UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE MATERNO INFANTIL

FACTORES QUE INCIDEN EN LA PERMANENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN INMIGRANTES

Autores:
Br. Laura Bálsamo
Br. Marcela Giacosa
Br. Roxana Gularte
Br. Verónica Rodríguez
Br. Romina Sena
Br. Fabiana Tito

Tutores:
Prof. Adj. Mg. Lic. Cecilia Callorda
Prof. Adj. Esp. Lic. Ana Laura Ramón

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

Montevideo, 2020

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras familias por el apoyo y la contención durante estos 5 años.

A nuestros compañeros de vida por la paciencia y comprensión.

A nuestros amigos por acompañarnos y apoyarnos en cada momento.

A nuestras tutoras por acompañarnos y motivarnos en este proceso de aprendizaje.

Un reconocimiento a la Comisión Sectorial de Investigación Científica por fomentar esta instancia enriquecedora para nuestra profesión.

A todas las madres inmigrantes del Centro de Salud de Referencia por su disposición y confianza.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen 3
Abstract 5
Introducción 7
Metodología 9
Tipo de estudio 9
Universo 9
Muestra 9
Unidad de análisis 9
Unidad de observación 9
Criterios de inclusión 10
Criterios de exclusión 10
Recolección de datos 10
Resultados 12
Discusión 18
Sugerencias 22
Referencias bibliográficas 23
Bibliografia consultada 26
Anexos 31

RESUMEN

Introducción: el presente trabajo de investigación fue realizado por seis estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería con el objetivo de conocer los factores que inciden en la permanencia de la lactancia materna exclusiva (LME) en inmigrantes.

Dicho tema se desprende del aumento significativo de la inmigración en nuestro país, ingresando mujeres en edad laboralmente activa y de procrear.

Metodología: se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo, longitudinal. El tipo de muestreo que se utilizó fue no probabilístico por conveniencia y correspondió al total de usuarias inmigrantes que se encontraban en el servicio al momento de la recolección de datos. Se desarrolló en primer lugar en el Centro de Referencia Nacional en las salas de maternidad y en segundo lugar mediante contacto telefónico a los tres meses luego del primer encuentro. Llevándose a cabo en el período comprendido del 15 de agosto al 15 de diciembre del 2019.

Resultados: la LME fue al nacimiento de un 61% y a los 3 meses de vida del lactante un 46%, la percepción materna de insuficiente producción de leche con un 86% fue el factor psicológico de mayor influencia en el abandono de la exclusividad.

Un 38% adoptaron creencias de su país natal, de las cuales un 60% agregó alimentos a los 3 meses de vida del lactante, un 20% implementó alimentos que creen que aumentan la producción de leche materna y en igual porcentaje “leches especiales” al lactante.

El 31% de las usuarias que tuvieron entre 5 y 10 controles mantuvieron la LME, mientras que el 23% que presentó entre 1 y 4 controles abandonó la exclusividad.

Conclusión: se observó un descenso de la LME en el tercer mes de vida. Los factores que influyeron en el abandono de la lactancia materna (LM) fueron tanto psicológicos como socioculturales; en cuanto a los psicológicos el que se identificó fue la percepción materna de insuficiente producción de leche. De los culturales el que mayor predominó fue la implementación de alimentos para el lactante a los tres meses de vida seguido por la inclusión de alimentos que creían que aumentaba la producción de leche, siendo las usuarias procedentes de Cuba y de República Dominicana las que adoptaron dichas creencias.

ABSTRACT

Introduction: the present research work was carried out by six students belonging to the Faculty of Nursing with the objective of know the factors that affect the permanence of breastfeeding exclusive in immigrants. This topic arises from the significant increase in immigration in our country, entering women of working age and be able to procreate.

Methodology: It has been made a quantitative, descriptive, prospective and longitudinal study. The type of sampling that was used was not probabilistic by convenience and corresponded to the total number of immigrant users who were availale at the time of data collection. It was first developed at the National Reference Center in the maternity rooms and secondly by telephone contact three months after the first meeting. It was carried out in the period covered from August 15 to December 15, 2019.

Results: exclusive breastfeeding decreased from 61% to 46%, the maternal perception of insufficient milk production with 86% was the psychological factor with the greatest influence on the abandonment of exclusivity. 38% of inmigrants adopted beliefs from their home country, of which 60% added food at 3 months of the infant's life, 20% implemented foods that they believe increase breast milk production and the same percentage for "special milks" to the infant. 31% of users who had between 5 and 10 controls maintained the LME, while 23% who presented between 1 and 4 controls abandoned the Exclusiveness.

Conclusion: a decrease in exclusive breastfeeding was observed in the third month of life. The factors that influenced the abandonment of

breastfeeding maternal were both, psychological and sociocultural; as for the psychological was the maternal perception of insufficient milk production. Of the cultural ones, the one that predominated most was the implementation of food for the infant at three months of life followed for the inclusion of foods that they believed increased milk production, being the users from Cuba and the Dominican Republic who adopted those beliefs.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación, fue realizado por seis estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, pertenecientes a la Licenciatura de Enfermería, correspondiente al cuarto ciclo del plan 93, generación 2015.

Con la finalidad de identificar antecedentes relacionados al tema de la investigación, se realizó una búsqueda bibliográfica de investigaciones similares en los países que forman parte de Latinoamérica utilizando palabras claves como: lactancia materna exclusiva, inmigrantes, lactancia materna y abandono de LM.

Se encontraron varias investigaciones sobre el tema a abordar realizadas en los países de la región, sin embargo se destaca la ausencia de estudios de esta índole en Uruguay. Por lo cual se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores que inciden en la permanencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros tres meses de vida en hijos de mujeres inmigrantes, en el período comprendido entre agosto y diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay?

Algunos de los motivos por los que se considera importante realizar dicha investigación son que el Ministerio de Relaciones Exteriores informa que se ha producido un aumento significativo de la inmigración en nuestro país, ingresando mujeres en edad laboralmente activa y de procrear (1), además las investigaciones realizadas en los países de la región arrojan datos poco favorables en cuanto a la LME, existiendo un abandono de la misma antes de los seis meses de vida del lactante (2).

En estudios realizados en Colombia, Cuba y Chile, se destaca como factor principal para el abandono de la LME la hipogalactia. Otro artículo realizado en Cuba denominado “Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias” correspondiente al año 2015, establece que la principal causa de abandono de la LME es la hipogalactia en un 41,7% y que el mayor predominio de abandono de la LME se da a los 2 meses con un 38,4%, seguido con un 3,5% a los 3 meses de vida (3).

En la investigación denominada “Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín” refiere que el abandono temprano de la LME ocurre 95,7% antes de los 4 meses de edad (2). Otro artículo realizado en Colombia, “Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo”, resalta como motivo principal del abandono de la LM la hipogalactia (4).

En Argentina, en la investigación “Lactancia materna y alimentación complementaria, situación en una población del área metropolitana de Buenos Aires” (2017), se obtuvo como resultado que la incorporación del biberón entre el nacimiento y los 6 meses de vida del lactante se debe en un 50% a mitos, seguidos de un 25% a indicación médica y un 6,5% a trabajo y/o estudio de la madre (5).

Es importante destacar que se buscaron artículos relacionados con la investigación en República Dominicana, Ecuador y Perú pero no se logró encontrar ninguno.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El estudio realizado fue de tipo cuantitativo, descriptivo y fue llevado a cabo en las salas de maternidad del Centro de Referencia Nacional buscando conocer los factores que puedan influir en la permanencia de la LME en hijos de mujeres inmigrantes. Se planteó un estudio prospectivo y longitudinal para conocer los cambios en la LME en los primeros 3 meses de vida del lactante.

Universo

El universo de estudio fueron las mujeres inmigrantes en edad fértil, que se encontraban cursando la etapa de puerperio en el primer encuentro, en las salas de Maternidad del Centro de Referencia Nacional en el período comprendido entre el 15 de agosto al 15 de setiembre de 2019.

Muestra

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia de las mujeres inmigrantes que se encontraban en el período de recolección de datos.

Unidad de análisis

Factores que inciden en la LME.

Unidad de observación

Mujeres inmigrantes que se encontraban cursando puerperio, que cumplieran con los criterios de inclusión y se encuentren internadas en las

salas de Maternidad del Centro de Referencia Nacional en el período antes mencionado.

Criterios de inclusión

- Mujeres inmigrantes.
- Mayores de 18 años.
- Cursando puerperio en el primer encuentro.
- Pertenecientes a ASSE.
- Mujeres que decidan participar del estudio.

Criterios de exclusión

- Usuarias que presenten patologías que contraindiquen la lactancia (HIV, VDRL, otras)
- Usuarias que hablen otro idioma que no sea español.

Recolección de datos

Se realizó en el período comprendido entre agosto y diciembre de 2019, donde se aplicó un cuestionario semiestructurado elaborado por las investigadoras, con posterior seguimiento a los 3 meses de vida del lactante.

El primer encuentro se realizó en el Centro de Referencia Nacional, durante la etapa de puerperio, llevándose a cabo un proceso de consentimiento informado en el que se le explicó a la usuaria de qué consta la investigación, y que tiene la libertad de retirarse de la investigación cuando ella lo desee. Ejecutándose en el período comprendido entre el 15 de agosto y el 15 de

setiembre de 2019. El tiempo aproximado de la entrevista fue de 20 - 25 minutos.

En segunda instancia, pasados tres meses, se desarrolló un último contacto mediante comunicación telefónica, en donde se aplicó un segundo cuestionario semiestructurado elaborado por las investigadoras, indagando en las variables que se consideraron específicas del estudio. En el período comprendido entre noviembre y diciembre de 2019. El tiempo que se estimó para el mismo fue de 10 - 15 minutos (Anexo N°1: Protocolo de investigación).

RESULTADOS

La recolección de datos del primer encuentro se realizó en el Centro de Referencia Nacional en el período comprendido entre el 15 de agosto y 15 de setiembre de 2019, captando durante el mismo un total de 15 usuarias que se encontraban cursando puerperio.

El segundo encuentro se realizó vía telefónica en el período comprendido entre el 15 de noviembre y 15 de diciembre de 2019, pudiendo captar a 13 de las 15 usuarias encuestadas en el primer encuentro, utilizando en consecuencia un N=13. (Anexo N°5: Tablas y gráficas de frecuencia)

En cuanto a la caracterización de las usuarias se identificó que el rango etario presenta una edad mínima de 19 años y una máxima de 38 años, siendo la media de edad 22 años.

Respecto a la procedencia un 46% de las usuarias eran de Cuba, un 23% de República Dominicana seguido por un 8% de Colombia, Argentina, Paraguay y Venezuela.

El nivel de instrucción que predominó fue secundaria completa con un 61% seguido por terciaria completa con un 23% y un 8% de primaria completa y secundaria incompleta.

Respecto a la ocupación se destaca que en el primer encuentro un 54% se encontraba sin trabajo, un 31% que representa a 4 usuarias con trabajo formal y el 15% restante se encontraban desocupadas, esto hace referencia a las que se encontraban sin trabajo pero en busca del mismo. Del porcentaje que trabajaba, un 50% lo hacía por menos de 8 horas y el otro 50% por 8 horas.

Un 46% de las usuarias no presentaba gestas previas, un 31% presentaba 1 gesta, un 15% 2 gestas y un 8% 3 gestas.

En lo que corresponde a las variables específicas, se obtuvo que el 69% de los embarazos fue captado precozmente, con una mayor frecuencia de controles de entre 5 y 10 representado por un 62%, seguido con un 23% aquellas que presentaban entre 1 y 4 controles, y por último encontramos con un 15% a las que presentaron más de 10 controles.

Todas las usuarias manifestaron intención de amamantar, existiendo un 69% sin presentar antecedentes de lactancia.

El 85% no concurrió a clases de parto, a su vez el 46% se informaron sobre lactancia materna en el Centro de Salud al igual que en redes sociales, un 23% con el entorno familiar y el 8% restante por otros medios. El 69% presentó contacto piel a piel y el 54% no inició la lactancia materna en sala de parto o block quirúrgico (BQ).

En cuanto a la información acerca de las leyes laborales que existen en Uruguay el 61% no las conocía, el 75% de las usuarias que trabajaban pretende reintegrarse después del tercer mes, mientras que el 25% restante plantea reintegrarse entre el primer y tercer mes.

En el primer encuentro el 61% de los lactantes se encontraba con pecho directo exclusivo y el 39% con pecho directo (PD) más preparado para lactante (PPL).

De las usuarias que se encontraban complementando la lactancia con PPL el 80% argumentaba que era por percepción de insuficiente producción de leche y un 20% por enfermedad del neonato.

Un 69% de las usuarias refieren que existen creencias sobre lactancia materna en su país natal, entre ellas la de ingerir alimentos que creen que aumenta la producción de la leche (maní y malanga), obligación de la lactancia materna ante la sociedad, implementar alimentos sólidos a los 3 meses de vida del lactante además de leches especiales (leche con maicena). De las usuarias que refirieron presentar creencias, un 33% las estaba implementando en el primer encuentro. El 61% refiere que no existen diferencias culturales con su país natal.

En cuanto a la información sobre la lactancia materna, respecto a los beneficios para el lactante todas las usuarias reconocen que la leche materna aporta nutrientes y agua necesarios, el 75% que favorece el vínculo entre madre e hijo y un 8% no tiene información y refiere que es más efectiva si se complementa con PPL.

Respecto a los beneficios para la madre el 61% refiere estar informada que ayuda a la involución uterina y un 54% que es económica y no requiere preparación.

En cuanto a la información sobre la técnica correcta un 85% si la conoce. El 77% refiere que LME es dar solo leche materna.

Luego de los tres meses de vida del lactante, se realizó contacto telefónico con las usuarias, en lo que respecta a la reinserción laboral el 60% se reintegró realizando medio horario. Del total de usuarias que trabajan el 80% refiere que no cuenta con un espacio físico para la extracción de leche o amamantar.

El 69% de las usuarias refiere que presentó una experiencia positiva de LM, habiendo un 46% que amamantó a su hijo solo con leche materna hasta el momento.

En cuanto a la alimentación actual de los lactantes el 46% de las usuarias refieren que mantienen la LME, con 31% se encuentran aquellas que además de PD lo acompañaron con alimentos sólidos y agua y un 23% alimenta a su hijo con PD más PPL. Del 54% que no mantuvo la exclusividad de la lactancia el 86% fue por percepción de insuficiente producción de leche.

En lo que respecta a la implementación de creencias del total de las usuarias un 62% no adquirió ninguna; del 38% que sí las adoptó un 60% incluyeron alimentos antes de los 3 meses, el 20% de las usuarias refirió haber consumido alimentos que creen que aumenta la producción de leche y el 20% restante le brindaron al lactante leches especiales.

Respecto al cruce de variables comenzando por la reinserción laboral y alimentación del lactante a los 3 meses, de las usuarias que tienen trabajo un 60% se reintegró realizando medio horario (el 40% alimentaba a su hijo con LME a determinadas horas y el 20% agregó alimentos sólidos y agua). El 40% de las usuarias no se reintegraron y continuaban la alimentación con LME a demanda.

En cuanto a la información de los beneficios para el binomio y la alimentación del lactante en el segundo encuentro; se destaca que el 44% que se encuentra informada sobre los mismos mantiene la exclusividad de la LM. Mientras que el 52% que también los posee abandonaron la exclusividad.

