embarazo adolescente representa un riesgo potencial de pérdida de oportunidades para el desarrollo personal y económico. Las madres y todos los neonatos forman un binomio biopsicosocial de necesidad mutua para una adecuada salud integral.

En este aspecto es de relevancia que las usuarias tengan conocimientos que permitan fortalecer las prácticas, beneficios y técnicas vinculadas a la lactancia materna, tanto para ellas como para sus recién nacidos y la sociedad. (1)

Según la OMS recomienda la leche materna como alimentación exclusiva durante los primeros seis meses de vida dado que proporciona las principales proteínas séricas (lactoglobulinas, lactoferrina, lisozima e inmunoglobulinas) necesarias al recién nacido. (10)

El calostro es la leche que segrega la mama en la primera semana postparto, contiene menos grasas y menos azúcar que la leche; en cambio concentra mayor cantidad de proteínas, minerales, leucocitos e inmunoglobulinas sobre todo del tipo A, vitales para la inmunidad y la maduración del sistema digestivo. Sin embargo, muchas veces existen mitos sobre la lactancia que interfieren.

Por lo tanto, el conocimiento es la base fundamental para modificar esta realidad y de esta manera el trabajo conjunto Estado y personal de salud con el equipo interdisciplinario lograrían mencionado objetivo.

Consideramos que los resultados que se obtengan a partir de este estudio podrán ser utilizados por estudiantes de Licenciatura en Enfermería y por los profesionales de Enfermería del servicio para elaborar actividades educativas u otras investigaciones en base a los contenidos específicos que surjan de esta investigación; generando información que retroalimenta los procesos de atención de enfermería especialmente en esta población de riesgo.

MARCO TEÓRICO

ENFERMERÍA, según el Plan de estudios de 1993, “es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano, ya sea persona, familia o grupo de población, en los distintos niveles de atención”. Se define disciplina científica como un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única, o por una manera distinta de examinar los fenómenos. (11)

En el **SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**, se ubica los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

Se enfoca en la promoción, prevención, y diagnóstico, los cuales brindarán acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias. (12)

La **MATERNIDAD** es considerado como un proceso de complejidad de equilibrio hormonal como se plantea en el Foro “Maternidad y Lactancia hacia un vínculo saludable” en donde la oxitocina es de importancia durante el parto y la lactancia, siendo la encargada de estimular las contracciones uterinas que hacen posible el nacimiento y la salida de la placenta, estimulando el reflejo de eyección de la leche y poder iniciar el amamantamiento. A su vez las endorfinas emitidas durante el trabajo de parto, provocan la estimulación de la prolactina. En donde la prolactina se encarga del mantenimiento de la lactancia materna, conocida también como la hormona de la maternidad, por sus efectos al cuidado de la cría. Por lo tanto, se considera el parto y la lactancia como procesos indisolubles. (13)

CONOCIMIENTO.

Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad subjetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano. El conocimiento y la transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad son dos facetas de un mismo proceso histórico, que se condicionan y se penetran recíprocamente.

Se define como datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada, aunque ello no garantiza una conducta adecuada ,pero es esencial para que la persona tome conciencia de las razones para adoptar o modificar una determinada conducta .

El conocimiento puede observarse en la conducta del individuo y aptitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a menudo que aumenten los conocimientos y así la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas.

Clasificación de conocimiento:

- **Conocimiento ordinario o informal:** Son los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana, a través de la experiencia que tiene una persona al realizarse con el mundo durante toda su vida social y que son captados por los sentidos. Este conocimiento se manifiesta a través de un lenguaje simple y natural. Es por este sistema que las personas aprenden sobre su proceso salud-enfermedad y suelen complementar a su vez con otros medios como periódicos, volantes, relatos, revistas y medios sociales.

- **Conocimiento científico o formal:** Son aquellas representaciones verdaderas que pueden ser probadas y contrastadas científicamente por tener una base teórica en libros ya existentes dentro de nuestra vida social. Se manifiesta a través de un lenguaje más complejo. Estos conocimientos son brindados por los centros educacionales donde se organiza como conocimiento científico por tener un plan curricular. Estos conocimientos son a su vez dentro de su programación, programas de carácter cultural o científico brindados por profesionales o especialistas en un tema específico. (2)

La OMS define la **ADOLESCENCIA** como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; sin embargo, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Se han registrado muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales. (14)

Las distintas tareas que caracterizan el desarrollo del adolescente son las siguientes: Adquirir una independencia respecto de los padres. Adoptar claves de emparejamiento y estilos de vida. Atribuir una relevancia importante a su imagen corporal y aceptación de la imagen de sí mismo. Establecer una identidad sexual, vocacional y moral.

Clasificación de la adolescencia: se conceptualiza dividiéndola en 3 fases de desarrollo psicosocial: Adolescencia temprana: de 12 a 14 años. Adolescencia media: 15 a 17 años. Adolescencia tardía: 18 a 21 años. (15)

En el ser humano, una mujer se denomina **PRIMÍPARA** cuando ha parido un bebe desarrollado (que pesa por lo menos unos 500g o que tiene más de 20 semanas de gestación), independientemente de si el bebé nace con vida o no, mientras que Primigesta o Primigrávida corresponde a toda mujer cursando su primera gesta. (16)

El **PERIODO POSTPARTO O PUERPERIO** comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas.

Durante esa fase se producen transformaciones de orden anatómico y funcional paulatinamente todas las modificaciones gravídicas por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado previo al embarazo transcurrido

Se necesita de tiempo para reorganizar o redistribuir las actividades en el hogar, adecuar las relaciones familiares, y tiempo para el cuidado del vínculo con la pareja, demás hijos, y cuidados del recién nacido.

Por tal motivo es necesario que el equipo multidisciplinario en salud realice un abordaje integral. El puerperio se clasifica en:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 hs. post parto.
- Puerperio mediato: comprende desde las 48hrs hasta los 7to. día post parto.
- Puerperio alejado: comprende desde el día 11 hasta el día 42 post parto.
- Puerperio tardío: se extiende del día 43 post parto y no más allá de 1 año. (17)

La **LACTANCIA MATERNA** es el proceso de alimentación de todo neonato con la leche que produce su madre siendo este el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. Es la forma más idónea de alimentación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la leche materna constituye el alimento universal indicado hasta los 6 meses de edad para todos los neonatos, acompañado de otros alimentos hasta los 2 años puesto que cubre los requerimientos calóricos en estas edades. (10)

La **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA** (LME) es cuando todo neonato no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido, ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida. (10)

PRÁCTICA SOBRE LACTANCIA MATERNA

Los Diez pasos hacia una adecuada lactancia natural en la declaración conjunta OMS/ UNICEF, 1992, específica sobre la lactancia materna y los servicios de maternidad a través una iniciativa de los «Hospitales amigos del niño», tales como:

- “Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- 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.
- No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
- Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día. Fomentar la lactancia materna a demanda.
- No dar a los niños alimentados a pecho tetinas o chupetes artificiales.
- 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.” (10)

BENEFICIOS LACTANCIA MATERNA

Beneficios de la lactancia materna para todo neonato son los siguientes:

Mejor nutrición: La lactancia materna es la mejor opción para alimentar al neonato durante el primer año de vida. La leche materna es infinitamente superior a las fórmulas derivadas de la leche de vaca y de otras fuentes, ya que los nutrientes que contiene, tales como proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua, están en cantidad y proporción adecuadas para la absorción de cada lactante. La proporción de aminoácidos es única y esencial para los primeros meses de vida. La lactosa, el hidrato de carbono más abundante en la leche materna, contribuye a una buena absorción de calcio, fierro, magnesio y oligoelementos en el neonato. Por ello un neonato amamantado a demanda no requiere de ningún otro tipo de alimento (líquido o sólido) antes de los 6 meses de vida.

Mejor digestión: La presencia de proteínas del suero, así como el contenido en enzimas digestivas y de factores moduladores de crecimiento de la leche materna, favorecen su mejor digestión. El desarrollo de la mucosa intestinal evita el ingreso de proteínas extrañas que estimulan reacciones alérgicas y contribuye al desarrollo del tubo digestivo durante los primeros meses de vida del neonato. La ausencia de antígenos alimentarios en la leche materna evita enfermedades alérgicas. La leche materna no provoca las microhemorragias demostradas en neonatos alimentados con leche de vaca, los cuales pierden fierro por esta vía. Un neonato amamantado, por tanto tendrá menos problemas digestivos, evitando el dolor y el llanto.

Aporta a la formación de tejidos y membranas celulares. La presencia de ácidos grasos es importante para el metabolismo del sistema nervioso central, particularmente de la retina y de los centros auditivos. Favorece un mejor desarrollo cognitivo.

Adecuada absorción de hierro: La proporción de nutrientes, el PH, la cantidad y calidad de las proteínas, el contenido en ácido ascórbico y otros factores en la alimentación, influyen en la absorción de hierro por parte del intestino. Esta absorción es máxima y varias veces superior en el lactante alimentado al pecho exclusivo que en aquél con alimentación combinada o artificial.

Aporte inmunológico: El neonato produce inmunoglobulinas lentamente en los primeros meses. Por esta razón es dependiente de la inmunidad que recibe de la madre a través de la leche materna.

A través de la leche materna, todo neonato obtiene un óptimo apoyo inmunológico, fortaleciendo el crecimiento y previniendo enfermedades. La presencia de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima y células linfocíticas vivas en la leche materna producen una protección local y general contra muchas bacterias y virus. Defiende contra E. coli, Salmonella, B. Pertussis, infecciones respiratorias y virus Polio. Por tanto un neonato amamantado tiene menores probabilidades de enfermar en sus primeros meses de vida. (**Ver Anexo N°1: Fisiología de la leche materna**)

Apego: El contacto físico del neonato con la madre durante el amamantamiento es una instancia privilegiada, que permite organizar armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los neonatos amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula. Este espacio de mayor interacción entre la madre y el neonato influye en su desarrollo psicomotor e impacta significativamente en su desarrollo emocional este tiene mayor oportunidad de sentir confianza y cariño de su cuidador principal, elementos muy relevantes para aprender a querer y confiar en los demás.

Beneficios de la lactancia materna para las madres son los siguientes:

Favorece la involución uterina por acción de la oxitocina, previniendo la hemorragia postparto.

Ayuda la recuperación de la figura corporal, la mayoría de las madres pierden peso durante las primeras semanas, esto suele ser mayor si las madres han aumentado de peso durante la gestación.

Se presenta menor incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino. Está demostrado que con períodos prolongados de lactancia materna, se disminuye la incidencia de ellos antes de la menopausia.

Favorece la relación madre-neonato, ayudando a establecer un estrecho vínculo afectivo.

Beneficios de la lactancia materna para la familia son los siguientes:

Es económica, no se incrementan los gastos de la canasta familiar que repercuten en la economía del estado.

Está siempre lista, no requiere preparación.

Está siempre a temperatura ideal.

Es estéril por lo que no hay peligro de contaminación. (2)

Beneficios de la lactancia materna para la sociedad son los siguientes:

Mejora la supervivencia infantil, en el mundo en desarrollo, los neonatos que no son amamantados corren riesgo de morbimortalidad.

(Ver Anexo N°2: Beneficios político-legales sobre lactancia materna)

TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO

Una buena posición al pecho permite al neonato un menor esfuerzo y un estímulo adecuado y eficaz para alcanzar una buena producción de leche y que la lactancia sea exitosa, por eso es importante tener una buena técnica de amamantamiento:

Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el neonato se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando.

Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica.

TIPOS DE POSICIONES:

- **Posición del neonato con la madre acostada:** (Muy útil por la noche o en las cesáreas), en decúbito lateral, frente a frente y la cara del neonato enfrentada al pecho y abdomen del neonato pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del neonato sobre el antebrazo de la madre.
- **Posición tradicional o de cuna:** La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El neonato está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del neonato se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del neonato toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax: La cabeza del neonato en el antebrazo de la madre.
- **Posición de cuna cruzada.** (Útil para dar ambos pechos sin cambiar al neonato de posición en casos en los que el neonato tenga predilección por uno de los dos pechos). Una variante de la anterior en la que la madre con la mano del mismo lado que amamanta, la coloca en posición de “U” y sujeta el pecho, la otra es para sujetar al neonato por la espalda y la nuca.

Es necesario disponer de una almohada para colocar el cuerpo del neonato a la altura del pecho.

- **Posición de canasto o de rugby.** (Útil en caso de cesáreas, grietas y amamantamiento simultáneo de dos neonatos). Colocamos al neonato bajo el brazo del lado que va a amamantar, con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del neonato con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca.

- **Posición sentada.** (Útil para neonatos hipotónicos, reflejo de eyección exagerado, grietas y mamás muy grandes). En ella el neonato se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o montado sobre el muslo de su madre. La madre sujeta el tronco del neonato con el antebrazo del lado que amamanta. Posición sentada. La madre se coloca con la espalda recta, hombros relajados y un taburete o reposapiés para evitar la orientación de los muslos hacia abajo. El neonato mirando a la madre y barriga con barriga, colocando una almohada o cojín debajo para acercarlo al pecho de la madre, si fuera necesario (no el pecho al neonato).

Algunas consideraciones:

1. Sea cual sea la posición a adoptar la cabeza del neonato tiene que estar alineada con el pecho de la madre, su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello.
2. Si los labios y la lengua están bien, el neonato amamanta correctamente en cualquier posición. La boca del neonato tiene que estar muy abierta, ambos labios evertidos, pecho muy adentro de la boca, el pezón cerca del labio superior pues así deja espacio para que la lengua se situé entre la areola y el labio inferior, ya que el niño mama apretando la lengua hacia arriba y hacia sí.

3. Normalmente se nota que el neonato "trabaja" con la mandíbula, cuyo movimiento rítmico se extiende hasta sus orejas y sienes, y que sus mejillas no se hundan hacia adentro sino que se ven redondeadas. Cuando el neonato succiona de esta manera la madre no siente dolor ni siquiera cuando tiene grietas, es de mencionar que se siente la deglución de la leche cuando el neonato succiona de forma correcta.

SIGNOS DE INADECUADA POSICIÓN:

- Hundimiento de las mejillas, en este caso el neonato no está mamando, está succionando.
- Dolor y grietas en el pezón debido a la fricción y aumento de la presión por la succión.
- Cuando el neonato está lactando durante mucho tiempo, hace tomas muy frecuentes y casi sin interrupción.
- Traga aire y hace ruido al tragar (chasquidos)
- Se produce regurgitación, vómito y cólico con frecuencia.
- Presencia excesiva de gases: en forma de eructo por el aire tragado y los que se forman en el colon por fermentación de la lactosa y son expulsados por el ano.
- Ingurgitación frecuente. Con esto la producción de leche aumenta y la ingesta del neonato es mayor en proteínas y lactosa, puesto que la capacidad del estómago está limitada impide que el neonato tome la leche del final rica en grasas y que sacia al neonato, por lo que se queda con hambre a pesar de haber comido. Se atraganta con el chorro de leche que sale desesperado por la "bajada" de leche.
- Irritación de las nalgas por la acidez de las heces.
- Si todo neonato pasa el día lloroso e intranquilo. A veces se pelea con el pecho, lo muerde, lo estira y lo suelta llorando.
- La madre está agotada.
- Aparece dolor en el pezón, el neonato no suelta espontáneamente el pecho y la frecuencia de las tomas al día es de 15 veces y más de 15 minutos.

PROCEDIMIENTO PARA AMAMANTAR

Sostener la mama con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los

labios del neonato con los dedos de la madre se impide que pueda tomar todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada. Estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la cavidad bucal y cuando neonato abra la boca introducir el pezón y la areola.