De las usuarias que no tenían información de los beneficios para el binomio todas abandonaron la exclusividad de la LM.

Al momento de comparar la alimentación en el primer y segundo encuentro se obtuvo que el 61% de las usuarias mantienen la LME en el primer encuentro. Mientras que en el segundo sólo lo hacía un 46%. En cuanto a los que presentaban PD más PPL en el primer encuentro era de 39% y en el segundo un 23%. Sin embargo, en el primer encuentro no hubo ninguna usuaria que además de PD implementaran alimentos sólidos y agua, pero en el segundo encuentro sí lo hacía un 31%.

En cuanto a la procedencia y la alimentación del lactante en el segundo encuentro del total de las usuarias un 30% procede de Cuba y abandonó la exclusividad de la LM, mientras que un 14% sí la mantenía. El 16% proceden de República Dominicana y no continuaba con la LME y un 8% sí lo hacía. Las usuarias de Paraguay, Venezuela y Argentina mantenían la LME, mientras que la usuaria de Colombia lo hacía complementado con PPL.

Al momento de comparar la procedencia con la adopción de creencia en el país de origen se obtuvo que las usuarias de los países que implementaron creencias fueron Cuba con un 67% y República Dominicana con un 33%, mientras que las usuarias de Colombia, Paraguay, Venezuela y Argentina no lo hicieron.

En cuanto a la alimentación del lactante en el segundo encuentro y la adopción de creencias del país de origen de la usuaria, se destaca que aquellas que refirieron implementar creencias, mantienen la lactancia incluyendo alimentos sólidos y agua en un 31%. Mientras que aquellas que no

implementaron creencias el 46% mantiene la LME, y el 23% lo acompaña con PPL además de la LM.

Al momento de comparar el control del embarazo con la alimentación del lactante en el tercer mes de vida se obtuvo que las que presentaron de 1 a 4 controles se encontraban con PD más alimentos sólidos y agua en un 23%; aquellas que contaban con 5 y 10 controles mantenían la LME en un 31%; mientras que el 15% de las usuarias que presentaban más de 10 controles se encontraron con LME.

Respecto a la información que posee la usuaria sobre la técnica correcta de amamantar y la concurrencia a clase de parto el 70% de las usuarias que no concurrió a clase de parto conocían la técnica correcta y un 15% que no concurrió, no la conocía; el 15% que si lo hizo tenía información de la correcta técnica.

En cuanto al inicio de la LM en sala de parto o BQ y alimentación en el tercer mes de vida, se obtuvo que aquellas que la iniciaron mantenían la LME en un 15%, con el mismo porcentaje se encontraron aquellas que alimentaban a su hijo con PD y PPL y las que implementaron alimentos sólidos y agua. De las usuarias que no iniciaron la lactancia en sala de parto o BQ se destaca que el 32% mantiene la LME, el 8% se encuentra con PD y PPL y un15% con PD más alimentos sólidos y agua.

Respecto a los antecedentes de lactancia materna y la alimentación a los 3 meses de vida un 39% de las que no presentaba antecedentes de lactancia mantuvo la exclusividad de la misma mientras que sólo un 8% de las que sí presentaban antecedentes de lactancia mantuvo la exclusividad.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) promueven la LME hasta los 6 meses de vida debido a los múltiples beneficios que esta posee para el binomio (9,10).

De los resultados se obtiene que un 54% de las usuarias abandonaron la exclusividad de la lactancia materna en los primeros 3 meses de vida del lactante, similar a lo descrito en el estudio “Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias” (3).

Al comparar la alimentación en ambas instancias se obtuvo que la LME descendió de un 61% a un 46%, el PD más PPL disminuyó de un 39% a un 23%, mientras que el PD más alimentos sólidos y agua incrementó su porcentaje en un 31% debido a la implementación de creencias de su país de origen.

El motivo que predominó en el abandono de la LME fue en un 86% por percepción de la madre de insuficiente producción de leche, siendo este el factor psicológico de mayor influencia en la población estudiada, semejante a los resultados obtenidos en estudios realizados en Cuba en 2015 (3), Chile 2013 (6) y Colombia (4). Seguido por un 14% que complementaba el PD con PPL.

En cuanto a los factores socioculturales un 38% de las usuarias inmigrantes adquirió creencias de su país natal, de dicho porcentaje un 60% implementó alimentos para el lactante a los 3 meses de vida, un 20% alimentos que creían que aumentaba la producción de leche materna y otro 20% “leches especiales” para alimentar a los lactantes.

Un 31% de las usuarias adoptó creencias que influyeron en el mantenimiento de la LME. Las usuarias procedentes de Cuba y República Dominicana adquirieron creencias de su país con un porcentaje de 67% y 33% respectivamente. Cabe destacar que existe una escasez de investigaciones de esta índole en la región.

Se pudo ver que las usuarias procedentes de Cuba abandonaron la exclusividad de la lactancia en un 31%, las de República Dominicana con 15% y las de Colombia con un 8%.

Flores, E. (5) en el estudio de "Lactancia Materna y alimentación complementaria, situación en una población del área metropolitana de Buenos Aires" plantea que la reinserción laboral es uno de los motivos de abandono de la LME, teniendo en cuenta la ley N° 19.161 "subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad" (7) que establece que la usuaria puede reintegrarse al trabajo hacia los seis meses de vida del lactante, o en caso de reintegrarse antes debe trabajar medio horario, se obtuvo que el 75% de las usuarias pretendían volver al trabajo después del tercer mes de vida del lactante, así mismo, de las usuarias que ya habían retomado la actividad laboral, el 40% había cambiado la LME a demanda por LME con horarios, y el 20% había implementado alimentos sólidos y agua además del PD. El 40% restante corresponde a usuarias que no se reintegraron al trabajo aún y continúan con LME a demanda. Los resultados nos arrojan que de la población estudiada la reinserción laboral no afectó de forma relevante la exclusividad de la LM.

En cuanto al control del embarazo, la Guía en Salud Sexual y Reproductiva, "Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo,

parto y puerperio” (8) define como embarazo bien controlado aquel que fue captado entre las 12 y 14 semanas de gestación con un mínimo de 5 controles, de las usuarias integrantes del estudio se destaca que el 69% de los embarazos fueron captados precozmente y el 62% concurrieron entre 5 y 10 controles.

En cuanto al control del embarazo y alimentación del lactante a los 3 meses de vida se constata que el 31% de las usuarias que tuvieron entre 5 - 10 controles, continúan con LME, de las que concurrieron a más de 10 controles todas se encontraban con LME, mientras que las que tuvieron entre 1-4 controles presentaron abandono de la exclusividad, con esto se podría decir que el buen control del embarazo podría influir en el mantenimiento de la LME, en dicha población.

Sin embargo, no se logró identificar en la población estudiada que la concurrencia a clases de parto influyera en la información que poseían las usuarias sobre la adecuada técnica de amamantar, dado que el 70% que no concurrieron a clase de parto conocían la adecuada técnica.

Del 31% de las usuarias que poseían antecedentes de lactancia materna solo un 8% mantuvieron la exclusividad, lo que nos arroja que en la población estudiada este no fue un factor importante.

Haciendo hincapié en la información que poseían las usuarias acerca de los beneficios de la LME para el binomio, se destaca que el 44% que conocen el total de los mismos, mantienen la LME, mientras que el 56% que abandonó la exclusividad de la LM no poseía el total de la información y el 4% de las

usuarias que no tenían información de los beneficios, alimentan a sus hijos con PD más agua y alimentos sólidos.

No se identificaron factores biológicos que influyeran en la LME en dicha población.

Las principales limitaciones que presentó el estudio fueron el tamaño muestral y el posterior seguimiento de las usuarias, no obstante, estos resultados representan una aproximación de un tema relevante considerando la escasa literatura nacional sobre el mismo.

En conclusión se observó un descenso de la LME en el tercer mes de vida al igual que lo que se demuestra en múltiples investigaciones. Los factores que influyeron en el abandono de la lactancia materna fueron tanto psicológicos como socioculturales; en cuanto a los psicológicos el que se identificó fue la percepción materna de insuficiente producción de leche. De los culturales el que mayor predominó fue la implementación de alimentos para el lactante a los tres meses de vida seguido por la inclusión de alimentos que creían que aumentaba la producción de leche, siendo las usuarias procedentes de Cuba y de República Dominicana las que adoptaron dichas creencias.

En la población estudiada la reinserción laboral no influyó de forma desfavorable en el mantenimiento de la LME, al igual que con los antecedentes de lactancia y la concurrencia a clase de parto; sin embargo, sí lo hubo en lo que respecta al control del embarazo en cuanto a la exclusividad de la lactancia materna.

SUGERENCIAS

Sugerimos utilizar éste estudio como base para futuras investigaciones que impliquen un mayor tamaño muestral, ampliando el seguimiento hasta los seis meses de vida del lactante para evaluar si prevalece la LME.

Además, sería conveniente tomar más centros de referencia y trabajar en conjunto con el primer nivel de atención aplicando el Plan Aduana para el adecuado seguimiento del lactante.

Consideramos pertinente dado los resultados obtenidos que se realicen investigaciones en las que se vincule el control durante el embarazo y el mantenimiento de la LME. Además de incluir en el seguimiento de las usuarias inmigrantes otros factores que pueden influir en la exclusividad de la lactancia pudiendo ser uno de ellos el control posnatal.

También sería interesante investigar acerca de las consecuencias para los lactantes que implica la implementación de PPL y alimentos antes de los 6 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Ministerio de relaciones exteriores. Dirección General para Asuntos Consulares y Vinculación. Informe anual 2018, Residencias permanentes de nacionales del Mercosur y familiares de Uruguayos extranjeros. Ley 19.254. Montevideo: MRE, 2018. Disponible en: http://www.jnm.gub.uy/documentos.html [consulta: 29 Oct 2019].

2) López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Facultad Nacional de Salud Pública [Internet] 2013; 31 (1): 117-126. Disponible en: unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5079480 [consulta: 20 Ago 2019].

3) González I, Hoyos A, Torres I, González I, Romeo D, de León M. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2017; 39 (5): 1052-1060. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500005&lng=es [consulta: 27 Nov 2019].

4) Londoño A, Mejía M. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá - Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá

(Colombia) [Internet]. Año 2010; 9 (19): 124-137. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a09.pdf [consulta: 20 Oct 2019].

5) Flores E, Ponthot P. Lactancia materna y alimentación complementaria, situación en una población del área metropolitana de Buenos Aires. Diaeta [Internet]. 2017; 35 (158):16-22. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185273372017000100003&lng=es. [consulta: 27 Nov 2019].

6) Pino J, López M, Medel A, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Rev. Chil. Nutr. Vol. 40 [Internet]. Año 2013; 40 (1): 48-54. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182013000100008 [consulta: 20 Oct 2019].

7) República Oriental del Uruguay. Poder Ejecutivo. Ley N°19161 Modificación del subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad y subsidio para el cuidado del recién nacido. 2013. Disponible en: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013 [consulta: 26 Oct 2019].

8) Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División de Planificación Estratégica de Salud, Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Programa de Salud Integral de la Mujer. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Uruguay: MSP, 2014. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf [consulta: 30 May 2019].

9) Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Lactancia materna exclusiva. España: OMS; [s.d.]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ [consulta: 15 Set 2019].

10) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Qué hace UNICEF. [s.l.]: UNICEF; [s.d.]. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/lactancia-materna-mas-que-un-alimento [consulta: 26 Set 2019].

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1) Martínez-Locio L, Hermosilla M. Razones de abandono de lactancia materna en madres con hijos menores de 2 años. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet]. 2017; 15 (2): 73-78. Disponible en: http://scielo.iics.una.py//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282017000200073&lang=es [consulta 13 Ago 2019].

2) Jiménez R, Aillon M. Patrones de alimentación en menores de 2 años. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2013; 19 (1): 22-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000100004&lng=es [consulta: 20 Oct 2019].

3) Presidencia Gubernamental de Colombia. Ley N° 1823 de 4 de enero de 2017. [Internet]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1823_2017.htm [consulta: 29 Ago 2019].

4) Asamblea Nacional De La República Bolivariana de Venezuela. Ley N°. 38.763 del 6 de septiembre de 2007 Promoción y Protección de la Lactancia Materna. Internet. Venezuela. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1911/breastfeedingGaceta%20Oficial%20Nº%2038.pdf [consulta: 29 Oct 2019].

5) República de Chile. Ley N° 20545.Postnatal Parental. 2011. Disponible en: https://www.pwc.com/cl/es/eventos/assets/charla-proyecto-post-natal nov/nueva-ley-de-post-natal-parental-noviembre-2011.pdf [consulta: 15 Oct 2019].

6) Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Lactancia materna exclusiva. España: OMS; [s.d.]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ [consulta: 15 Set 2019].

7) Organización Panamericana de la Salud. Semana Mundial de la Lactancia Materna 2018: Pilar de la Vida. España: OPS, 2018. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14507:world-breastfeeding-week-20187&Itemid=41531&lang=es [consulta: 15 Set 2019].

8) Galleguillos S, Pinto, Gálvez P. Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: revisión temática y contexto en Chile. Rev. Int. salud materno fetal – yo obstetra [Internet]. 2016; 1 (7): 12-19. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consulta: 12 Jun 2019].

9) Araújo M, Santos M, Pereira M, Santos P, Mendes J. Experiências migratórias e intergeracionais sobre a amamentação no espaço familiar: um estudo de representações sociais. [Internet]. Set 2018; 18 (3): 287-297. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.4.) [consulta: 30 May 2019].

10) Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División de Planificación Estratégica de Salud, Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Programa de Salud Integral de la Mujer. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo,

parto y puerperio. Uruguay: MSP, 2014. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-ManualAtenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf [consulta: 30 May 2019].

11) Organización Mundial de la Salud. Acerca de la OMS. Quiénes somos y qué hacemos. [s.l.].: OMS; [s.d.]. Disponible en: https://www.who.int/about/es/ [consulta: 26 Set 2019].

12) Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Lactante, recién nacido. [s.l.].: OMS; [s.d.]. Disponible en: https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/ [consulta: 26 Set 2019].

13) Universidad Católica de Chile. Autocuidado en el ciclo vital. Escuela de enfermería [Internet]. Chile, 2003. Disponible en: http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/lactante/cic_frame.htm [consulta: 26 Set 2019].

14) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Qué hace UNICEF. [s.l.]: UNICEF; [s.d.]. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/qu%C3%A9-hace-unicef [consulta: 26 Set 2019].

15) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Qué hace UNICEF. [s.l.]: UNICEF; [s.d.]. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/lactancia-materna-mas-que-un-alimento [consulta: 26 Set 2019].

16) Aguilar M. Lactancia Materna. 1a. ed. España: Elsevier; 2005.

17) Ramiro M, Ortiz H, Cañedo-Argüelles C, Esparza M, Cortés O, Terol M, Ordobás M. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. An Pediatr (Barc) [Internet].

Año 2017: 1695-4033. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540331730314 [consulta: 26 Set 2019].

18) Linares A, Gómez M. Determinantes de la lactancia materna exclusiva en una muestra de inmigrantes latinas en los EEUU. J. Health med sci. 2018; 4 (1): 35- 43.