Los labios del neonato deben de estar totalmente separados, es importante que los labios permanezcan evertidos (boca de pececito).

Permita al neonato la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto.

DURACIÓN Y FRECUENCIA ENTRE LAS LACTADAS

El tiempo que cada neonato necesita para completar una lactada es diferente para cada neonato y cada madre y varía según la edad y de una toma a otra, además la composición de la leche no es la misma al principio y al final de la lactada. La leche del principio es más aguada pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares, la leche al final de la lactada es menos abundante pero tiene más calorías. Tanto el número de lactadas que el neonato realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una, es muy variable por tanto no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer pecho a demanda.

Un neonato puede desear amamantar a los 15 minutos de haber realizado una lactada o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante 15 o 20 minutos de vida es conveniente intentar que el neonato haga al menos 8 tomas en 24 hs. No es aconsejable limitar la duración de cada lactada. Lo ideal que el neonato tome de una mama y vacíe completamente esta.

(2)

Por lo cual, se sugiere alternar entre una mama y otra para evitar complicaciones como por ejemplo la mastitis y otras complicaciones y para que la producción de leche sea de acorde a las necesidades del neonato. **(Ver Anexo N°3: Técnica de ordeño)**

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Determinar los conocimientos que poseen las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato sobre lactancia materna.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a usuarias madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato sobre lactancia materna.
- Determinar los conocimientos que poseen sobre: la práctica de la lactancia materna, los beneficios de lactancia materna tanto para el binomio y la técnica (pecho directo, extracción y conservación de la leche materna).

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de estudio:

La propuesta es llevar a cabo un estudio descriptivo a realizarse en un servicio de Maternidad público de segundo nivel. Se propone un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo que nos permitirá explorar y evaluar los conocimientos de la población en situaciones de la vida real; sin ningún tipo de manipulación de la situación. Será de tipo prospectivo y transversal.

Área de estudio:

La investigación se llevará a cabo en Uruguay, en el departamento de Montevideo, en el barrio “Tres cruces” o “Parque Batlle” se desarrollará en el servicio de Maternidad Pública del Centro Hospitalario Pereira Rossell específicamente en clínica Ginecotocológica C “Dr. Justo Alonso” el mismo es de referencia nacional en atención Materno Infantil. Al que se solicitará los permisos correspondientes para la recolección de datos y asegure los aspectos éticos vinculados a la investigación con seres humanos, a pesar de que esta investigación no manipula variables.

Universo:

El universo seleccionado, será el conjunto de madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato con edades entre los 12 hasta 21 años, internadas en el Servicio de Maternidad Pública del Centro Hospitalario Pereira Rossell, específicamente en clínica Ginecotocológica C “Prof. Dr. Justo Alonso”, en el período comprendido diciembre 2017 a febrero de 2018. Montevideo, Uruguay.

Muestra:

La muestra es de tipo **no probabilístico por conveniencia**. La muestra corresponderá al total de usuarias que se encuentren internadas en la institución durante el período de recolección de datos.

Unidad de análisis:

Cada una de las madres adolescentes primíparas cursando puerperio mediato, que cumplieron con los criterios de selección, internadas en el Servicio de Maternidad Pública del Centro Hospitalario Pereira Rossell, específicamente en clínica Ginecotológica C “Prof. Dr. Justo Alonso”, en el período comprendido diciembre 2017 a febrero de 2018. Montevideo, Uruguay.

Criterios de inclusión: Se incluyen en esta investigación a todas las:

- ❖ Madres adolescentes primíparas de 12 a 21 años cursando puerperio mediato en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el período comprendido entre diciembre 2017 a febrero de 2018. Montevideo, Uruguay.

Criterios de exclusión: Se excluyen en esta investigación a todas las:

- Madres adolescentes primíparas, que cursando puerperio mediato tengan contraindicada la lactancia materna por: adicciones, HIV, alguna patología psiquiátrica u otras patologías.
- Madres adolescentes primíparas que no acepten participar en la investigación.

Las variables a incluir en el estudio se dividen en:

- Variables de caracterización: etapas de la adolescencia, procedencia, antecedentes obstétricos, tipo de parto, edad gestacional, puerperio mediato, nivel de instrucción, ocupación, tipo de trabajo, estado civil, convivencia, fuentes de información, alimentación actual del neonato y entre otras.
- Variable compleja, “Nivel de Conocimiento” dividida en dimensiones sobre: práctica, beneficios y técnica sobre la lactancia materna.

Definición teórica y operacional de variables:

1- Etapas de la Adolescencia

Definición teórica: Según Aguilar Cordero (15): “Período de tiempo de un individuo que abarca desde su nacimiento hasta la fecha actual en años”.

Definición operacional: se le pregunta a todas las madres adolescentes los años cumplidos al momento de la entrevista.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías:

Adolescencia temprana 12 a 14 años.

Adolescencia media 15 a 17 años.

Adolescencia tardía 18 a 21 años.

2- Procedencia

Definición teórica: región demográfica en la cual residen las adolescentes incluidas en el estudio.

Definición operacional: se les pregunta a todas las madres adolescentes donde viven.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías:

Montevideo.

Interior.

3. Antecedentes obstétricos

Definición teórica: recopilación de la información sobre la salud obstétrica previa de todas las adolescentes.

Definición operacional: se les pregunta a todas las madres adolescentes si tienen historia previa, como: aborto espontáneo o interrupción voluntaria de embarazo.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías:

Aborto espontáneo.

Interrupción voluntaria del embarazo.

Ninguna de las anteriores.

4- Tipo de Parto:

Definición teórica: clasificación del proceso de dar a luz uno o más hijos, según se presente un parto normal o sea con la intervención de maniobras quirúrgicas.

Definición operacional: se le pregunta a todas las madres adolescentes la vía de resolución del embarazo.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal dicotómica.

Categorías:

Parto vaginal.

Cesárea.

5: Clasificación recién nacido según Edad gestacional:

Definición teórica: semanas de vida intrauterina cumplidas al momento del parto.

Definición operacional: se le pregunta a todas las madres adolescentes con cuántas semanas de gestación nació su neonato.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: ordinal

Categorías: pretérmino, término y posttérmino.

Hasta 37 semanas de gestación al momento del parto: Recién nacido de pretérmino (RNPT).

De 38 a 40 semanas de gestación al momento del parto: Recién nacido de término (RNT).

Más de 40 semanas de gestación al momento del parto: Recién nacido de posttérmino (RN Post-término).

6- Puerperio mediato:

Definición teórica: Corresponde a los primeros 10 días después del parto, por lo que se lo ha tomado como imagen general del puerperio propiamente dicho y se extiende prácticamente hasta la aparición de la primera menstruación. Constituye el período de máxima involución de los órganos genitales, de mayor derrame loquial y de instalación de la secreción láctea. (17)

Definición operacional: se le pregunta a todas las madres adolescentes la fecha de parto y se verifica con la fecha de realización de entrevista.

Clasificación: cuantitativa

Escala de medición: discreta

Categorías:

2 días.

3 días.

4 días.

5 días.

6 días.

7- Nivel de Instrucción:

Definición teórica: “es el grado más elevado de estudios realizados y aprobados de todo individuo en el Sistema Educativo”.

Definición operacional: se le pregunta a todas las madres adolescentes el último grado de educación aprobado.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: ordinal

Categorías:

Primaria incompleta.

Primaria completa.

Secundaria incompleta.

Secundaria completa.

8- Ocupación:

Definición teórica: toda aquella actividad que realiza un individuo de origen manual y/o intelectual a cambio de una compensación económica.

Definición operacional: se le pregunta a todas las madres adolescentes si realizó alguna actividad remunerada durante su embarazo.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías:

Sí trabaja.

No trabaja.

8.1- Tipo de trabajo:

Definición teórica: clasificación de Actividades productivas o con un determinado propósito que se diferencian en el cumplimiento o no de la normativa legal (obligaciones y deberes), como pago de impuestos, seguridad social entre otros.

Definición operacional: se le pregunta a todas las madres adolescentes si su actividad remunerada integra o no al sistema de aportes del BPS.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Trabajo formal. Trabajo informal.

9. Estado civil

Definición teórica: situación legal en relación a su estado de pareja, que indica el status actual de todos los individuos frente al registro civil.

Definición operacional: se le pregunta a todas las madres adolescentes su actual situación legal en relación a su estado de pareja.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías:

Soltera.

Unión libre.

Casada.

10. Convivencia:

Se define como el conjunto de dos o más individuos que viven en el mismo hogar tengan o no lazos consanguíneos.

Definición operacional: se le pregunta a todas las madres adolescentes con quien vive:

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal

Categorías:

Solo con la pareja.

Con pareja y familiares.

Con familiares: madre, padre, hermanos, abuelos.

11. Fuentes de información

Definición teórica: Medio por el cual todos los individuos del universo obtienen la mayor información sobre un tema

Definición operacional: Se le pregunta a todas las madres adolescentes cuál es la fuente por la cual obtuvo mayor información sobre lactancia materna.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías:

Personal de salud.

Integrante de su entorno.

Personal de salud e integrantes de su entorno.

Otros (redes sociales, revistas, televisión, radio).

No sabe/no contesta.

12- Alimentación actual del neonato:

Definición teórica: tipo de alimentación que recibe todo neonato al momento de realizarse la entrevista.

Definición operacional: se le pregunta a todas las madres adolescentes cómo se alimenta el neonato en la actualidad.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías:

Leche materna

Leche materna + complemento

Sólo complemento

No sabe/ no contesta

13- Conocimientos sobre lactancia materna

Definición teórica: “conjunto de saberes sobre lactancia materna que poseen todas las madres adolescentes acerca de la práctica, beneficios y técnica de la lactancia materna.

Definición operacional: Al ser una variable compleja la misma será desglosada en tres dimensiones. Para cada dimensión (prácticas de lactancia materna, beneficios y técnica) se valorará el conocimiento que poseen las usuarias.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

El conocimiento de lactancia materna se categorizó de la siguiente manera:

- Alto nivel de conocimiento: alto nivel de conocimiento en dos dimensiones.
- Moderado nivel de conocimiento: alto nivel de conocimiento en una dimensión y nivel medio en otra, o nivel medio en dos dimensiones.
- Bajo nivel de conocimiento: nivel bajo en dos dimensiones.

DIMENSIONES

13.1-Dimensión 1: Práctica de la lactancia materna

Definición teórica: Incluye el conocimiento sobre qué es la lactancia materna exclusiva, el periodo ideal de LME, la frecuencia de alimentación del neonato, cómo ha de ser la alimentación cuando el neonato es separado de la madre y cuando el mismo tiene diarrea. de la “información sobre la Lactancia Materna Exclusiva que incluye que todo neonato reciba leche materna durante los seis primeros meses de vida y a libre demanda ninguna sustituya con agua o alimentos adicionales.”¹⁰

Definición operacional: referido a concepto de lactancia materna, tiempo que dura la Lactancia Materna, espacio de tiempo entre mamadas, situaciones que podrían interferir la Lactancia Materna.

Se realizará una pregunta relacionada a cada ítem de la definición teórica. Se puntúan las respuestas correctas. (**Ver Anexo N°6: Instrumento de recolección de datos, preguntas 13.1 a 13.5**)

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías:

Alto nivel de conocimiento: si responde 4 a 5 preguntas correctamente.

Moderado nivel de conocimiento: si responde 3 preguntas correctamente.

Bajo nivel de conocimiento: si responde a 1 pregunta correctamente.

13.2. Dimensión 2: Beneficios de la lactancia materna

Definición teórica: Incluye el conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna para todo neonato, importancia de los mismos, mencionados en la pregunta anterior, beneficios para la salud de la madre, conocimiento del contenido de leyes, que protegen a la madre trabajadora en periodo de amamantamiento cualquiera sea el ámbito en que desarrolle su actividad dentro de territorio uruguayo. De la información sobre los beneficios de L.M. que refiere que crecen sanos e inteligentes, contiene nutrientes y agua, ayuda a tener conexión con el bebé. Sobre la importancia de los beneficios mencionados anteriormente son todos importantes. Dentro de la misma dimensión, la madre presenta menor riesgo de adquirir cáncer de mama y útero, es económica, ayuda a tener conexión especial con el bebé y la ley vigente de amparo que menciona derechos a licencias por amamantamiento dependiendo el ámbito público o privado.

Definición operacional: Referido a beneficios neonato, madre e importancia de los beneficios para su hijo así como beneficio legal.

Se realizará una pregunta relacionada a cada ítem de la definición teórica.

Se puntúan las respuestas correctas. (**Ver Anexo N°6: Instrumento de recolección de datos, preguntas de la 14.1 a 14.3**)

Clasificación cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías:

Alto conocimiento: si responde de 7 a 10 opciones correctas.

Moderado conocimiento: si responde de 5 a 6 opciones correctas.

Bajo conocimiento: si responde 4 o menos de las 10 opciones correctas.

13.3. Dimensión 3: Técnicas de lactancia materna

Definición teórica: incluye los conocimientos que poseen las madres sobre las a técnicas de amamantamiento en lo que se refiere a las posiciones en que se debe amamantar, las formas de acople, técnica correcta de amamantamiento, interrupción de la lactada, acople correcto, técnica correcta de la extracción de leche materna manual, conservación de la leche materna y descongelamiento de la misma.

Dentro de esta dimensión, la madre debe tener conocimiento sobre la posiciones para alimentar al neonato sentada, acostada, parada, que todas son correctas, estimular al neonato acercando el pezón a la boca, alimentarlo de ambas mamas alternando una con otra, introducir el dedo meñique para que el neonato suelte el pezón, sentir la deglución de la leche al alimentarlo, los labios del neonato quedan hacia afuera como pescadito al alimentarse, colocar la mano en C en la mama para extraer la leche manualmente, al extraer la leche se guarda en frasco de vidrio con tapa de plástico previamente hervido y rotulado un máximo de 48 hs, la leche materna se puede guardar en el congelador por 14 días, se descongela a baño María o bajo el chorro de agua caliente.

Definición operacional: referida a los que la madre posee sobre la técnica de amamantamiento y las técnicas de conservación de la leche materna.

Para evaluar dichos conocimientos se realizarán preguntas para cada ítem de la definición teórica. **(Ver Anexo N° 6: Instrumento de recolección de datos, preguntas de 15.1 a 15.9)**

Clasificación cualitativa.

Escala de medición: nominal

Categorías:

Posee conocimiento: si responde de 7 a 10 preguntas correctas.

Posee conocimiento escaso de 5 a 6 preguntas correctas.

No posee conocimiento si responde 4 o menos de las 10 preguntas correctas.

Métodos para el control de datos y garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:

Con la finalidad de garantizar los aspectos éticos de la investigación siendo un estudio relacionado con seres humanos se solicitará consentimiento informado a la población de estudio (madres adolescentes), de acuerdo con la Declaración de Helsinki. (18)

Se mantendrá de manera confidencial, por la cual se procederá a la codificación numérica de los cuestionarios.

Por tal motivo, evitamos riesgos para los participantes de la investigación. Los mismos son libres de optar por acceder o no a las encuestas, refiriendo abandonar la misma si así lo desea.

No existiendo beneficio económico de ningún índole de investigadores y participantes.

Procedimiento de recolección de información e instrumentos a utilizar

Previo a la realización de las entrevistas se realizará una prueba piloto del instrumento.