19) Diccionario de la Real Academia Española. Inmigrar. [Internet]. 2018. Disponible en: https://dle.rae.es/inmigrar [consulta: 21 May 2019].

20) Capezzuto, B. Díaz, A. La familia y sus crisis. Revista Uruguaya de Enfermería Tercera época volumen 3 Número 1 Mayo 2008.

21) Cultura Según Lévi-Strauss. Filosofía para la Buena Vida. [Internet] 2016. Disponible en: http://phylosophyforlife.blogspot.com/2016/02/una-cultura-segun-levi-strauss.html?m= [consulta: 26 Ago 2019].

22) A. Mondragón González, Interculturalidad, alteridad y Utopía [Internet] Disponible en: https://es.scribd.com/document/240056441/INTERCULTURALIDAD-Araceli-Mondragon-libre [consulta: 26 Sep 2019].

23) República Oriental del Uruguay. Poder Ejecutivo. Ley N°19161 Modificación del subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad y subsidio para el cuidado del recién nacido. 2013. Disponible en: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013 [consulta: 26 Oct 2019].

24) República Oriental del Uruguay. Poder Ejecutivo. Ley N° 17215 Trabajadoras en estado de gravidez o en período de lactancia. Derecho a obtener un cambio temporario de las actividades. 1999. Disponible en: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17215-1999/4 [consulta: 26 Oct 2019].

25) Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta méd. peruana [Internet]. 2011; 28 (4): 237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es [consulta: 12 Nov 2019].

ANEXOS

Anexo N°1 Protocolo de investigación.

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno-Infantil

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES QUE INCIDEN EN LA PERMANENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN INMIGRANTES

Docentes:

Tutora Prof. Adj. Mg. Lic. Enf. Cecilia Callorda

Prof. Adj. Esp. Lic. Enf. Ana Laura Ramón

Estudiantes:

Br. Laura Bálsamo

Br. Marcela Giacosa

Br. Roxana Gularte

Br. Verónica Rodríguez

Br. Romina Sena

Br. Fabiana Tito

Montevideo, diciembre de 2019

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción 33
Antecedentes 34
Resumen del proyecto 37
Planteamiento del problema 39
Fundamentación 41
Marco Teórico 43
Objetivos 50
General 50
Específicos 50
Metodología 51
Tipo de estudio 51
Universo 51
Muestra 51
Unidad de análisis 51
Unidad de observación 52
Criterios de inclusión 52
Criterios de exclusión 52
Recolección de datos 52
Procedimiento para garantizar aspectos éticos 66
Plan de análisis de los resultados 67
Referencias bibliográficas 68
Cronograma 74
Presupuesto 75
Anexos 76

INTRODUCCIÓN

El presente Protocolo de Investigación, es realizado por seis estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, pertenecientes a la Licenciatura de Enfermería, correspondiente al cuarto ciclo del plan 93, generación 2015.

La investigación que se desarrolla es a fin de conocer factores que inciden en la permanencia de la lactancia materna exclusiva en inmigrantes. La misma se desarrollará en dos instancias. En primer lugar en el Centro de Referencia Nacional en las salas de maternidad y en segundo lugar mediante contacto telefónico a los tres meses luego del primer encuentro. En el período comprendido del 15 de Agosto al 15 de Diciembre del 2019.

Para llevar a cabo esta investigación realizaremos un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y longitudinal. La muestra es de tipo no probabilístico por conveniencia y corresponderá al total de usuarias inmigrantes que se encuentren internadas en la institución en el período antes mencionado.

Para la recolección de datos aplicaremos un instrumento de nuestra elaboración, que se basa en un cuestionario semiestructurado a 20 usuarias que se encuentren cursando etapa de puerperio. Previamente solicitaremos su colaboración mediante el proceso de consentimiento informado, para su posterior seguimiento vía telefónica en una segunda instancia a los tres meses de vida del lactante.

ANTECEDENTES

Con la finalidad de identificar antecedentes relacionados al tema de la investigación, se realizó una búsqueda bibliográfica de investigaciones similares en los países que forman parte de Latinoamérica utilizando palabras claves como: lactancia materna exclusiva, inmigrantes, lactancia materna y abandono de LM (lactancia materna).

Se encontraron varias investigaciones sobre el tema a abordar realizadas en los países de la región, sin embargo nos llama la atención la ausencia de estudios de esta índole en nuestro país.

A continuación se detallaran los artículos encontrados explicitando cuáles fueron los factores que contribuyeron en el abandono de la LME (Lactancia Materna Exclusiva).

En estudios realizados en Colombia, Cuba y Chile, se destaca como factor principal para el abandono de la LME la hipogalactia, por ejemplo un artículo realizado en Cuba denominado “Abandono de la LME, causas y consecuencias” correspondiente al año 2015, establece que la principal causa de abandono de la LME es la hipogalactia en un 41.7% y que el mayor predominio de abandono de la LME se da a los 2 meses con un 38.4%, seguido con un 35.5% a los 3 meses de vida.(1).

En otra investigación realizada en Chile denominada “Factores que inciden en la duración de la LME” destaca que el abandono de la LME se da en un 45% por la hipogalactia (2).

En el estudio denominado “Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín” refiere que el abandono temprano de la LME ocurre 95,7% antes de los 4 meses de edad (3). Otro artículo realizado en Colombia, “Factores relacionados con LME e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo”, resalta como motivo principal del abandono de la LM la hipogalactia (4).

En Argentina, en la investigación “Lactancia materna y alimentación complementaria, situación en una población del área metropolitana de Buenos Aires” realizado en 2017, obtuvo como resultado que la incorporación del biberón entre el nacimiento y los 6 meses de vida del lactante se deben en un 50% a mitos, seguidos de un 25% a indicación médica y un 6.5% a trabajo y/o estudio de la madre (5).

Un estudio realizado en Paraguay, Asunción “Razones de abandono de lactancia materna en madres con hijos menores de 2 años” data que del total de las madres que habían suspendido la LM fueron el 52% de las encuestadas, siendo la principal razón la falta de leche correspondiendo al 23% del total (6).

En Bolivia el artículo denominado “Patrones de Alimentación en menores de 2 años” nos muestra que la cifra de LME es del 79%, destacando que los

niños continúan recibiendo leche materna luego de los 6 meses de vida, además de la alimentación complementaria en un 57% (7).

Es importante destacar que se buscaron artículos relacionados con la investigación en República Dominicana, Ecuador y Perú pero no se logró encontrar ninguno.

En cuanto a las leyes que rigen en los países anteriormente mencionados; en Colombia existe la Ley No. 1823 dictada el 4 de enero del 2017, la cual ampara la LM adoptando la estrategia de incorporar salas “Amigas de la Familia Lactante” en los entornos laborales (8).

En Venezuela existe la Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna que tiene por objeto de acuerdo al Art.1 "promover, proteger y apoyar la lactancia materna, como el medio ideal para la adecuada alimentación de los niños y niñas, a los fines de garantizar su vida, salud y desarrollo integral". El Estado, con la participación solidaria de las comunidades organizadas promoverá, protegerá y apoyará la LME, a libre demanda de los niños y niñas hasta los seis meses de edad (9).

Otro de los países que ampara la LME es Chile, con la Ley N° 20.545 denominada “Postnatal parental”; al analizar la tendencia de la LME en el período 2008-2011, se observa una disminución de la prevalencia hasta el año 2011 y luego un aumento de ésta hacia el año 2013. Esto podría ser explicado por las distintas medidas implementadas por el gobierno para promover la LM, entre ellas quizá la más importante, tanto en lo económico como en el

fortalecimiento de la dupla madre-hijo, fue la promulgación de la ley 20.545 en el año 2011, que extiende el período de postnatal de 12 a 24 semanas (10).

RESUMEN DEL PROYECTO

Este proyecto pretende conocer cuáles son los factores que inciden en la permanencia de la LME en inmigrantes, dado que en los últimos años se ha producido en nuestro país un crecimiento significativo de la inmigración. El Ministerio de Relaciones Exteriores, a través de la Dirección General para Asuntos Consulares y Vinculación y las Oficinas Consulares de la República, ha tramitado en el año 2018, 10861 residencias permanentes a inmigrantes pertenecientes al Mercosur, Estados parte y Asociados (11).

La selección del tema se basó en que la población que ingresa al país es mayoritariamente mujeres jóvenes, en edad laboral, de estudio y fértil (11), que se atienden en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

En nuestro país no existen estudios similares, motivo por el cual se plantea la investigación de dicho tema el cual nos brindará la posibilidad de conocer aquellos factores que influyen en el abandono de la LME en la población a estudiar.

A tal efecto nos planteamos ciertas hipótesis con el fin de poder validarlas o refutarlas con esta investigación:

La temprana reinserción laboral influye en la discontinuidad de la LME, la falta de información incide en el abandono de la LME, a mayor percepción de la madre de escasa producción de leche mayor abandono de la exclusividad de la LM, a los tres meses de vida disminuye en un 50% el mantenimiento de la LME, los factores culturales condicionan la LME, los factores psicológicos disminuyen la LME.

Para llevarlo a cabo realizaremos un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo, longitudinal, aplicaremos un instrumento de nuestra elaboración, que se basa en un cuestionario semiestructurado a 20 usuarias que se encuentren cursando puerperio. Previamente se realizará un proceso de consentimiento informado, para su posterior seguimiento vía telefónica en una segunda instancia a los tres meses de vida del lactante.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha producido en nuestro país un crecimiento significativo de la inmigración, se han tramitado en el año 2018, 10861 residencias permanentes de inmigrantes provenientes del Mercosur, Estados parte y Asociados. Se debe tener en cuenta además que la población que ingresa al país se trata en un 52% de mujeres en edad laboralmente activa y de procrear por lo que aumenta la importancia de tener información acerca de éste tema (11).

Al realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica utilizando palabras y términos claves, como “lactancia materna exclusiva”, “inmigrantes”, “lactancia materna” y “abandono de LM” no se encontró ninguna investigación sobre dicho tema en nuestro país. Por lo que entendemos de suma importancia conocer la realidad en el ámbito de la salud y específicamente la temática de la LME en estas nuevas culturas que traen consigo costumbres, religiones, tradiciones y valores, constituyendo un reto para el sistema de salud el cómo abordar esta población que aumenta cada año. Se debe destacar que al momento de realizar la búsqueda bibliográfica, no se encontraron estudios que mencionen cuáles son las costumbres que se presenta más frecuentemente en cada población.

En Uruguay se recomienda la leche materna exclusiva hasta los seis meses haciendo hincapié en los beneficios para el binomio, a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones que plantean

estrategias para promover la lactancia materna como el mejor alimento para el lactante por sus beneficios (12,13).

Se decide realizar la investigación acerca de los factores que inciden en la permanencia de la lactancia materna exclusiva en inmigrantes en la Maternidad del Centro de Referencia Nacional en el período comprendido entre agosto y diciembre de 2019 con una muestra de 20 mujeres inmigrantes provenientes de países latinoamericanos.

Estudios realizados en la región refieren que la mayor causa de abandono precoz de LME es la hipogalactia (1, 2 4, 6), pero también se deben tener en cuenta otros factores como la temprana inserción laboral (5), inadecuado apoyo de la familia, falta de información (14) y desapego, ya que éstos actúan como aspectos desfavorables según la OMS (12).

Teniendo en cuenta la información mencionada anteriormente, planteamos la siguiente pregunta problema:

¿Cuáles son los factores que inciden en la permanencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros tres meses de vida en hijos de mujeres inmigrantes, en el período comprendido entre agosto y diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay?

FUNDAMENTACIÓN

En los últimos años en la región de América del Sur han existido corrientes migratorias siendo Uruguay uno de los países en los que ha aumentado la llegada de inmigrantes; el Ministerio de Relaciones Exteriores, a través de la Dirección General para Asuntos Consulares y Vinculación y las Oficinas Consulares de la República, ha tramitado en 2018 10861 residencias permanentes a inmigrantes pertenecientes al Mercosur, Estados parte y Asociados, de las cuales Venezuela ocupa el primer lugar con 5448 solicitudes, seguida por Brasil 1880, Argentina 1484, Colombia 619, Perú 448, Chile 190, Paraguay 174, Bolivia con 100, y en último lugar Ecuador con 95 (11). Esto ha generado interrogantes sobre las prácticas de salud que traen consigo dicha población y cómo serán abordadas por las Instituciones sanitarias.

Investigaciones realizadas en la región han arrojado datos poco favorables en cuanto a la LME, habiendo un abandono de la misma antes de los seis meses de vida del lactante (3). En un estudio realizado en Brasil en el año 2018 denominado “Experiencias migratorias e intergeneracionales con respecto a la lactancia materna en el entorno familiar: un estudio de las representaciones sociales”, se destaca la vulnerabilidad que presenta la mujer en la etapa de puerperio y más aun siendo esta inmigrante, en donde lo

afectivo, la diversidad sociocultural y el territorio influyen en el proceso de amamantar (15).

Con este estudio se pretende investigar aquellos factores que inciden en la permanencia de la LME, indagando aspectos psicológicos y socioculturales que influyen en la continuidad de la misma, buscando abrir el abanico de interrogantes y posibles soluciones en otras investigaciones futuras. Del mismo se obtendrá información que será de gran utilidad al momento de abordar estas usuarias que, como ya se mencionó anteriormente, están en un estado de gran vulnerabilidad en donde el rol de la enfermería y la medicina es de gran importancia, siendo fundamental la consideración de los aspectos culturales dado que estos influyen en la LM. Los beneficiarios de dicha investigación serán primariamente los lactantes y las madres inmigrantes, y secundarios las familias de las mujeres inmigrantes y los integrantes del equipo de salud.

MARCO TEÓRICO

La adecuada orientación a la mujer y su familia en la etapa de la planificación del embarazo, el embarazo, parto y puerperio es fundamental para lograr que estas generen una experiencia positiva en la familia, disminuyendo posibles complicaciones (Anexo N°1) (16).

Desde el actuar de enfermería se aborda una atención integral, proporcionando la información adecuada, logrando la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. La participación de la pareja, familiares o acompañantes durante la gestación, nacimiento y puerperio debe ser considerada y promovida por el equipo de salud (16).

Esta atención comienza con la planificación del embarazo, el control del mismo y las clases de preparación del parto. De acuerdo a la Guía en Salud Sexual y Reproductiva, “Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio” del Ministerio de Salud, un embarazo bien controlado es aquel que fue captado entre las 12 y 14 semanas de gestación y con un mínimo de 5 controles durante el transcurso del mismo (16).

La OMS recomienda el desarrollo de 5 ideas, en el seguimiento de la mujer embarazada: la primera es educar, aconsejar y apoyar a la gestante, su pareja y su familia; la segunda idea trata de promover acciones preventivas, como la colpocitología oncológica, ácido fólico y vacuna antitetánica, seguido por pesquisar la aparición de síntomas y/o signos clínicos y/o paraclínicos de alarma. Además intentar el seguimiento del embarazo, diagnóstico y

tratamiento de afecciones en el centro de salud de preferencia de la usuaria, con la intención de provocar la menor cantidad de trastornos en la dinámica familiar; y la última idea pretende referir a la usuaria a centros de atención de mayor complejidad cuando esto sea conveniente (16).