- La recolección de datos se realizará mediante una entrevista semiestructurada a las usuarias entrevistadas en la sala de alojamiento conjunto utilizando un instrumento predeterminado por el grupo investigador.
- Amparando los aspectos éticos, solicitando:
 - Autorizaciones de las instituciones: Comité de Ética y Departamento del Hospital de la Mujer pertenecientes a C.H.P.R.
 - Consentimiento Informado de las madres seleccionadas, procurando mantener: privacidad, confiabilidad, confidencialidad, transparencia y profundidad en el desarrollo del tema.
- Se realizará la presentación frente a entrevistada y la solicitud de autorización para realizar la entrevista. en caso que encuestada acepte participar, se realizará las preguntas de forma textual. Cuando entrevistada no entienda una pregunta el entrevistador deberá repetirla y pedir a entrevistada que le responda de la mejor manera posible, se marcará con un aspa o círculo la/las respuesta/s de la entrevistada.
- El tiempo aproximado de duración de la entrevista es de 15 minutos.
- Los datos obtenidos para cada variable serán sistematizados en un formulario electrónico creado por grupo de investigadores donde se almacenará en una base de datos utilizando el software de Microsoft Excel (programa de hojas de cálculo).

➤ **Métodos y modelos de análisis de los datos según variables:**

1. Para construir el plan de tabulación se han tomado en cuenta las variables: etapa de la adolescencia, procedencia, antecedentes obstétricos, tipo de parto, edad gestacional, puerperio mediato, nivel de instrucción, ocupación, tipo de trabajo, estado civil, convivencia, fuentes de información, alimentación actual del neonato y entre otras de caracterización incluidas en el estudio, su clasificación según tipo y escala de medición. A partir de la base de datos generada se realizará el análisis estadístico descriptivo para cada variable, mediante representación de los datos: en tablas de Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa Porcentual y gráficos.
2. Con respecto a la variable compleja “Conocimiento”, se construirá un **cuadro de doble entrada (9x9)** donde se formulara el plan de tabulación para su mejor comprensión y se obtendrá un resultado óptimo. El cuadro de doble entrada estará designado de la siguiente manera, **en las filas** la conforman las dimensiones: Prácticas de lactancia materna, beneficios de lactancia materna y técnica de lactancia materna, según su clasificación de cada dimensión en: Alta, Media o moderada y Baja, siendo las mismas dimensiones y categorías para **las columnas**. La estimación para determinar las categorías:
 - ❖ **Alto Conocimiento** estará determinado por las combinaciones en dos dimensiones donde se alcancen puntaje de ALTO, como son:
PLM (A) MÁS BLM(A) y
PLM(A) MÁS TLM(A).
 - ❖ **Medio conocimiento** estará determinado por las combinaciones de dos dimensiones donde se alcancen puntajes: en una dimensión alta y otra dimensión medio.
PLM (A) más BLM (M)
PLM (A) más TLM (M)
BLM (A) más PLM (M)
BLM (A) más TLM (M)
TLM (A) más PLM (M)
TLM (A) más BLM (M)
 - ❖ **Bajo conocimiento** estará determinado por las combinaciones en dos

dimensiones donde se alcancen las calificaciones de BAJO:

PLM (B) más BLM (B)

PLM (B) más TLM (B)

3. Las dimensiones incluidas en la variable Conocimiento, se clasificaron según Dimensión sobre Práctica de la lactancia materna y sus categorías de medición: Alta, Media y Baja. Donde:

La categoría alta estará comprendida en aquellos puntajes que alcancen 4 a 5 preguntas correctas.

La categoría media estará comprendida en aquellos puntajes que alcancen 4 a 5 preguntas correctas.

Dimensión sobre Beneficios de la lactancia materna y sus categorías de medición: Alta, Media y Baja. Donde:

Dimensión sobre Técnica de la lactancia materna y sus categorías de medición: Alta, Media y Baja. Donde:

A partir de la base de datos generada se realizará el análisis estadístico descriptivo para cada variable, mediante representación de los datos: en tablas de Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa Porcentual y gráficos en barras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta K, Cabrera S, Chernic A, Giriboni M, Grosso P, Moran N. Conocimientos que poseen las madres adolescentes sobre lactancia materna. [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería, Udelar; 2014.
2. Vásquez Delgado RP. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de San Luis, 2009. [Internet]. 2012. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2477/1/Vasquez_Delgado_Rocio_del_Pilar_2012.pdf [consulta: 5 dic 2017].
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 20 años: la convención sobre los derechos del niño. [Internet]. 1990. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/spanish/CDN_20_boceto_final.pdf [consulta: 5 dic 2017].
4. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 2: poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/> [consulta: 5 dic 2017].
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2016: una oportunidad para cada niño. [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf [consulta: 5 dic 2017].
6. Organización Mundial para la Salud. Reducir la mortalidad de los recién nacidos. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/> [consulta: 5 dic 2017].
7. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/fecundidad-mortalidad-infantil-y-materna-tendencias-la-baja> [consulta: 5 dic 2017].
8. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Objetivos sanitarios nacionales 2020 [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20FINAL%202022%20JUNIO%202016.pdf [consulta: 15 dic 2016].
9. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Norma nacional de lactancia materna. [Internet]. 2017. Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ord.%20Min.%2062%20y%20Anexos.pdf [consulta: 5 dic 2017].

10. Organización Mundial de la Salud. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños. [Internet]. 2011. Disponible en:
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/ [consulta: 5 dic 2017].
11. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de enfermería. Plan de estudios 1993. [Internet]. 2011. Disponible en:
<https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2017/08/pdee-93-ultimo-compaginado.pdf> [consulta: 5 dic 2017].
12. Vignolo J, Vacarezza M, Alvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int [Internet]. 2011; 33(1):7-11 Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003 [consulta: 5 dic 2017].
13. Uruguay. Parlamento. Cámara de Representantes. Profesionales destacaron el vínculo saludable de la lactancia materna. [Internet]. 2016. Disponible en:
<https://parlamento.gub.uy/noticiasyeventos/noticias/node/85476> [consulta: 5 dic 2017].
14. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. 2017. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ [consulta: 5 dic 2017].
15. Aguilar Cordero M.J. Tratado de enfermería del niño y el adolescente: cuidados pediátricos. 2da ed. Madrid: Elsevier; 2012.
16. Venes D. Diccionario Enciclopédico Taber de Ciencias de la Salud. 20a. ed. Madrid: Difusión avances de enfermería; 2008. p.1145.
17. Schwarcz R, Frescina R, Duverges C, Obstetricia. 6a.ed Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.
18. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. 2014. Disponible en:
<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

[consulta: 5 dic 2017].

19. Flores NB, López FC, Pipa LA, Reategui A, Zamora H. Conocimiento y práctica sobre lactancia en madres primíparas con neonatos atendidos en el Centro de salud Bellavista Nanay. Punchana, 2016. [Internet]. 2016. Disponible en:
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/472/Nancy_Tesis_especialidad_2017.pdf?sequence=4&isAllowed=y [consulta: 5 dic 2017].
20. Regulación de licencias de los funcionarios públicos. Ley N° 16104 de 23 de enero de 1998. [Internet]. Uruguay. Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16104-1990> [consulta: 5 dic 2017].
21. Modificación del subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad y subsidio para cuidado del recién nacido. Ley N° 19161 de 1 de noviembre de 2013. [Internet]. Uruguay. Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013> [consulta: 20 feb 2018].
22. Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Banco de leche. [Internet]. 2009. Disponible en:
<http://www.asse.com.uy/contenido/BANCO-DE-LECHE-3392>
[consulta: 5 dic 2017].

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Martínez G, Serruya S. Salud Sexual y Reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3da. ed. Montevideo: OPS; 2011.

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 5a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	Jul. 2017	Ago 2017	Set. 2017	Oct. 2017	Nov 2017	Dic. 2017	Ene 2018	Feb 2018	Mar. 2018	Abr. 2018
Asignación del tema										
Autorización del Centro Hospitalario Pereira Rossell										
Definición del problema y objetivos										
Elaboración del protocolo										
Revisión bibliográfica										
Aplicación del instrumento										
Tabulación y análisis										
Conclusión y sugerencias										
Preparación de defensa										

PRESUPUESTO:

Gastos en materiales	3x Hojas A4 (160 c/u)	\$ 480
	Cartuchos de impresora	\$ 800
	Artículos de papelería:	\$ 3640
	Subtotal	\$ 4820
Gastos de traslados Las reuniones para recolección de datos se realizará en 16 días (2 meses)	Pasajes de estudiantes categoría A (4) 14.00	\$ 3136
	Pasajes de estudiantes categoría B (1) 19.60	\$ 1255
	Subtotal	\$ 4380
TOTAL		\$ 9200

Recursos humanos: seis estudiantes de licenciatura en enfermería.

Recursos materiales: papelería para realizar las encuestas, lapiceras, carpetas, fotocopias, transporte, impresiones.

Recursos financieros: la provisión de los mismos se realiza por cuenta propia.

ANEXOS

ANEXO 1: FISIOLÓGÍA DE LA LECHE MATERNA.

La leche se forma en los alvéolos mamarios, la unión de 10 a 100 alvéolos forma lobulillos, a su vez conforman los lóbulos que desembocan en conductos galactóforos que llegan en forma independiente al pezón. Es así que la secreción de leche involucra un estímulo neural que por vía hipotalámica desencadena una respuesta endocrinológica que libera prolactina es la encargada de la lactogénesis y la oxitocina que es la que facilita la expulsión de la leche.

Cambios en la composición de la leche materna durante el período de la lactancia.

La materna varía de una mujer a otra en su contenido nutricional, e incluso hay variaciones según la etapa de la lactancia y la hora del día.

La secreción de la leche se denomina **CALOSTRO** y está presente en los primeros cinco a siete días postparto, se caracteriza por una mayor cantidad de proteínas, menor cantidad de lactosa y grasa dando esto lugar a un aporte energético menor comparado con la leche madura. Es una secreción amarillenta por su alto contenido de carotenos. Una buena parte de las proteínas presentes en el calostro son: inmunoglobulinas, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos bifidus. Que forma parte de los aspectos inmunológicos de la leche humana. Su volumen puede variar entre 2 y 20 ml. en los tres primeros días hasta 580 ml. para el sexto día.

La lactancia materna es la forma natural de alimentar y, salvo excepcionales casos, la inmensa mayoría de las mujeres están preparadas para poder amamantar, la lactancia debe de iniciarse durante la primera hora de vida que se conoce como “inicio temprano de la lactancia” así se asegura que reciba el calostro que es considerada la primera leche.

Características y beneficios del CALOSTRO:

1. Tiene un alto contenido en proteínas y es el alimento perfecto para satisfacer las necesidades del neonato. Esta leche de apariencia entre blancuzca y amarillenta se llama calostro, y es rica en nutrientes y anticuerpos que el neonato necesita justo después de nacer.
2. Proporciona gran cantidad de defensas inmunológicas y estimula el desarrollo de su propio sistema inmunológico. El calostro contiene una sustancia llamada inmunoglobulina A secretora, la cual forma una capa protectora sobre las membranas mucosas en los intestinos, nariz y garganta del neonato, precisamente las partes más susceptibles a virus, bacterias e infecciones.
3. Ayuda a reducir la absorción de bilirrubina y los problemas de ICTERICIA. Si el neonato ingiere la leche materna suficiente, eliminará el excedente de bilirrubina a través de las heces.
4. Tiene un efecto laxante, se digiere fácilmente y es por eso que el neonato la demanda frecuentemente, lo que facilita la estimulación de leche materna.
5. Proporciona los nutrientes necesarios en la proporción y temperatura adecuados. La leche materna ofrece la combinación ideal de nutrientes para el neonato, incluyendo las vitaminas, proteínas y grasas que necesita. Además, su composición cambia conforme crece el neonato, de modo que satisface las necesidades en sus diferentes etapas de desarrollo.
6. Se digiere y asimila con gran facilidad. Esto previene incomodidades en el neonato relacionadas con su incipiente sistema digestivo, incluyendo diarrea, estreñimiento y cólico.
7. Proporciona anticuerpos de la madre y alarga el periodo de inmunidad natural. La leche materna contiene anticuerpos que le ayudan al neonato a combatir diferentes tipos de virus, bacterias e infecciones. Pero aún más importante, debido a que provienen de la madre, los anticuerpos que se transmiten son específicamente aquellos que le permiten combatir los peligros a los que el neonato está expuesto en su medio ambiente. La nutrición en las primeras etapas de la vida del neonato es determinante en el desarrollo del sistema inmunológico.

8. Reduce la predisposición a enfermedades respiratorias. Los neonatos que se alimentan con leche materna exclusivamente durante los primeros seis meses de vida tienen menos infecciones en el oído, enfermedades respiratorias (incluyendo asma), y molestias digestivas e intestinales.
9. Previene las alergias. Los alimentados con leche materna también sufren menos alergias a alimentos, factores ambientales y en la piel. Según La Liga de la Leche, la lactancia materna previene las alergias por dos razones: 1/ el neonato está expuesto a menos alérgenos en los primeros meses de vida, que es la etapa más susceptible y 2/ la cubierta protectora que ofrece el calostro evitar que potenciales alérgenos penetren el sistema de todo neonato.
10. Disminuye el riesgo de desarrollar obesidad. Como la leche materna contiene la nutrición exacta que el neonato requiere y la cantidad consumida es autorregulada, tiene mejores probabilidades de aumentar el peso justo y comer únicamente la cantidad necesaria.
11. Los cambios de sabor, según la alimentación de la madre, preparan al neonato para aceptar mayor variedad de alimentos. La variedad de sabores que recibe el neonato en la leche materna lo prepara mejor para aceptar los diferentes sabores de la comida sólida.
12. Favorece el correcto desarrollo de la mandíbula, los dientes y el habla. El acto de succión contribuye al avance de la mandíbula del neonato alcanzando una posición apropiada alrededor de los 8 meses. Si esta succión se realiza con tetina, los movimientos que realiza el neonato son más pasivos y los músculos de la mandíbula no se desarrollan tanto.
13. Es por ello que una correcta succión y deglución son de vital importancia para el óptimo desarrollo de las estructuras orofaciales y así prevenir alteraciones del lenguaje.
14. Crea un fuerte vínculo entre madre-hijo. Cubriendo necesidades como la proximidad y seguridad que favorecen la autoestima del neonato y la relación con la madre.

LECHE DE TRANSICIÓN se produce entre siete y diez días y sufre modificaciones progresivas hasta alcanzar las características de la leche madura. Ocurre un

incremento progresivo de lactosa y disminución de las grasas y proteínas, en el volumen alcanzado hacia el día quince puede llegar a 660 ml.

INMUNOLOGÍA DE LA LECHE MATERNA

Los componentes de la leche materna han demostrado un efecto de inhibición o destrucción directa de diversos microorganismos:

FACTOR BÍFIDO, estimula en el intestino el crecimiento de bifidobacterias que evitan el establecimiento de entero bacterias patógenas como E. Coli y Shigella.

ELEMENTOS CELULARES, el elemento de leucocitos en la leche humana es considerable siendo mayor su concentración en el calostro (neutrófilos, macrófagos, linfocitos), los macrófagos particularmente pueden sintetizar lisozimas, componentes del complemento, lactoferrina y prostaglandinas.

INHIBIDORES DEL METABOLISMO DE MICROORGANISMOS PATÓGENOS.

La lactoferrina, la proteína que enlaza la vitamina B12 y las que fijan el fiolato impiden el crecimiento de gérmenes in vitro probablemente negando a los agentes infecciosos nutricionales esenciales para su crecimiento.

Se han encontrado propiedades bactericida, antiviral y moduladora de citocina, además inhibe la adherencia de E. Coli. enterotoxigénica, la capacidad invasiva de Shigella y estimula la proliferación de bifidobacterias.

ENZIMAS

La lisozima y una mieloperoxidasa catabolizan la oxidación de iones con actividad bacteriostática con capacidad de lisar las uniones entre glucoproteínas de las paredes bacterianas de una gran parte de bacterias gram positivas y de algunos gram negativas.