En cuanto a las clases de preparación del parto son de suma importancia no sólo para el momento del parto, sino para la etapa posterior que implica la educación acerca de la LM y Puerperio. En dichos encuentros, los servicios de salud ofrecen una preparación e información oportuna para las mujeres y sus familias. Son instancias participativas, centradas en la mujer y su entorno, en la cual se brinda la oportunidad de expresar necesidades, experiencias y temores, evacuando posibles dudas (16).

Según la OMS, que es quien se encarga de la gestión de políticas sanitarias a escala global (17), define a la LME como un proceso mediante el cual el recién nacido se alimenta con la leche que produce su madre. Siendo este el mejor alimento para cubrir sus necesidades nutricionales, desde su nacimiento hasta los seis meses de vida, la misma se debe continuar hasta los 2 años con otros alimentos complementarios (12) (Anexo N° 2).

La OMS define al recién nacido como aquel qué tiene menos de 28 días de vida, estos primeros días son los que comprenden un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuada durante este período con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud (18).

El período que se extiende desde los 28 días hasta los 24 meses se lo denomina como lactante, subdividiéndose en dos etapas, lactante menor de los 28 días hasta los 12 meses y lactante mayor de los 12 meses hasta los 24 meses (19).

La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) siendo esta última un organismo que trabaja para promover los derechos de niños, niñas y adolescentes y generar oportunidades para que todos puedan alcanzar el desarrollo pleno de sus capacidades, en especial aquellos más vulnerables (20), recomiendan que la lactancia se inicie en la primera hora de vida, favoreciendo el vínculo para el binomio siendo un factor protector para la continuidad de la lactancia (12,21).

De acuerdo a la guía en Salud Sexual y Reproductiva “Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio” promover el contacto piel a piel entre madre e hijo de manera temprana permite una adecuada interacción entre ambos y favorece la adaptación de la vida extrauterina del neonato. Es importante que ambos se encuentren acompañados (16).

En la actualidad existen diversas razones sociales, económicas, culturales, así como la adopción de nuevos modos de vida que han hecho que en la sociedad sea de menor importancia esta práctica, lo que ha repercutido en la disminución de la prevalencia de la LM (22).

El abandono repercute no solo en el desarrollo físico del niño, sino también en el afectivo, pues retarda el establecimiento del lazo afectivo entre la madre y el recién nacido. La interrupción de la LM de forma brusca resulta un acontecimiento traumático para el niño, por lo que debe tratar de evitarse siempre que sea posible (22).

El éxito de la lactancia se basa en una buena información recibida antes del nacimiento y en aprender correctamente la técnica de la lactancia en los primeros días de vida (22) (Anexo N°3).

Existen diversas investigaciones sobre el nivel de conocimiento que poseen las madres acerca de LM, entre ellas “Factores que influyen en la disminución de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida: revisión temática y contexto en Chile” (2016), ésta vincula el abandono de la LME con un déficit de información sobre la misma durante el embarazo (14).

Sin embargo la causa de abandono que refieren con mayor frecuencia es la hipogalactia (1, 2, 4, 6), siendo ésta la percepción subjetiva de la madre de disminución o insuficiente producción de leche, presentándose de forma inicial o tardía. También existen crisis transitorias de la lactancia en donde la madre percibe que la leche materna es insuficiente (22).

Según estudios realizados en las Américas, se constata que la lactancia materna exclusiva disminuye aproximadamente en un 50% después de los tres meses (23,24).

Los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales son factores importantes en la salud de las mujeres gestantes y en los resultados maternos y perinatales, estos últimos tres aspectos juegan un rol relevante en relación a las madres inmigrantes con respecto a la lactancia materna y todo lo que ello conlleva (16).

Éste estudio abarca puérperas inmigrantes, considerando inmigrante a aquella persona que llega a un país diferente de aquel que procede con el objetivo de establecerse en él temporal o definitivamente según La Real Academia Española (25).

El puerperio es el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de las modificaciones producidas por el embarazo vuelven a su estado preconcepcional según lo establecido en la Guía de Salud Sexual y Reproductiva "Manual para la atención a la mujer en el proceso del embarazo, parto y puerperio" del Ministerio de Salud (16) (Anexo N°4).

La mujer durante el puerperio pasa, normalmente, por una serie de cambios psicológicos y emocionales relacionados entre otras cosas, al cansancio físico, el nuevo rol de mujer-madre, las expectativas que tenía con respecto a este rol, preocupación por su capacidad como madre y por el bienestar del recién nacido y molestias puerperales (16), entre un 50% y 80% de la mujeres presentan una tristeza llamada actualmente Baby Blues, la misma inicia en los primeros días luego del parto y cede aproximadamente a los 12 días, es considerado normal dada la situación de cambio que genera el nacimiento, para revertir esta situación es fundamental el apoyo emocional. Se

debe tener en cuenta además todo lo que conlleva insertarse en un nuevo país con una cultura, costumbres y valores diferentes a los de su país natal (26).

Levy - Strauss en el siglo XX define la cultura como “un conjunto de sistemas simbólicos en los cuales se coloca el lenguaje, las reglas matrimoniales, las relaciones económicas, el arte, la ciencia, la religión que tiende a expresar todos los aspectos de la realidad física y social” (27).

Otro término importante de destacar es el de interculturalidad siendo esta “la coexistencia de distintas culturas dentro de un mismo territorio, e incluso compartiendo un mismo marco jurídico, la interculturalidad apela a la relación simétrica y dialógica entre culturas diversas en un intento de conocimiento y aceptación, trascendiendo la simple tolerancia” (28).

La LM es contemplada no solo a nivel del sistema de salud, sino también desde el aspecto jurídico. En nuestro país existen diferentes leyes que amparan la LM, una de ellas es la Ley 19.161 “subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad” que trata sobre la reinserción laboral estableciendo en el Artículo N°2 que la mujer embarazada deberá cesar todo trabajo 6 semanas antes de la fecha probable del parto. Su reintegro laboral será 8 semanas posteriores al parto y las usuarias autorizadas por Banco de Previsión Social podrán variar estos períodos. En el Artículo N° 12 se establece que el subsidio se extiende hasta los 6 meses de edad del lactante. En el Artículo N° 13 se refiere que durante el período de subsidio al reintegrarse a las funciones laborales no podrá exceder la mitad del horario ni superar las 4 horas diarias (29).

La Ley Nº 17.215 “Normas que comprenden a toda trabajadora pública o privada que se encuentre en estado de gravidez o en período de lactancia”, establece en el Artículo N° 1 que tendrán derecho a obtener un cambio temporario de las actividades que desempeña, si las mismas, por su naturaleza o por las condiciones en que se llevan a cabo, pudieren afectar la salud de la progenitora o del hijo, con la salvedad de lo dispuesto en el Artículo N°3 de la presente ley. También establece en su Artículo N° 6 que finalizado el período de referencia la trabajadora deberá ser reintegrada a su función anterior salvo que por acuerdo de las partes se disponga lo contrario (30).

El Modelo de Lalonde establece que los determinantes de la salud se pueden clasificar en dos grupos: determinantes económicos, sociales y políticos; y los relacionados a la atención en salud englobando aquellos relacionados al estilo de vida, factores ambientales, aspectos genéticos y biológicos además de los determinantes vinculados con la atención sanitaria (31).

Abordando estos elementos podremos conocer la realidad de estas madres que residen en nuestro país y cómo influyen estos determinantes de la salud en la permanencia de Lactancia Materna Exclusiva.

OBJETIVOS

General

- Conocer los factores que inciden en la permanencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros tres meses de vida en hijos de mujeres inmigrantes en el período comprendido entre agosto y diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

Específicos

- Caracterizar a usuarias inmigrantes cursando puerperio.
- Conocer los factores socioculturales y psicológicos que inciden en el mantenimiento de la LME.
- Identificar la continuidad de la LME según el país de origen de las inmigrantes.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El estudio a realizar es de tipo cuantitativo, descriptivo y será llevado a cabo en las salas de maternidad del Centro de Referencia Nacional, buscando conocer los factores que puedan influir en la permanencia de la lactancia materna exclusiva de madres inmigrantes. Se plantea un estudio prospectivo longitudinal para conocer los cambios en la LME en los primeros 3 meses de vida del lactante.

Universo

El universo de estudio serán las mujeres inmigrantes en edad fértil, que se encuentren cursando la etapa de puerperio en el primer encuentro, internadas en las salas de Maternidad del Centro de Referencia Nacional, en el período comprendido entre el 15 de agosto al 15 de setiembre de 2019.

Muestra

Se tomará una muestra no probabilística por conveniencia de las mujeres inmigrantes que se encuentren internadas en el período de recolección de datos.

Unidad de análisis

Factores que inciden en la LME.

Unidad de observación

Mujeres inmigrantes que se encuentran cursando puerperio, que cumplan con los criterios de inclusión y se encuentren internadas en las salas de Maternidad del Centro de Referencia Nacional en el período antes mencionado.

Criterios de inclusión

- Mujeres inmigrantes.
- Mayores de 18 años.
- Cursando puerperio en el primer encuentro.
- Pertenecientes a ASSE.
- Mujeres que decidan participar del estudio.

Criterios de exclusión

- Usuarias que presenten patologías que contraindiquen la lactancia (HIV, VDRL, otras)
- Usuarias que hablen otro idioma que no sea español.

Recolección de datos

Se realizará en el período comprendido entre agosto y diciembre de 2019, donde se aplicará un cuestionario semiestructurado que será elaborado por las investigadoras (Anexo N°5), con posterior seguimiento a los 3 meses de vida del lactante.

El primer encuentro se realizará en la Maternidad del Centro de Referencia Nacional, durante la etapa de puerperio inmediato, se realizará un proceso de consentimiento informado (Anexo N° 6 y 7) en el que se le explicará a la usuaria de qué consta la investigación, y que tiene la libertad de retirarse de la investigación cuando ella lo desee. El mismo será llevado a cabo en el período comprendido entre el 15 de agosto y el 15 de setiembre de 2019. El tiempo aproximado de la entrevista es de 20 - 25 minutos.

En segunda instancia, pasados tres meses, se desarrollará un último contacto mediante comunicación telefónica, en donde se aplicará un segundo cuestionario semiestructurado elaborado por las investigadoras (Anexo N°8), indagando en las variables que se consideraron específicas del estudio. En el período comprendido entre noviembre y diciembre de 2019. El tiempo que se estima para el mismo es de 10 - 15 minutos.

Variables de estudio

Las variables que se incluyen en el estudio se dividen en:

- Variables de caracterización de la población tales como edad, procedencia, nivel de instrucción, estado civil, lugar de residencia, con quién vive, variables relacionadas a la ocupación, antecedentes obstétricos y antecedentes de lactancia materna.
- Variables específicas tales como: alimentación actual del lactante, información sobre LM, duración de LME, motivos del abandono de la misma, creencias de la LME en su país de origen, variables vinculadas a la atención de su embarazo (número de controles, captación precoz,

presencia de patologías durante el embarazo, concurrencia a clases de parto y tipo de parto), variables relacionadas a LM (contacto piel a piel, inicio de LM en sala de parto o block quirúrgico, información sobre lactancia materna). Tiempo de reinserción laboral. Información acerca de leyes que ampara la LM.

- Relación de variables:
  - Temprana reinserción laboral - Actualmente cómo alimenta a su hijo en el 2do encuentro.
  - Alimentación del lactante en el 2° encuentro- Información sobre beneficios para el binomio en el 1°encuentro.
  - Alimentación del lactante en el 1er encuentro - Alimentación del lactante en el 2do encuentro.
  - Procedencia - Alimentación actual de su hijo en el 2do encuentro
  - Procedencia - Incorporación de creencia de su país de origen.
  - Alimentación actual de su hijo en el 2do encuentro - Incorporación de creencia de su país de origen.
  - Buen control del embarazo (captación precoz y n° de controles) - Alimentación en 2° encuentro
  - Inicio de lactancia en sala de parto o BQ - Actualmente como alimenta a su hijo en 2do encuentro.
  - Concurrencia a clase de parto - Información acerca de la técnica de amamantar.
  - Antecedentes de LME - Alimentación actual de su hijo en el 2do encuentro.

Variables	Clasificación	Escala de medición	Categorías / Valores que asume	Análisis estadístico	Presentación de resultados	Definición Teórica	Definición operacional
Variables de caracterización							
1-Edad	Cuantitativa	Continua	19	Media, desviación estándar	Gráfica: Histograma	Período de tiempo de un individuo desde su mayoría de edad hasta la fecha actual en años.	Se les pregunta a todas las madres inmigrantes los años cumplidos al momento de la entrevista.
2- Procedencia	Cualitativa	Nominal Politómica	-Venezuela -Cuba -Perú -República Dominicana -Colombia -Argentina -Brasil -Chile	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	País de origen de las madres inmigrantes incluidas en el estudio.	Se les pregunta a todas las madres inmigrantes el país de donde provienen.
3-Nivel de Instrucción	Cualitativa	Ordinal	-Primaria Incompleta -Primaria Completa -Secundaria Incompleta -Secundaria Completa -Terciaria incompleta -Terciaria completa	Moda y frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Es el grado más elevado de estudios realizados y aprobados de todo individuo del sistema educativo.	Se les pregunta a todas las madres inmigrantes el último grado de educación aprobado.