INMUNOGLOBULINAS

La concentración de estas en el calostro es mayor que en la leche madura, todos están presentes pero es la Iga la que tiene mayor concentración ejerciendo una protección específica contra gérmenes del tracto gastrointestinal.

LÍPIDOS

Los lípidos de la leche humana pueden inactivar virus encapsulados como el herpes simple I, sarampión.

FACTOR ANTI-ESTAFILOCOCOS

Inhibe la proliferación de estafilococos e infecciones por este germen. (19)

Anexo N° 2: Beneficios político-legales sobre lactancia materna

Se observará también el conocimiento de beneficios legales tales como:

La ley 19.161, subsidios por maternidad y por paternidad para trabajadores del área privada.

Además la ley 16.104/1990 la cual se refiere a Normas que regulan sobre licencias y legaliza los beneficios para funcionarios públicos.

CAPÍTULO III - LICENCIAS POR MATERNIDAD Y POR PATERNIDAD

Artículo 24:

Toda funcionaria pública embarazada tendrá derecho mediante presentación de un certificado médico en el que se indique la fecha presunta del parto, a una licencia por maternidad. La duración de esta licencia será de trece semanas. A esos efectos la funcionaria embarazada deberá cesar todo trabajo una semana antes del parto y no podrá reiniciarlo sino hasta doce semanas después del mismo. La funcionaria embarazada, podrá adelantar el inicio de su licencia, hasta seis semanas antes de la fecha presunta del parto.

Artículo 25

Cuando el parto sobrevenga después de la fecha presunta, la licencia tomada anteriormente será prolongada hasta la fecha del alumbramiento y la duración del descanso puerperal obligatorio no deberá ser reducida.

Artículo 26

En caso de enfermedad que sea consecuencia del embarazo, se podrá fijar un descanso prenatal suplementario.

Artículo 27

En caso de enfermedad que sea consecuencia del parto, la funcionaria tendrá derecho a una prolongación del descanso puerperal cuya duración será fijada por los servicios médicos respectivos.

Artículo 28

Las funcionarias madres, en los casos en que ellas mismas amamanten a sus hijos, podrán solicitar se les reduzca a la mitad el horario de trabajo y hasta que el lactante lo requiera, luego de haber hecho uso del descanso puerperal.

Artículo 29

Con la presentación del certificado médico respectivo, los funcionarios padres tendrán derecho a una licencia por paternidad de diez días hábiles. (*)

(*)Notas: Redacción dada por: Ley N° 16.104 de 23/01/1990. (20)

CAPÍTULO I: SUBSIDIO POR MATERNIDAD

Ley. 19.161; 1° de noviembre de 2013

Artículo 2°. (Período de amparo al subsidio por maternidad).- Las beneficiarias deberán cesar todo trabajo seis semanas antes de la fecha presunta del parto y no podrán reiniciarlo sino hasta ocho semanas después del mismo.

En ningún caso, el período de descanso será inferior a catorce semanas.

Artículo 4°. (Parto posterior a la fecha presunta).- Cuando el parto sobrevinieron después de la fecha presunta, el descanso tomado anteriormente será siempre prolongado hasta la fecha real del parto y la duración del descanso puerperal obligatorio no será reducida.

Artículo 7°. (Ámbito de aplicación).- Tendrán derecho a ausentarse de su trabajo por razones de paternidad. (21)

Anexo N°3: TÉCNICA DE ORDEÑE.

Lavado de manos con agua y jabón. Masaje circular de la mama y luego desde la base hasta el pezón durante varios minutos.

Realizar la extracción cuando las mamas estén ingurgitadas (llenas) aproximadamente cada 3 horas.

Antes del inicio de la extracción realizar masajes circulares con el pulpeo de los dedos desde la parte más externa hacia la areola (parte oscura).

Otros métodos de extracción son las pezoneras y las ordeñadoras eléctricas. Ambos métodos requieren de una higiene estricta de todo el circuito de extracción según normas del fabricante.

Descarte siempre las primeras gotas, luego destape el frasco y coloque en el mismo la leche.

Rotular con fecha de extracción. En caso de donación agregar el nombre y apellido de la madre. Colocar en freezer o congelador. Solo llenar $\frac{3}{4}$ del frasco ya que cuando la leche se congela su volumen aumenta.

Se puede juntar leche de más de un día (máximo 48 horas)

Cuidados previos al ordeño:

Para almacenar sólo use frascos de vidrio con tapas de plástico, en caso de utilizar frascos de vidrio con tapa de plástico, a las mismas se les retira el cartón que tienen dentro (lo más adecuado son frascos medianos y chicos de Café soluble), lavar los mismos y luego hervirlos por 15 minutos dejar escurrir y tapar hasta su utilización

Lugar para la recolección:

Si es posible debe realizarse junto al neonato en un área limpia y tranquila.

Procedimiento:

En las extracciones siguientes utilizar un recipiente distinto al usado por primera vez.

Una vez extraída la leche y colocada en el frasco, guardar en la heladera (no en la puerta ni cerca de ella, sino en la parte profunda) hasta enfriar para luego colocar sobre la leche ya congelada.

Nunca colocar leche recién ordeñada sobre la congelada (debe enfriarse primero)

Conservación de la leche materna:

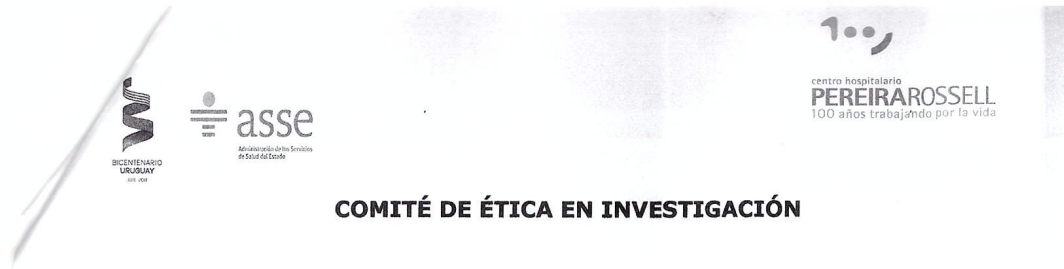
A temperatura ambiente 6 a 8 horas.

En heladera 48 horas.

En congelador 14 días.

En freezer 3 meses. (22)

Anexo N° 4: Carta de Aprobación por Comité de Ética



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 22 de Noviembre de 2017.

A: Dirección General del Centro
Hospitalario Pereira Rossell
Dr. Federico Eguren.

De: Integrantes del Comité de
Ética en investigación

INTEGRANTES

Coordinadora:
Prof. Agda. Dra. Gabriela Garrido

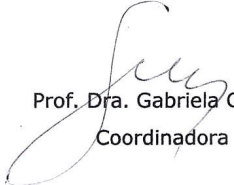
Dr. Beatriz Ceruti
Sra. Eloisa Barreda
Dra. Mariana Malet.
Lic. TS. María del Carmen Canavessi
Dra. Olga Larrosa.
Quím. Farm. Fernando Antunez.
Lic. Enf. Scheley Santos.
Prof. Adj. Dr. S. Scasso.
Prof. Adj. Dra. Fernanda Gomez
Lic. Psic. Ruben García.

Por la presente comunico a usted que el Comité de
Ética en Investigación **APRUEBA** el proyecto
**"Conocimientos que poseen las madres adolescentes
primigestas cursando puerperio mediato sobre
Lactancia Materna"**. Resp. Lic. Enf. C. Callorda, Br. Miguel
Li, Br. R. Rodriguez.

Sin más, le saluda a Ud. muy atentamente,

Secretaría
Obst. Part. Julie Nathalie Canobra
comite.etica.investigacion@gmail.com

Recepción de Protocolos
Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
7° Piso - Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
Br. Artigas 1550 C.P. 11600
direccion.pereirarossell@asse.com.uy
Montevideo - Uruguay


Prof. Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora

Comité de Ética en Investigación
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tel/Fax: + (598) 2707 5224
e-mail: comite.etica.investigacion@gmail.com



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Educación
Protocolo de Investigación



Anexo N°5: Carta de Autorización del Departamento de Enfermería del Hospital de la Mujer.



04/10/2017

A. Departamento de Enfermería Materno Infantil
Prof. Adj. Mg. Cecilia Callorda.

De. Dpto. de Enfermería. Hospital de la Mujer.
Lic. Dinorah Piñeiro.

A su solicitud se informa que desde este departamento no hay objeción a la realización del proyecto de investigación estudiantil propuesto para la maternidad de este centro. Posteriormente y previo al inicio de ejecución del mismo deberán coordinar con este departamento como se hace habitualmente.
Saluda atentamente.



Lic. Dinorah Piñeiro

Lic. DINORAH PIÑEIRO
Jefa (I) Dpto. Enfermería
Hosp. de la Mujer
Centro Hospitalario Pereira Rosell

Anexo N° 6: Instrumento de recolección de datos

MODELO DE CUESTIONARIO

Montevideo __de _____ de 20__

Cuestionario N° _____

Iniciales de nombres y apellidos: _____

Cama N° _____

1 Edad

2. Procedencia: Montevideo () / Interior ()

3. Fecha del parto:

4. Antecedentes obstétricos: Aborto espontáneo () / IVE () / Ninguna de las anteriores ()

5. Edad Gestacional: -----semanas.

6. Tipo de Parto: Vaginal () / Cesárea ()

7. ¿Cuál es tu nivel de instrucción?

A () / PI () / PC () / SI () / SC () / T ()

8. ¿Durante su embarazo, desarrolló algún tipo de actividad remunerada?

(Si): continuar con las categorías (No)

a. Trabajo formal () b. Trabajo informal () c. Desocupada ()

9. Estado civil:

a. Soltera () b. Unión libre () c. Casada () d. Divorciada () e. Viuda ()

10. ¿Con quién vive? _____

11. ¿Por qué medio se ha informado sobre los beneficios de la lactancia materna?

a. Redes sociales () b. TV () c. Revistas () d. Personal de salud ()

e. Algún integrante de su entorno () f. Otros () g. No sabe no contesta. ()

12. ¿En este momento como es la alimentación de su bebé?

a. Leche materna () b. Leche materna más complemento () c. Sólo complemento ()

d. No sabe, no contesta ()

13. Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (sólo pecho)

13.1 ¿Sobre la lactancia materna exclusiva: cuales son las opciones correctas:

a. La lactancia materna exclusiva: es dar solo leche materna. ()

b. La lactancia materna exclusiva: es dar leche materna más complemento. ()

c. La lactancia materna exclusiva: es brindar al bebé la cantidad de nutrientes, vitaminas que este necesita para cada etapa de su vida.

d. No sabe no contesta. ()

13.2 ¿Duración ideal para alimentar a los bebés sólo con leche materna exclusiva?

Diga si está de acuerdo o no con las siguientes opciones:

a. 3 meses. ()

b. 6 meses ()

c. 9 meses. ()

d. 12 meses. ()

e. Más de 12 meses ()

f. no sabe no contesta. ()

13.3 ¿Cada cuánto tiempo considera necesario amamantar a su bebé?

a. A demanda. () b. Cada 3 o 4 horas. () c. Solamente cuando tu bebé llora. ()

d. no sabe o no contesta. ()

13.4 Si su bebé es menor de 6 meses y tienes que dejarlo con otra persona, debido a que tiene que trabajar o hacer un mandado, ¿cómo haría para alimentarlo?

a. Tendría que darle complemento. ()

b. tendría que darle leche materna previamente extraída. ()

c. no sabe o no contesta ()

13.5 ¿Si su bebé tuviera diarrea?

- a. Le suspende la leche materna y le das agua. ()
- b. Le daría leche materna con más frecuencia. ()
- c. Le seguiría dando leche materna de forma habitual ()
- d. Ninguna de las anteriores ()

14. Conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna

14.1 Cuáles de los siguientes beneficios cree que tiene la lactancia materna para su bebé

- a. Crecen más sanos e inteligentes. ()
- b. Contiene todos los nutrientes y agua necesaria. ()
- c. Al bebé le gusta tomar leche materna porque se duerme. ()
- d. Mantiene al bebe quieto y no llora. ()
- e. Ayuda a tener una conexión especial con el bebé. ()

14.2 ¿Cuál de los beneficios anteriormente mencionados es para Ud. la más importante?

Si entrevistada no recuerda las categorías volver a leer las Categorías: _____

14.3 ¿Cuáles de las siguientes son beneficios de la lactancia materna para Ud., la madre?

- a. Tienen menor riesgo de adquirir cáncer de mama y útero. ()
- b. Es económica. ()
- c. Te ayuda a bajar de peso. ()
- d. Ayuda a tener una conexión especial con el bebé. ()
- e. Durante el período de amamantamiento se evita el embarazo. ()

15. Conocimientos sobre la técnica de la lactancia materna

15.1 ¿En qué posiciones se puede dar de amamantar?

- a. Acostada () b. Sentada. () c. Parada. () d. Todas son correctas ()

15.2 ¿Cómo se prende a pecho el bebé de forma correcta?

- a. Estimular al bebé acercando el pezón a la boca. ()
- b. Colocar la mayor parte de la mama en la boca del bebé ()
- c. Espero que el bebé se prenda solo a pecho ()
- d. No sabe o no contesta.

15.3 ¿Cuál es la opción correcta para una correcta lactancia?:

- a. Solo darle de una mamá porque tiene más cantidad. ()
- b. Su bebé se acostumbra solo a esa mama. ()
- c. Se debe alimentarlo con las dos mamas, alternando uno y otro. ()

15.4 ¿Qué debe hacer para interrumpir la succión en la lactancia?

- a. Tira del pezón que el bebé lo suelte. ()
- b. Introduce el dedo en la boca para que suelte el pezón. ()

15.5 ¿Cómo sabes que su bebé se prendió a la mama correctamente?

- a. Siente la deglución de la leche. ()
- b. Siente ruidos (tipo chasquidos). ()
- c. Moja 2 a 3 pañales por día. ()
- d. El bebé coloca los labios evertidos o sea boca de pecesito
- e. No sabe no contesta. ()

15.6 ¿Cómo toma la mama para extraer leche materna manualmente?

- a. Sostengo la mama con una mano, el dedo pulgar por encima de la areola y el resto por debajo, mano en forma de C ()
- b. Sostengo la mama como sea más cómodo. ()
- c. Presione hacia las costillas hasta obtener un chorro de leche. ()
- d. La leche sale espontáneamente. ()
- e. No sabe no contesta. ()

15.7 ¿Sabes cómo se puede conservar la leche materna?

- a. Puede quedarse todo el día fuera de la heladera. ()
- b. Se extrae y se guarda en frasco de vidrio con tapa de plástico previamente hervido y rotulado máximo 48 horas en la heladera. ()
- c. Se guarda en la puerta de la heladera y se mantiene por una semana. ()
- d. Se puede guardar en el freezer por más de 6 meses. ()
- e. Se puede guardar en el congelador por 14 días. ()
- f. No sabe no contesta. ()

15.8 ¿Puede Ud. Decirme, cuál de estas opciones considera correcta para descongelar la leche materna?

- a. Baño maría o bajo el chorro de agua caliente. ()
- b. Hervido o microondas. ()
- c. No sabe o no contesta ()

15.9 ¿Conoce la ley que protege a la mujer trabajadora en periodo de lactancia?

(Si): continuar con pregunta y las categorías (No)

¿Qué menciona la ley?

- a. Tienen derecho solo las trabajadoras de ámbito público. ()
- b. La ley aporta beneficios tanto al trabajador como al lactante. ()
- c. La ley cubre solo un mes para amamantar. ()
- d. No sabe no contesta. ()