4-Estado civil	Cualitativa	Nominal Politómica	-Soltera -Unión libre -Casada -Divorciada -Viuda	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Situación legal en relación a su pareja, qué indica el status actual de todos los individuos frente al registro civil.	Se les pregunta a todas las madres inmigrantes su actual situación legal en relación a su estado de pareja.
5-Lugar donde reside	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Montevideo -Interior	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Diagrama de sectores	Región demográfica en la cual residen las integrantes incluidas en el estudio.	Se les pregunta a todas las madres inmigrantes la región en donde viven.
6-Zona donde vive	Cualitativa	Nominal Politómica	-Centro -Cordón -C. Vieja -Jardines del Hipódromo -La Comercial -La Unión	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de Barras	Región demográfica en la cual residen las integrantes incluidas en el estudio.	Se les pregunta a todas las madres inmigrantes el barrio en donde viven.
7- Convivencia	Cualitativa	Nominal Politómica	-Sola E-n pareja -Familiares -Amigos -Hogar de madres -Residencia	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Personas que viven con la madre inmigrante.	Se le pregunta a todas las madres inmigrantes con quien viven.
8- Ocupación	Cualitativa	Nominal Politómica	-Trabajo formal -Trabajo informal -No trabaja	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Toda aquella actividad que realiza la	Se les pregunta a todas las madres inmigrantes

			-Desocupada -Estudiante			inmigrante de origen manual y/o intelectual a cambio de una compensación económica	si realiza alguna actividad remunerada actualmente.
8.1-Horas que trabaja	Cualitativa	Ordinal	-Medio horario. -Horario completo. -Horario extenso.	Moda, frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Número de horas que ejerce actividad laboral.	Se les pregunta a las madres inmigrantes qué horario realiza en su trabajo.
Antecedentes obstétricos							
9-N° de gestas	Cuantitativa	Discreta	-0 -1 - 2 -3 – 4 - 5	Media, desviación estándar	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Número total de embarazos de las mujeres pertenecientes al estudio, sin contar el embarazo actual.	Se les pregunta a las madres inmigrantes el número total de embarazos.
10-N° de hijos	Cuantitativa	Discreta	-0 -1 - 2 -3 – 4 - 5	Media, desviación estándar	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Número de hijos previos a la gesta actual de madres inmigrantes que pertenecen al estudio.	Se les pregunta a las madres inmigrantes el número total de hijos.
11-N° de partos vaginales	Cuantitativa	Discreta	-0 -1 - 2 -3 – 4 - 5	Media, desviación estándar	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Forma tradicional de parto en la que el bebé sale	Se les pregunta a las madres inmigrantes cuántos

						del útero hacia el exterior a través de la vagina.	partos vaginales tuvo, sin contar el actual.
12-N° de cesáreas	Cuantitativa	Discreta	-0 -1 - 2 -3 – 4 - 5	Media, desviación estándar	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Número total de incisiones en el abdomen para el nacimiento de uno o más bebés.	Se les pregunta a las madres inmigrantes cuántas cesáreas tuvo.
13-N° de abortos	Cuantitativa	Discreta	-0 -1 - 2 -3 – 4 - 5	Media, desviación estándar	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.	Se les pregunta a las madres inmigrantes el número total de abortos en caso de presentarlo.
14- Antecedentes de lactancia materna	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Recopilación de la información sobre la lactancia materna previa a la actual gesta.	Se les pregunta a las madres inmigrantes si tiene experiencia previa de lactancia materna.
Variables específicas							
15-	Cualitat	Nomin	-Si	Frecue	Tabla: FA,	Detección	Se les

Captación precoz	iva	al Dicotómica	-No	ncia	Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	del embarazo antes de las 12 o 14 semanas de gestación.	pregunta a las madres inmigrantes cuantas semanas de gestación presentaban al momento de la captación del embarazo.
16-N° de controles de embarazo	Cuantitativa	Discreta	-0 -1 - 4 -5 - 7 -8 – 12 - 13	Media, desviación estándar	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Número total de controles prenatales.	Se les pregunta a las madres inmigrantes el número de controles de embarazo realizados.
17- Presencia de patologías en el embarazo	Cualitativa	Nominal Politómica	-Diabetes gestacional - Hipertensión - Preeclampsia -Eclampsia -Placenta previa - Desprendimiento de placenta -Metrorragia -Otros	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Circunstancia en las cuáles las madres inmigrantes presentan trastornos anatomofisiológicos durante el embarazo.	Se les pregunta a las madres inmigrantes si presentaron patologías relacionadas al embarazo.
18- Intención de amamantar antes del nacimiento	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Madre inmigrante que piensa o se propone amamantar a su hijo/a previo a su	Se le pregunta a las madres inmigrantes si tenía la intención de amamantar antes del

						nacimiento .	nacimiento de su hijo/a.
19- Concurrencia a clase de partos	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Instancia en la que se prepara a la madre para el trabajo de parto.	Se les pregunta a las madres si concurrieron a clases de parto.
20- Acompañamiento durante el parto	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Presencia de acompañante al momento del parto.	Se les pregunta a las madres inmigrantes si estuvieron acompañadas en el momento del parto.
21- Contacto piel a piel	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Colocación del recién nacido desnudo sobre el pecho materno al momento del parto.	Se les pregunta a las madres inmigrantes si tuvo contacto piel a piel con su hijo/a en el momento del parto.
22-Inicio de lactancia en sala de parto	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Inicio de la lactancia materna en sala de partos.	Se les pregunta a las madres inmigrantes si inició la lactancia en sala de partos.
23- Cómo se informó sobre la lactancia materna.	Cualitativa	Nominal Politómica	-Centro de Salud -Entorno familiar -Redes sociales -Otros	Moda, frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Medio por el cual las usuarias obtienen la mayor información sobre	Se les pregunta a todas las madres inmigrantes cuál es la fuente por la

			-No sabe no contesta			lactancia materna.	cual obtuvo mayor información sobre lactancia materna.
24- Importancia de lactancia materna a demanda	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Consideración de la importancia que se le otorga a la lactancia materna exclusiva a demanda.	Se les pregunta a las madres inmigrantes si les parece importante la lactancia materna a demanda.
25-Tipo de alimentación	Cualitativa	Nominal Politómica	-Pecho directo exclusivo a determinadas horas -Pecho directo exclusivo a demanda -Complemento Pecho directo más complemento. -Leche de vaca	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Alimentación que recibe el neonato al momento de realizar la entrevista.	Se les pregunta a todas las madres inmigrantes cómo se alimenta el neonato.
26-Tiempo de estimación de lactancia	Cualitativa	Ordinal	-Hasta los 2 meses. -3 a 4 meses. -5 a 6 meses. -Más de 6 meses -No lo hará	Moda, Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Período determinado durante el qué la usuaria estimará el desarrollo de la lactancia materna.	Se les pregunta a las madres inmigrantes cuánto tiempo estiman dar de mamar.
27-	Cualitat	Nomin	-	Frecue	Tabla: FA,	Causas de	Se les

Motivos de abandono precoz	iva	al Politó mica	Enfermedad de la madre -Enfermedad del neonato -Deseo de no amamantar -Percepción de insuficiente producción de leche -Sustitución por complemento -Perjuicio de la sociedad -Estética -Angustia -No corresponde	ncia	Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	abandono de la lactancia materna exclusiva antes del tiempo que se considera necesario.	pregunta a las madres inmigrantes los motivos por los cuales abandonaron la lactancia materna.
28- Información sobre las leyes que amparan la lactancia materna en Uruguay	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Conjunto de saberes que poseen todas las madres inmigrantes sobre las Leyes que amparan la lactancia materna en nuestro país.	Se les pregunta a las madre inmigrantes si tiene información sobre las leyes existentes en Uruguay sobre lactancia materna.
29-Tiempo de reintegración al trabajo	Cualitativa	Ordinal	-Dentro de 1 mes -Dentro del 1er mes y el 3er mes -Después del 3er mes	Moda y Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Período determinado en el que la madre inmigrante estima que se reintegrará al trabajo.	Se les pregunta a las madres inmigrantes en cuanto tiempo se reintegrarán al trabajo.

30- Creencias de LME en país de origen	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Conjunto de principios ideológicos de un grupo de personas sobre la lactancia materna exclusiva	Se le pregunta a las madres inmigrantes si presentan creencias relacionadas a la LME en su país de origen.
31- Implementó creencias sobre lactancia	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No -¿Cuales?	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Llevar a cabo las creencias sobre lactancia que posee de su país de origen	Se les pregunta a las madres inmigrantes si implementaron creencias en cuanto a la lactancia materna, llevadas a cabo en su país de origen.
32- Diferencias de costumbres	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Práctica habitual de una persona arraigada de su país de origen qué se diferencian de Uruguay.	Se les pregunta a las madres inmigrantes si presentan costumbres en su país de origen diferentes a Uruguay en cuanto a la LM.
33- Beneficios para el lactante.	Cualitativa	Nominal Politómica	-Es más efectiva si se acompaña con complement	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras.	Conjunto de saberes que poseen las madres inmigrante	Se les pregunta a las madres inmigrantes si se encuentran

			o -Aporta nutrientes y agua necesarios -No tiene beneficios -Favorece el vínculo entre madre-hijo -Desconoce			s sobre el bien qué hace al neonato y lactante la lactancia materna exclusiva	informadas acerca de los beneficios de la LME para su hijo.
34- Beneficios maternos	Cualitativa	Nominal Politómica	-Es económica y no necesita preparación -Ayuda en la involución uterina -Es método anticonceptivo. -No tiene beneficios -Desconoce.	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras	Conjunto de saberes que poseen las madres inmigrantes sobre el bien qué le hace a la madre la lactancia materna exclusiva.	Se les pregunta a las madres inmigrantes si se encuentran informadas sobre los beneficios de la LME para las mujeres.
35- Realización de Técnica correcta	Cualitativa	Nominal Politómica	-Mano en forma de C, panza con panza y se debe escuchar deglutir (no chasquido). -Se debe escuchar chasquido y no se debe sostener la mama. -Se debe sostener la mama con los dedos índice y medio,	Frecuencia.	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: Gráfico de barras.	Conjunto de saberes que poseen las madres inmigrantes sobre la técnica correcta para amamantar	Se les pregunta a las madres inmigrantes si se encuentran informadas acerca de la técnica correcta de la LM.

			como tijera				
36- Experiencia positiva de lactancia	Cualitativa.	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Percepción de la mujer inmigrante de una experiencia óptima sobre la lactancia.	Se les pregunta a las madres inmigrantes si tienen una experiencia positiva actual de LM.
37- Complemento durante la internación	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Si -No	Frecuencia	Tabla: FA, Fr y Fr% Gráfica: diagrama de sectores	Administración de preparado para lactantes durante el período de internación	Se les pregunta a las madres inmigrantes si su hijo recibió complemento durante la internación.

PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

Como en toda investigación en primera instancia se solicitará el aval del Comité de Ética de la institución involucrada siendo en este caso la Maternidad del Centro de Referencia Nacional (Anexo N°9).

Este estudio involucra seres humanos por lo que se debe realizar el proceso de consentimiento informado con el fin de garantizar la protección de los aspectos éticos que este involucra.

Se procurará mantener en confidencial la identidad de las mismas por lo que se procederá a enumerar los cuestionarios para su análisis, evitando cualquier tipo de riesgo para los participantes de la investigación.

Se dejará explícito de forma verbal como también en el consentimiento informado que la usuaria tiene la libertad de acceder y abandonar la investigación en el momento que lo desee, sin generar ningún compromiso con los investigadores.

Se destaca que no existe beneficio económico para los investigadores ni participantes y tampoco implica riesgos que puedan afectar a las usuarias.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos de ambos cuestionarios serán sistematizados en 2 formularios electrónicos de Google elaborados por los investigadores y se los analizará utilizando el software de Microsoft Excel (programa de hoja de cálculo), agrupándolos en tablas de Frecuencia Acumulada (FA), Frecuencia Relativa (FR) y Frecuencia Relativa Porcentual (FR%). Se ilustrarán los resultados con la utilización de gráficas.

Se caracterizará a las usuarias, buscando determinar el perfil de la población que participó del estudio, utilizando las variables que se estipularon para hacerlo.

Se analizarán variables específicas para el estudio las cuales fueron elaboradas de acuerdo a las hipótesis planteadas y además se realizará una comparación de las mismas, lo que nos permitirá conocer los factores que pudieran influir en la permanencia de la LME en los primeros tres meses de vida del lactante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) González I, Hoyos A, Torres I, González I, Romeo D, de León M. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017; 39 (5): 1052-1060. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500005&lng=es [consulta: 27 Nov 2019].

2) Pino J, López M, Medel A, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Rev. Chil. Nutr. Vol. 40 [Internet]. Año 2013; 40 (1): 48-54. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000100008 [consulta: 20 Oct 2019].

3) López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Facultad Nacional de Salud Pública [Internet] 2013; 31 (1): 117-126. Disponible en: unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5079480 [consulta: 20 Ago 2019].

4) Londoño A, Mejía M. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá - Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia) [Internet]. Año 2010; 9 (19): 124-137. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a09.pdf [consulta: 20 Oct 2019].

5) Flores E, Ponthot P. Lactancia materna y alimentación complementaria, situación en una población del área metropolitana de Buenos Aires. Diaeta [Internet]. 2017; 35 (158):16-22. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372017000100003&lng=es. [consulta: 27 Nov 2019].

6) Martínez-Locio L, Hermosilla M. Razones de abandono de lactancia materna en madres con hijos menores de 2 años. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet]. 2017; 15 (2): 73-78. Disponible en: http://scielo.iics.una.py//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282017000200073&lang=es [consulta 13 Ago 2019].

7) Jiménez R, Aillon M. Patrones de alimentación en menores de 2 años. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2013; 19 (1): 22-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000100004&lng=es [consulta: 20 Oct 2019].

8) Presidencia Gubernamental de Colombia. Ley N° 1823 de 4 de enero de 2017. [Internet]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1823_2017.htm [consulta: 29 Ago 2019].

9) Asamblea Nacional De La República Bolivariana de Venezuela. Ley N°. 38.763 del 6 de septiembre de 2007 Promoción y Protección de la Lactancia Materna. Internet. Venezuela. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1911/breastfeeding-Gaceta%20Oficial%20N°%2038.pdf [consulta: 29 Oct 2019].

10) República de Chile. Ley N° 20545.Postnatal Parental. 2011. Disponible en: https://www.pwc.com/cl/es/eventos/assets/charla-proyecto-post-natal nov/nueva-ley-de-post-natal-parental-noviembre-2011.pdf [consulta: 15 Oct 2019].

11) Ministerio de relaciones exteriores. Dirección General para Asuntos Consulares y Vinculación. Informe anual 2018, Residencias permanentes de nacionales del Mercosur y familiares de Uruguayos extranjeros. Ley 19.254. Montevideo: MRE, 2018. Disponible en: http://www.jnm.gub.uy/documentos.html [consulta: 29 Oct 2019].

12) Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Lactancia materna exclusiva. España: OMS; [s.d.]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ [consulta: 15 Set 2019].

13) Organización Panamericana de la Salud. Semana Mundial de la Lactancia Materna 2018: Pilar de la Vida. España: OPS, 2018. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14507:world-breastfeeding-week-20187&Itemid=41531&lang=es [consulta: 15 Set 2019].

14) Galleguillos S, Pinto, Gálvez P. Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: revisión temática y contexto en Chile. Rev. Int. salud materno fetal – yo obstetra [Internet]. 2016; 1 (7): 12-19. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consulta: 12 Jun 2019].

15) Araújo M, Santos M, Pereira M, Santos P, Mendes J. Experiências migratórias e intergeracionais sobre a amamentação no espaço familiar: um estudo de representações sociais. [Internet]. Set 2018; 18 (3): 287-297.

Disponible en: http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.4.) [consulta: 30 May 2019].

16) Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División de Planificación Estratégica de Salud, Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Programa de Salud Integral de la Mujer. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Uruguay: MSP, 2014. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf [consulta: 30 May 2019].

17) Organización Mundial de la Salud. Acerca de la OMS. Quiénes somos y qué hacemos. [s.l.].: OMS; [s.d.]. Disponible en: https://www.who.int/about/es/ [consulta: 26 Set 2019].

18) Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Lactante, recién nacido. [s.l.].: OMS; [s.d.]. Disponible en: https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/ [consulta: 26 Set 2019].

19) Universidad Católica de Chile. Autocuidado en el ciclo vital. Escuela de enfermería [Internet]. Chile, 2003. Disponible en: http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/lactante/cic_frame.htm [consulta: 26 Set 2019].

20) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Qué hace UNICEF. [s.l.]: UNICEF; [s.d.]. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/qu%C3%A9-hace-unicef [consulta: 26 Set 2019].

21) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Qué hace UNICEF. [s.l.]: UNICEF; [s.d.]. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/lactancia-materna-mas-que-un-alimento [consulta: 26 Set 2019].

22) Aguilar M. Lactancia Materna. 1a. ed. España: Elsevier; 2005.

23) Ramiro M, Ortiz H, Cañedo-Argüelles C, Esparza M, Cortés O, Terol M, Ordobás M. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. An Pediatr (Barc) [Internet]. Año 2017: 1695-4033. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540331730314 [consulta: 26 Set 2019].

24) Linares A, Gómez M. Determinantes de la lactancia materna exclusiva en una muestra de inmigrantes latinas en los EEUU. J. Health med sci. 2018; 4 (1): 35- 43.

25) Diccionario de la Real Academia Española. Inmigrar. [Internet]. 2018. Disponible en: https://dle.rae.es/inmigrar [consulta: 21 May 2019].

26) Capezzuto, B. Díaz, A. La familia y sus crisis. Revista Uruguaya de Enfermería Tercera época volumen 3 Número 1 Mayo 2008.

27) Cultura Según Lévi-Strauss. Filosofía para la Buena Vida. [Internet] 2016. Disponible en: http://phylosophyforlife.blogspot.com/2016/02/una-cultura-segun-levi-strauss.html?m= [consulta: 26 Ago 2019].

28) A. Mondragón González, Interculturalidad, alteridad y Utopía [Internet] Disponible en: https://es.scribd.com/document/240056441/INTERCULTURALIDAD-Araceli-Mondragon-libre [consulta: 26 Sep 2019].

29) __República Oriental del Uruguay. Poder Ejecutivo. Ley N°19161 Modificación del subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad y subsidio para el cuidado del recién nacido. 2013. Disponible en: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013 [consulta: 26 Oct 2019].

30) República Oriental del Uruguay. Poder Ejecutivo. Ley N° 17215 Trabajadoras en estado de gravidez o en período de lactancia. Derecho a obtener un cambio temporario de las actividades. 1999. Disponible en: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17215-1999/4 [consulta: 26 Oct 2019].

31) Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta méd. peruana [Internet]. 2011; 28 (4): 237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es [consulta: 12 Nov 2019].

CRONOGRAMA

Mes		Descripción de las actividades
1	JUNIO 2018	Elaboración de Protocolo de investigación. Elaboración de la pauta de las entrevistas.
2	JULIO 2018	Elaboración de protocolo de investigación para PAIE. Elaboración de la pauta de las entrevistas. Elaboración de cartas para comité de ética.
3	ABRIL 2019	Elaboración de protocolo de investigación. Elaboración de la pauta de las entrevistas. Enviar cartas al Comité de Ética.
4	MAYO 2019	Espera de resolución de comité de ética.
5	JUNIO 2019	Espera de resolución de comité de ética.
6	JULIO 2019	Aprobación del comité de ética. Revisión bibliográfica. Elaboración de protocolo para TFI.
7	AGOSTO 2019	Aplicar primer cuestionario a usuarias del Centro de Referencia Nacional.
8	SEPTIEMBRE 2019	Procesamiento de datos del primer cuestionario.
9	OCTUBRE 2019	Procesamiento de datos del primer cuestionario.
10	NOVIEMBRE 2019	Aplicar segundo cuestionario telefónico.
11	DICIEMBRE 2019	Aplicar segundo cuestionario telefónico. Procesamiento de datos del segundo encuentro. Análisis de datos. Conclusión
12	ENERO 2020	Preparación para defensa de Tesis.

PRESUPUESTO

Materiales	Cantidad	Costo estimado

Block Hojas A4	4	$1000
Boletos	50	$2000
Lapiceras	50	$300
Cartuchos Epson XP201	4 colores	$2000
Tinta Canon G3000	4 colores	$2000
Brother DCP-T510W	4 colores	$2000
Carpetas	6	$450
Folios	Pack 200	$600
Nafta	38 litros	$2000
Biblioratos	6	$1000
Grapadora	1	$250
Poster	1	$1000
Banner	1	$3000
Pendrive 16gb	2	$1000
Encuadernado	6	$600
Materiales para presentación de Investigación Final (lunch, decoración)	Lunch para 20 personas aproximadamente	$2000
TOTAL		**$21.200**

ANEXOS

Anexo N°1: Implementación de las instancias de orientación a la mujer embarazada.

Los servicios donde se atienden mujeres embarazadas deberán garantizar los recursos humanos y materiales necesarios para brindar espacios de educación participativa, que incluya temas de interés para las mujeres y sus parejas u otro acompañante. La función de los mismos es brindar una

adecuada preparación e información a la mujer y su familia. Estas instancias participativas deberán estar centradas y adaptarse a cada mujer, pareja y familia, habilitando la expresión de necesidades, dudas, experiencias y temores. La mujer gestante, decidirá cuándo iniciará su preparación para la maternidad, y será el personal de salud el encargado de informarle sobre su derecho y posibilidad de participar de dichos espacios educativos, así como de cuáles son los beneficios de los mismos (16).

Se deberá formar un equipo básico de Obstetra Partera y Psicóloga/o para la preparación para la maternidad y paternidad. El mismo será coordinado por el profesional mejor capacitado dentro de la institución. Este equipo podrá contar con otros profesionales especializados en la temática como Lic. en Enfermería, nutricionista, odontólogo/a, médico/a, entre otros. Este equipo será el encargado de brindar apoyo y sostén, además de las herramientas educativas necesarias para llevar adelante estos procesos. Contenidos recomendados para la orientación durante el embarazo:

- Informar a la mujer y pareja o acompañante acerca de sus derechos y responsabilidades.
- Transmitir la importancia de la adquisición de comportamientos y conductas preventivas con la finalidad de disminuir la aparición de complicaciones.
- Informar sobre sintomatología que responde a condiciones fisiológicas, lo que podría disminuir la ansiedad, angustia y consultas innecesarias.
- Informar sobre cambios psicológicos y emocionales esperables durante el embarazo, parto y puerperio.

- Informar sobre sintomatología que podría corresponder a condiciones patológicas, lo que promoverá la consulta precoz y oportuna (16).

Anexo N° 2: Composición de la leche materna y ventajas de la lactancia materna exclusiva.

En cuanto a la composición de la leche humana, la misma es muy compleja, es específica de la especie biológica humana, se conocen muchos de sus elementos, aunque de algunos no se sabe exactamente cuál es su función. La leche de mujer se elabora según un patrón y un código genético humano, propios de nuestra especie. Su preparación se inicia poco después de la concepción, con cambios en el pecho materno tanto en tamaño como en coloración. Se considera que constituye a una de las primeras indicaciones físicas del embarazo. La glándula mamaria se modifica durante toda la gestación, pues aumenta el tejido adiposo; la producción de leche se inicia antes del parto y en el postparto inmediato se llega a evidenciar (22).

Está preparada por un lado, para los primeros días de vida en forma de calostro, en las siguientes semanas se conoce como leche de transición y a partir de la tercera semana y hasta más de dos años como leche madura. Las diferencias con la leche de vaca tienen carácter tanto cuantitativo como cualitativo ya que la leche humana está adaptada especialmente para las características del bebé. La leche humana no es un compuesto uniforme, sino una secreción con una composición variable; al comenzar cada toma es diferente a la que se produce al final, del mismo modo que el calostro es distinto a la leche de transición o a la leche materna. Además se ha podido comprobar que el contenido lácteo durante el día es diferente al de la noche. La

leche humana es única por su composición y por su formación, está adaptada a las necesidades del bebé, a su crecimiento y a sus defensas naturales (22).

Está evidenciado en todo el mundo que, en general, la lactancia materna disminuye la morbilidad, y en los países pobres además, reduce la mortalidad. Aporta beneficios significativos para la salud, nutricionales, inmunológicos, de desarrollo, psicológicos, sociales, económicos y ambientales a los niños, así como a las madres, a las familias y a toda la sociedad. Tiene numerosas ventajas para el binomio; los beneficios para el bebé pueden ser, nutritivos, pues ésta se adapta a las necesidades del mismo, ventajas digestivas que favorecen la motilidad del tracto digestivo disminuyendo los vómitos, diarreas, regurgitaciones y reflujo. Las inmunológicas reducen el riesgo de infecciones y alergias como asma, eccema y eritema; y las metabólicas incluyen menor sobrecarga renal y menor tendencia a la deshidratación. A éstas se han de añadir las derivadas del vínculo materno infantil que es más intenso y duradero (22). La lactancia prolongada se ha calificado como la alimentación que protege al bebé del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

En cuanto a las ventajas para la madre, en el puerperio la involución uterina es más rápida debido a la producción de oxitocina liberada a partir de la succión y, como consecuencia de ello se produce un menor sangrado post parto, lo que da lugar a que las madres presenten menos anemias, al quedar protegidas de sus reservas de hierro, además la producción de ésta hormona previene las depresiones post parto ya que desencadena un efecto tranquilizador y de bienestar favoreciendo el sentimiento materno de

protección. Otro beneficio es que en las madres que amamantan el cáncer de mama es menos frecuente (22).

Anexo N°3: Técnica correcta de lactancia.

Sostener 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 el neonato abra la boca introducir el pezón y la areola. Los labios del neonato deben estar totalmente separados, es importante que permanezcan evertidos (boca de pececito). Permita al neonato la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto. 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. Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica (22).

<u>Tipos de posición:</u>

- 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 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 caso 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 mamas 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. La madre se coloca con la espalda recta, hombros relajados y un taburete o reposa pie para evitar la orientación de los muslos hacia abajo. El neonato mirando a la madre y barriga con barriga, colocando la almohada o cojín debajo para acercarlo al pecho de la madre, si fuera necesario (no el pecho al neonato).

Signos de inadecuada posición (22):

- Hundimiento de las mejillas, en este caso el neonato no está mamando, está succionando.
- Dolor y grietas en el pezón debido a 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.
- 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 quince veces y dura más de quince minutos.

Duración y frecuencia entre las lactadas.

El tiempo que cada neonato necesita para completar una lactada es diferente para cada neonato y para cada madre; varía según la edad y de una toma a otra. Tanto el número de lactadas que el neonato realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una es variable por tanto no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer pecho a demanda (22).

Un neonato puede desear amamantar a los quince minutos de haber realizado una lactada o por el contrario tardar más de cuatro horas en pedir la siguiente, aunque al principio, es conveniente intentar que el neonato haga al menos ocho tomas en 24 horas. No es aconsejable limitar la duración de cada lactada, lo ideal es que el neonato tome de una mama y vacíe completamente ésta. Por lo cual se sugiere alternar entre una mama y otra para evitar complicaciones (22).

Anexo N° 4: Etapas del puerperio.

Desde el punto de vista clínico podemos distinguir entre:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 hs post parto.
- Puerperio mediato: comprende desde las 48 hs hasta el séptimo día post parto.
- Puerperio tardío: comprende desde el día 11 hasta el día 42 post parto.
- Puerperio alejado: se extiende desde el día 43 post parto y no más allá de 1 año.(16)

Anexo N°5: Instrumento N°1 para la recolección de datos en el Centro de Referencia Nacional.

INSTRUMENTO Nº 1

Montevideo, _____ de _____ del 201___

Cuestionario N°____

Hospital: _____ Sector: _____ Cama: _____

Iniciales: _____

Teléfonos de contacto: _____/_____

1-Edad: _____

2-Procedencia: _____

3-Nivel de instrucción:

- Primaria incompleta (__)
- Primaria completa (__)
- Secundaria incompleta (__)
- Secundaria completa (__)
- Nivel terciario (__)
    - Instituto de Educación Superior incompleto
    - Instituto de Educación Superior completo
    - Universidad incompleta:
    - Universidad completa:
    - Otros: _____ Especificar:

4-Estado civil:

- Soltera (__)
- Concubinato (__)
- Casada (__)
- Divorciada (__)
- Viuda (__)

5-Lugar donde reside:

- Montevideo (__)
- Interior(__)

6-Zona en la que vive: _____

7-¿Con quién vive?

- Sola (__)
- En pareja (__)
- Familiares (__)
- Amigos (__)
- Hogar de madres (__)
- Residencia (__)

8-Ocupación:

- Trabajo formal (__)
- Trabajo informal (__)
- Desocupada (__)
- Estudiante (__)
- No Trabaja (__)

8.1-Si trabaja, ¿Cuántas horas trabaja? _____

Antecedentes obstétricos:

9-Número de gestas:

10-Número de hijos:

11-Número Partos vaginales:

12-Número Cesáreas:

13-Número de Aborto:

Embarazo Actual:

14- Captación precoz

- SI (__)
- NO(__)

15-Número de controles: _____

16-Alguna patología durante el embarazo:

- Diabetes gestacional (__)
- Hipertensión arterial (__)
- Preeclampsia (__)
- Eclampsia (__)
- Placenta previa (__)
- Desprendimiento de placenta (__)
- Metrorragia (__)
- Otros_____
- No presentó (__)

17-¿Tenía pensado amamantar desde antes del nacimiento?

- Si (__)
- No (__)

18-En el caso de respuesta negativa, ¿por qué?

- Estética (__)
- Miedo al dolor (__)
- Prejuicios de la sociedad (__)
- Experiencias anteriores negativas (__)
- Sentimiento de incapacidad de amamantar (__)
- No siente deseo de hacerlo (__)

- Por factores biológicos (problemas de salud) (__)
- No contesta (__)

19- ¿Concurrió a clases de parto?

- Si (__)
- No (__)

20-Fecha de parto: _____

21-Estuvo acompañada durante el parto

- Si (__)
- No (__)

Lactancia materna:

22-En cuanto a la lactancia materna, ¿Cuáles 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 cantidad de nutrientes y vitaminas que el bebé necesita para cada etapa de su vida (__)
d. No sabe/no contesta (__)

23-Antecedentes de lactancia materna

- Si (__)
- No (__)

24-Contacto piel a piel al nacimiento

- Si (__)
- No (__)

25-¿Inició la lactancia en sala de parto o block quirúrgico?

- Si (__)

- No (__)

26-¿Cómo se informó sobre la lactancia?

- Centro de salud (__)
- Entorno familiar (__)
- Redes sociales (__)
- Otros (__) Especificar _____
- No sabe/no contesta (__)

27- Actualmente como alimenta a su hijo:

- Pecho directo exclusivo a determinadas horas(__)
- Pecho directo exclusivo a demanda(__)
- Complemento(__)
- Ambas(__) (Pecho directo + complemento)
- Leche de vaca(__)

28-En caso de abandono precoz: ¿Qué motivos la llevaron a tomar esa decisión?

- Enfermedad de la madre (__)
- Enfermedad del neonato (__)
- Deseo de no amamantar (__)
- Percepción de insuficiente producción de leche (__)
- Sustitución por complemento (__)
- Prejuicio de la sociedad (__)
- Estética (__)
- Angustia (__)
- No corresponde (__)

29-¿Hasta cuándo cree que alimentará a su hijo con pecho directo exclusivo?

- Hasta los 2 meses (__)
- 3 a 4 meses(__)
- 5 a 6 meses(__)

- Más de 6 meses(__)
- No lo hará(__)

30-¿Cree importante realizar la lactancia materna exclusiva a demanda?

- Si (__)
- No (__)

31-¿Conoce las leyes laborales que amparan la lactancia materna en Uruguay?

- Si(__)
- No(__)

32-¿En cuánto tiempo cree reintegrarse al trabajo?

- Dentro de 1 mes(__)
- Dentro del 1er mes y el 3er mes(__)
- Después del 3er mes(__)

Con respecto a los Factores culturales

33-¿Existe alguna creencia en su país natal, sobre la lactancia materna?

- Si(__)
- No(__)
- ¿Cual?:_____

34-¿Adoptó alguna creencia, que se realiza en su país natal?

- Si(__)
- No(__)
- ¿Cual?_____

35-¿Considera que hay diferencias en su país natal con respecto a Uruguay sobre la lactancia materna? Si ____ ¿Cuáles?_____ No _____

Conocimiento sobre lactancia materna

36-¿Qué beneficios cree que aporta la lactancia a su bebé?

a. Es más efectiva si se acompaña con complemento (__)

b. Aporta nutrientes y agua necesarios (__)

c. No tiene beneficios (__)

d. Favorece el vínculo entre madre-hijo (__)

e. Desconoce (__)

37-¿Qué beneficios cree que le aporta a usted?

a. Es económica y no necesita preparación (__)

b. Ayuda en la involución uterina (__)

c. Es método anticonceptivo (__)

d. No tiene beneficios (__)

e. Desconoce (__)

38-¿Cuánto tiempo debe lactar su hijo?

a. 5 minutos (__)

b. 15 minutos (__)

c. 15 min en cada mama (__)

d. 30 minutos (__)

e. No sabe, no contesta (__)

39-¿Cómo debe ser el correcto acople para dar de amamantar?

a. Mano en forma de C, panza con panza y se debe escuchar deglutir (no chasquido) (__)

b. Se debe escuchar chasquido y no se debe sostener la mama (__)

c. Se debe sostener la mama con los dedos índice y medio, como tijera (__)

d. No sabe no contesta (__)

Anexo N°6: Consentimiento informado proporcionado a las usuarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Montevideo, _____ de _____ de 201 __

Le invitamos a participar en la investigación "Factores que inciden en permanencia de la lactancia materna exclusiva en inmigrantes", que tiene como objetivo conocer los factores que inciden en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los tres meses de vida en mujeres inmigrantes. Dicha investigación se llevará a cabo por seis estudiantes pertenecen a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República quienes presentaron el proyecto en el marco del Programa de Apoyo a la Investigación Estudiantil (PAIE) promovido por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC).

Como parte de la investigación, estamos realizando una encuesta que nos permitirá alcanzar el objetivo planteado. Los resultados servirán para identificar necesidades y problemas y en base a estos proponer recomendaciones.

Su colaboración es muy importante para nosotros y si acepta participar se le hará una entrevista a continuación, que tendrá una duración aproximada de 20 minutos. Posteriormente nos volveremos a comunicar con usted telefónicamente dentro de 3 meses para conocer cómo sigue alimentando a su hijo/a. La participación es voluntaria y no remunerada.

Al participar en el estudio tiene garantizados los siguientes derechos:

1. La información que usted nos brinde será usada de forma absolutamente confidencial y sólo en el marco de esta investigación.

2. Podrá retirarse del estudio en cualquier momento, si así lo desea solicitándolo vía telefónica o por correo electrónico a los contactos que figuran al final de este consentimiento, sin que esto repercuta en su atención médica y sin que tenga que dar explicación alguna.

3. Tendrá garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda que usted tenga sobre la investigación.

Después de haber recibido y comprendido las informaciones necesarias, consciente de mis derechos y habiendo aclarado todas mis dudas, estoy de acuerdo en participar en el estudio y otorgo mi consentimiento para ser entrevistada.

Participante: _____

Documento de identidad: _____

Firma: _____

Estudiante: _____

Documento de identidad: _____

Firma: _____

Contactos:

- Verónica Rodríguez
- Karen Gularte

Anexo N°7: Detalle de la explicación a las usuarias.

DETALLE DE EXPLICACIÓN A USUARIAS

Comenzaremos el encuentro, con un saludo y posterior presentación ante la usuaria "Hola, buenas tardes/buenos días, soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y estoy realizando junto a un grupo de 5 compañeras una investigación con fines educativos".

A cada usuaria se le proporcionará información acerca del proyecto y se responderán aquellas inquietudes que surjan en el momento, y se dejará en claro que nuestro fin conocer aquellos factores que inciden en su experiencia sobre la lactancia materna exclusiva.

Se aclarará la confidencialidad: "La información que usted nos brinde al igual que sus datos personales serán confidenciales, es decir, que garantiza el acceso sólo a las personas autorizadas".

Se le explicará en qué consiste su participación: "Le realizaremos preguntas que iremos completando en un formulario en base a sus respuestas". "Luego de este encuentro, nos comunicaremos vía telefónica a los 3 meses de vida de su hijo/a, para conocer de qué forma continua alimentándose, por lo que necesitaremos tener uno o dos teléfonos de contacto".

"Si usted acepta participar se le entregará un consentimiento informado, documento en cual usted autoriza voluntariamente su intención de participar en el proyecto. Previamente debe de haber comprendido la información que le hemos brindado acerca de los objetivos del estudio, sus derechos y responsabilidades; es importante destacar que en el caso de que acepte participar puede detener la misma sin inconvenientes."

¿Tiene alguna duda respecto a lo que le hemos planteado?

¿Deseas participar?

Anexo N°8: Instrumento N°2 para la recolección de datos mediante comunicación telefónica.

INSTRUMENTO N°2

Montevideo, _____ de _____ del 201___

Cuestionario N°____

Iniciales: _____

Segundo momento, 3 meses del nacimiento del lactante (comunicación telefónica)

1- Estado civil:

- Soltera (__)
- Concubinato (__)
- Casada (__)
- Divorciada (__)
- Viuda (__)

2-¿Con quién vive?

- Sola con su hijo (__)
- En pareja (__)
- Familiares (__)
- Amigos (__)
- Hogar de madres (__)
- Residencia (__)

3-¿Retorno al ámbito laboral?

- Si (__)
- Medio horario (__)
- Horario completo (__)
- No (__)

3.1- En caso de respuesta afirmativa ¿Hace cuánto? _____

3.2- En caso de respuesta negativa ¿En cuánto tiempo cree reintegrarse al trabajo?

- Dentro de 1 mes (__)
- Dentro del 1er mes y el 3er mes (__)
- Después del 3er mes (__)

3.3- ¿Está buscando trabajo?

- Si (__)
- No (__)

4- ¿Su lugar de trabajo tiene espacio para amamantar o extraerse leche?

- Si (__)
- No (__)

5- ¿Calificaría su experiencia actual con la lactancia como positiva?

- Si (__)
- No (__)

6-En caso respuesta negativa: ¿por qué?

_____

_____

7-¿Amamantó a su hijo sólo con leche materna?

- Si (__)
- No (__)

7.1-¿Hasta cuándo lo amamantó?_____

7.2- Actualmente como alimenta a su hijo:

- Pecho directo exclusivo a determinadas horas (__)
- Pecho directo exclusivo a demanda (__)
- Complemento (__)
- Ambas (__)
- Leche de vaca (__)
- Además de leche, alimentos sólidos y agua (__)

8-En caso de abandono ¿Qué motivos la llevaron a tomar esa decisión?

- Enfermedad de la madre (__)
- Enfermedad del neonato (__)
- Deseo de no amamantar (__)
- Percepción de insuficiente producción de leche (__)
- Sustitución por complemento (__)
- Prejuicio de la sociedad (__)
- Estética (__)
- Angustia (__)
- No corresponde (__)
- Otro,

8.1- En caso de seleccionar otro ¿cuál?_____

9- ¿Su hijo recibió preparado para lactantes durante la internación?

- Si (__)
- No (__)

9.1- Al alta se retiró con latas preparado para lactantes a su domicilio

- Si (__)
- No (__)

10-¿Hasta cuándo cree que alimentará a su hijo con pecho directo exclusivo, en el caso de que sea exclusivo?

- Menos de 6 meses (__)
- Hasta los 6 meses (__)
- Más de 6 meses (__)
- Hasta que el lactante deje de mamar (__)
- No corresponde el lactante no se encuentra con PDE (__)

11-¿Cree importante realizar la lactancia materna exclusiva a demanda?

- Si (__)
- No (__)

12-¿Conoce las leyes laborales que amparan la lactancia materna en Uruguay?

- Si (__)
- No (__)

Con respecto a los Factores culturales

13-¿Adoptó alguna creencia, que se realiza en su país natal?

- Si (__)
- No (__)
- ¿Cuál?:_____

Anexo N°9: Carta de solicitud de aprobación de ejecución del proyecto por el Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

A: Comité de ética Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).
De: Grupo de estudiantes Facultad de Enfermería, UdelaR.
Asunto: Solicitud de autorización para ejecutar investigación en el servicio de maternidad del CHPR

Montevideo, ____de abril de 2019

Estimados integrantes del Comité de ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell:

Somos seis estudiantes de la Licenciatura en Enfermería correspondientes al Plan 1993, generación 2015, pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Nos dirigimos a ustedes dado que en el marco del Programa de Apoyo a la Investigación Estudiantil promovido por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), se nos aprobó la financiación de un proyecto de investigación denominado "Factores que inciden en la permanencia de la lactancia materna exclusiva en inmigrantes". Sería de nuestro interés realizar la investigación en el servicio de Maternidad del CHPR por lo cual solicitamos autorización del comité. Este proyecto será tutorado por las docentes Asist. Lic. Enf. Esp. Ana Laura Ramón y Prof. Adj. Mg. Cecilia Callorda.

Adjuntamos el protocolo de investigación aprobado por CSIC, la documentación probatoria de lo mencionado, formularios de recolección de datos, modelo de consentimiento informado y detalle de lo que se planteará a las usuarias.

Sin más, agradecemos y quedamos a la espera de una respuesta favorable.

Saludan atentamente.

Verónica Rodríguez
Karen Gularte

Anexo N°2: Aprobación del comité de Ética del Centro de Referencia Nacional.

asse

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 8 de Junio

RANTES

edora:
ra. Gabriela Garrido

atriz Cerubi
o Cuturi
riana Malet.
María del Carmen Canevessi
ja Larrosa.
arm. Fernando Arturez.
Scheley Santos.
j. Dr. S. Scasso.
j. Dra. Fernanda Gomez
. Ruben Garcia.

ria
rt. Julio Nathalie Carrobra
ética.investigacion@gmail.com

ión de Protocolos
n General del
Hospitalario Pereira Rossell
- Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
jas 1550 C.P. 11600
s.pereirarossell@asse.com.uy
deo - Uruguay

A: Dirección General del Centro Hospitalario Pereira Rossell Dra. Victoria Lafluf

De: Integrantes del Comité de Ética en investigación

Por la presente se deja constancia que el Comité de en Investigación considera en relación al proyecto," **FACT QUE INCIDEN EN LA PERMANENCIA DE LA LACTA EXCLUSIVA EN INMIGRANTES".** Resp. Karen Gulart Verónica Rodriguez y otros. Fac. de Enfermería.

Es importante tener en cuenta que este Comité encuentra dentro del marco institucional ASSE. En ese sentido no existe inconvenientes para su aprobación, e que, las autoras refieren que harán un seguimiento en nivel o Plan Aduana. En ese sentido, este Comité le sol incluir el aval para su realización en la RAP.

Sin más, saluda a Ud. muy atentamente

Prof. Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora

Comité de Ética en Investigación
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tel/Fax: +(598) [illegible]
[illegible]

Anexo N°3: Carta de conformación del tribunal

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Montevideo, 3 de febrero de 2020

Solicitud de Defensa de TFI

Departamento de Educación:

Por medio de la presente, nos dirigimos a Uds. para solicitar Conformación del Tribunal de Defensa para el Trabajo Final de Investigación.

El mismo fue desarrollado en el Departamento de Materno Infantil, siendo las tutoras la Prof. Adj. Mg. Cecilia Callorda y Prof. Adj. Esp. Ana Laura Ramón.

Somos estudiantes cursantes de Generación 2015 y el título del estudio "Factores que inciden en la permanencia de la lactancia materna exclusiva en inmigrantes".

Sin más agradecemos.

Saluda atentamente.

Estudiante.	Cédula de identidad.	Firma.
Bálsamo Laura.		
Giacosa Marcela.		
Gularte Karen.		
Rodríguez Verónica.		
Sena Romina.		
Tito Fabiana.		

Anexo N° 4: Carta de renuncia a los 10 hábiles para la conformación del tribunal

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Materno Infantil

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Montevideo, 3 de Febrero de 2020

Solicitud de Renuncia de los 10 días hábiles.

Departamento de Educación:

Por medio de la presente, nos dirigimos a Uds. para solicitar la Renuncia a los diez días hábiles para la defensa del Trabajo Final de Investigación.

El mismo fue desarrollado en el Departamento de Materno Infantil, siendo las tutoras la Prof. Adj. Mg. Cecilia Callorda y Prof. Adj. Esp. Ana Laura Ramón.

Somos estudiantes cursantes de Generación 2015 y el título del estudio "Factores que inciden en la permanencia de la lactancia materna exclusiva en inmigrantes".

Sin más agradecemos.

Saluda atentamente.

Estudiante.	Cédula de identidad.	Firma.
Bálsamo Laura.	[redacted]	[redacted]
Giacosa Marcela.		
Gularte Karen.		
Rodríguez Verónica.		
Sena Romina.		
Tito Fabiana.		

Anexo N°5: Tablas y graficas de variables.

RESULTADOS DE LA CARACTERIZACIÓN

Tabla N°1: Distribución de las usuarias según edad, agosto - setiembre de 2019 Montevideo, Uruguay.

Edad	FA	FR%
19	4	31
21	1	7,6
22	2	15
23	1	7,6
24	1	7,6
28	1	7,6
29	1	7,6
30	1	7,6
38	1	7,6
Total	**13**	**100**

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°1: Distribución de las usuarias según edad, agosto - setiembre de 2019 Montevideo, Uruguay.

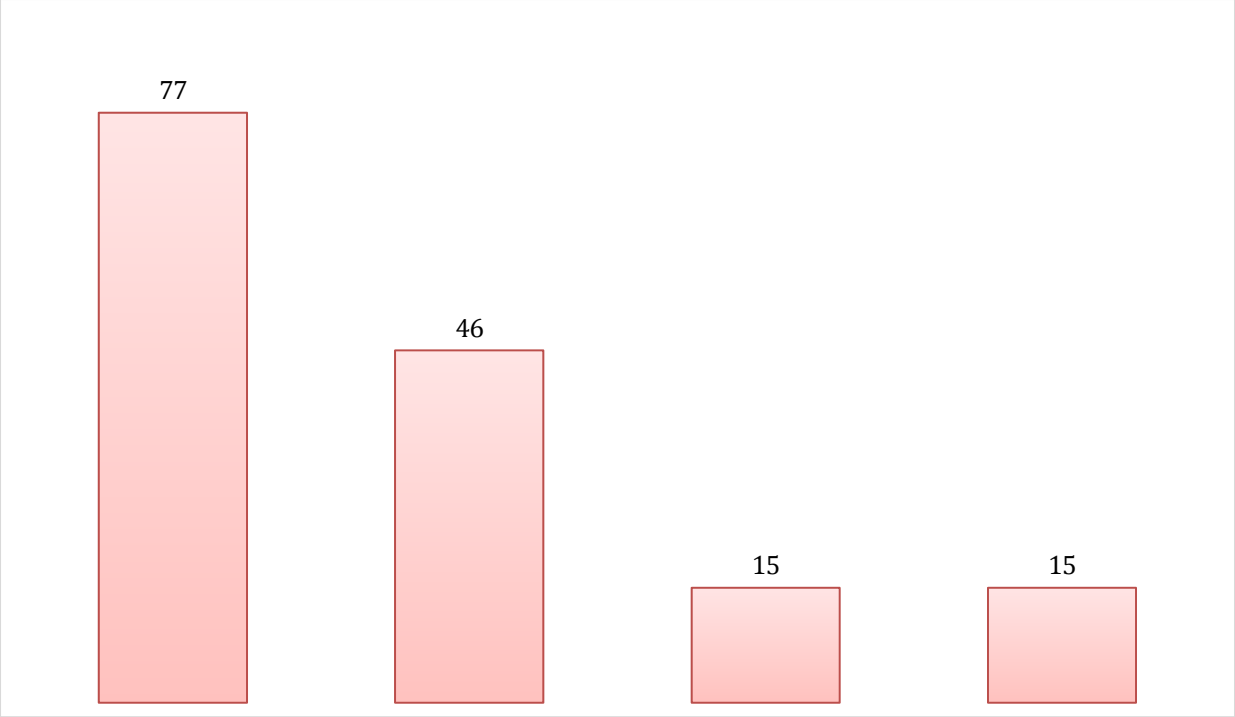
Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°2: Distribución de las usuarias según procedencia, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

PROCEDENCIA	FA	FR	FR%
Cuba	6	0,46	46
República Dominicana	3	0,23	23
Colombia	1	0,08	8
Argentina	1	0,08	8
Paraguay	1	0,08	8
Venezuela	1	0,08	8
TOTAL	13	1,01	101

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°2: Distribución de las usuarias según procedencia, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



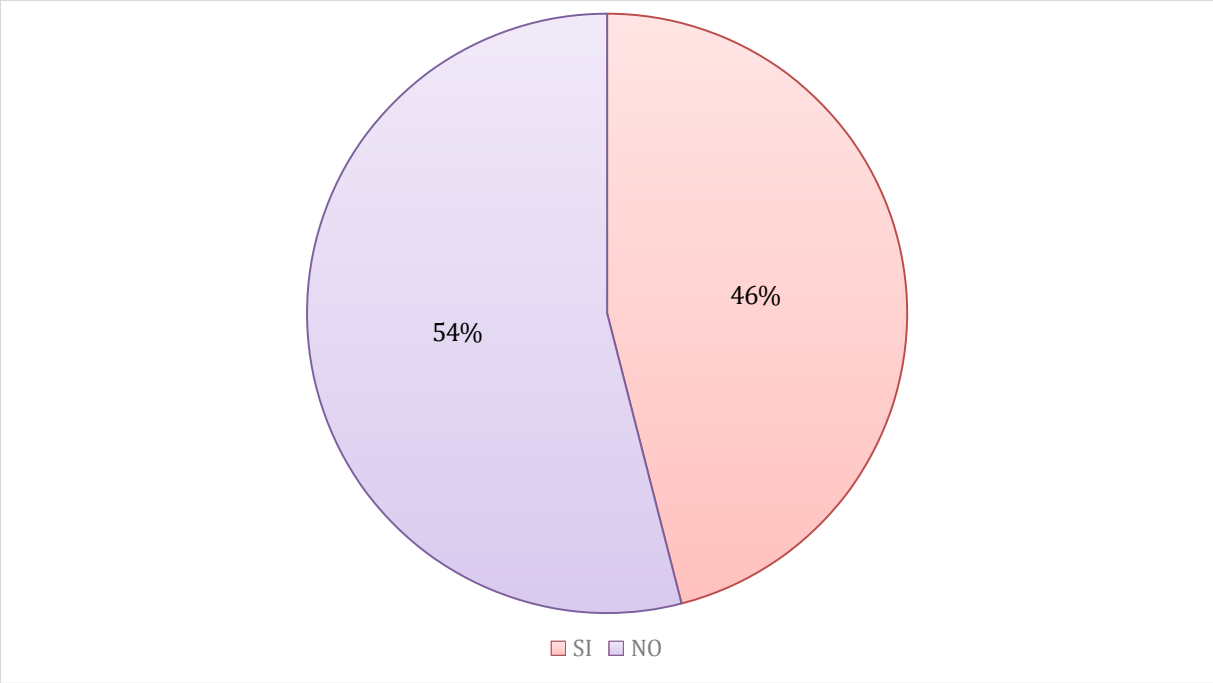
Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°3: Distribución de las usuarias según nivel de instrucción, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR	FR%
Primaria Incompleta	0	0	0
Primaria Completa	1	0,08	8
Secundaria Incompleta	1	0,08	8
Secundaria Completa	8	0,61	61
Terciaria Incompleta	0	0	0
Terciaria Completa	3	0,23	23
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°3: Distribución de las usuarias según nivel de instrucción, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°4: Distribución de las usuarias según estado civil, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

ESTADO CIVIL	FA	FR	FR%
Concubinato	6	0,46	46
Soltera	4	0,31	31
Casada	3	0,23	23
Divorciada	0	0	0
Viuda	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°4: Distribución de las usuarias según estado civil, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°5: Distribución de las usuarias según el lugar de donde reside, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

LUGAR DE RESIDENCIA	FA	FR	FR%
Montevideo	11	0,85	85
Interior	2	0,15	15
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°5: Distribución de las usuarias según el lugar de donde reside, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

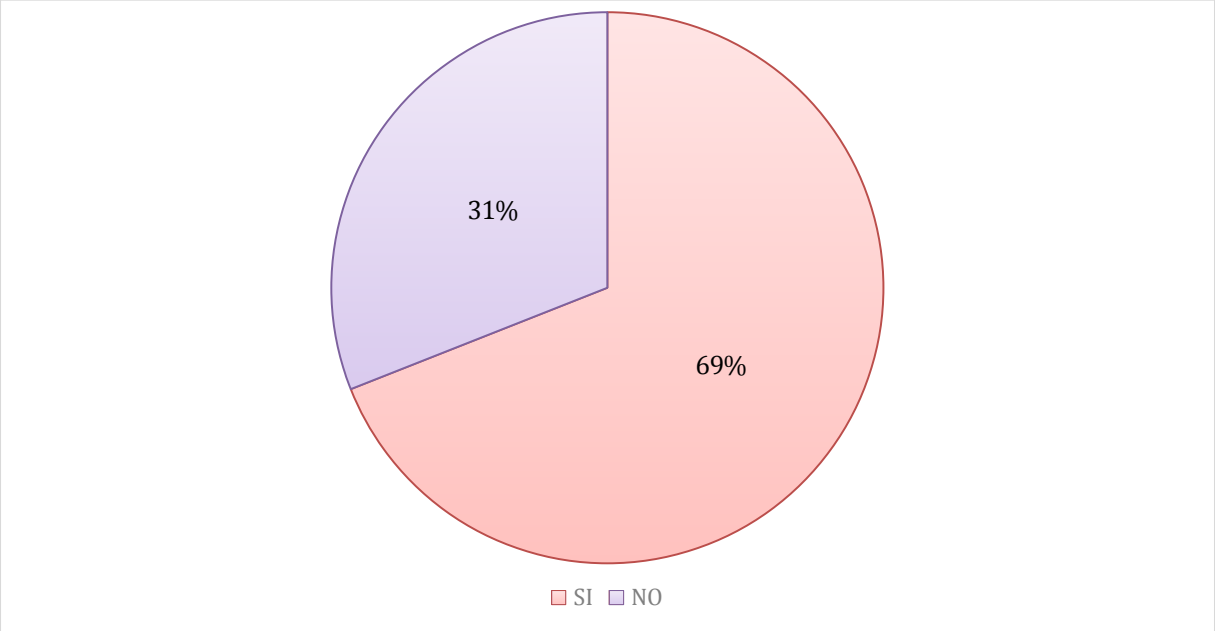
Tabla N°6: Distribución de las usuarias según la zona en donde vive, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

ZONA EN LA QUE VIVE	FA	FR	FR%
Otros	4	0,31	31
Centro	2	0,15	15
Ciudad vieja	2	0,15	15
Curva de Maroñas	2	0,15	15
La Comercial	1	0,08	8

Cruz de carrasco	1	0,08	8
Paso Molino	1	0,08	8
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°6: Distribución de las usuarias según la zona en donde vive, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

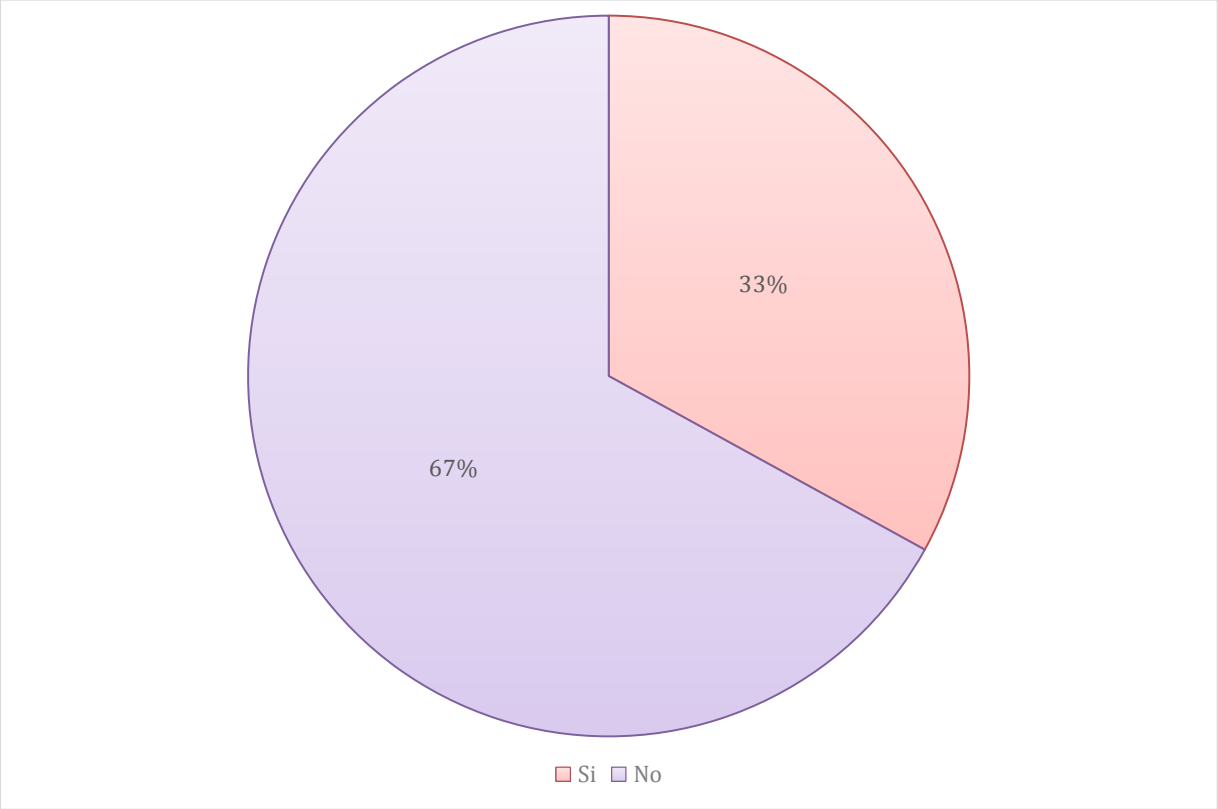
Tabla N°7: Distribución de las usuarias según con quien conviven, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay. Variable no excluyente N=13.

CONVIVENCIA	FA	FR	FR%
En pareja	9	0,69	69
Familiares	3	0,23	23
Sola	1	0,08	8

Amigos	1	0,08	8

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°7: Distribución de las usuarias según con quien conviven, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay. Variable no excluyente N=13.



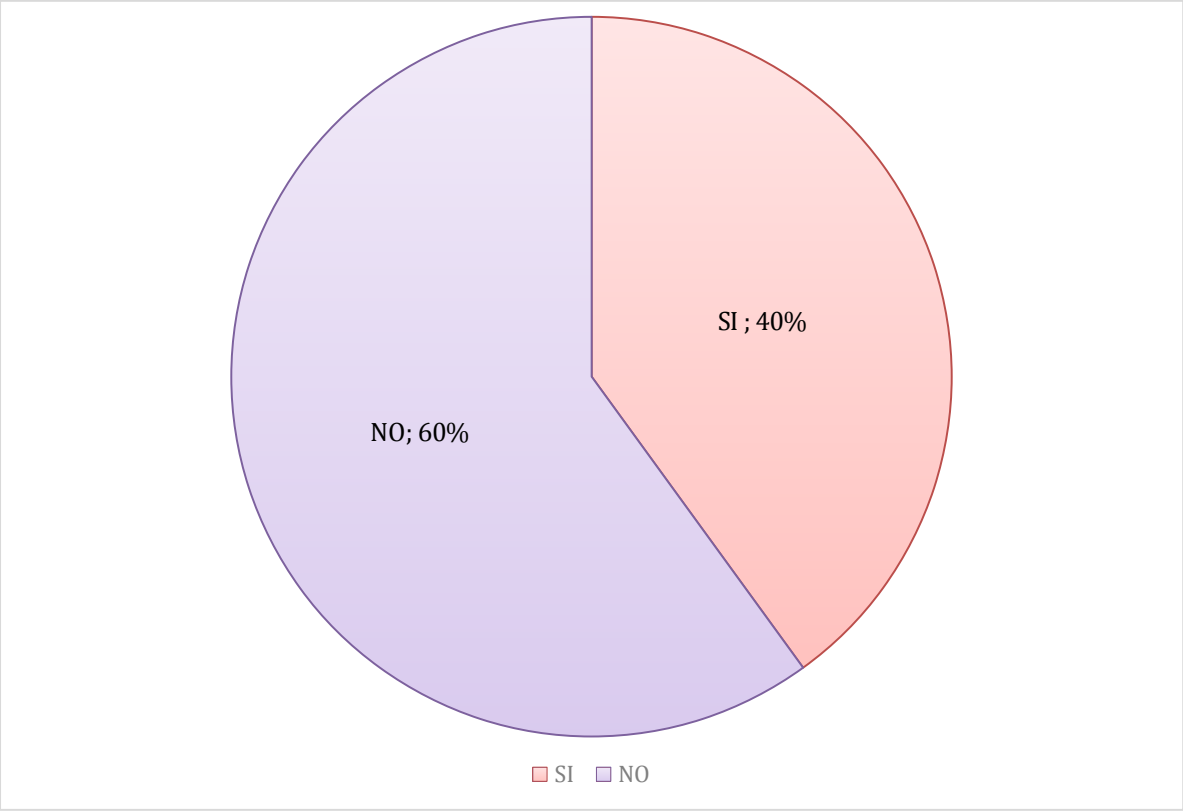
Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°8: Distribución de las usuarias según ocupación, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

OCUPACIÓN	FA	FR	FR%
No trabaja	7	0,54	54
Trabajo formal	4	0,31	31
Desocupada	2	0,15	15
Estudiante	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°8: Distribución de las usuarias según ocupación, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°9: Distribución de las usuarias según el número de horas que trabaja, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

N° DE HORAS DE TRABAJO	FA	FR	FR%
Menos de 8 horas	2	0,50	50
8 horas	2	0,50	50
Más de 8 horas	0	0	0
TOTAL	4	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°9: Distribución de las usuarias según el número de horas que trabaja, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

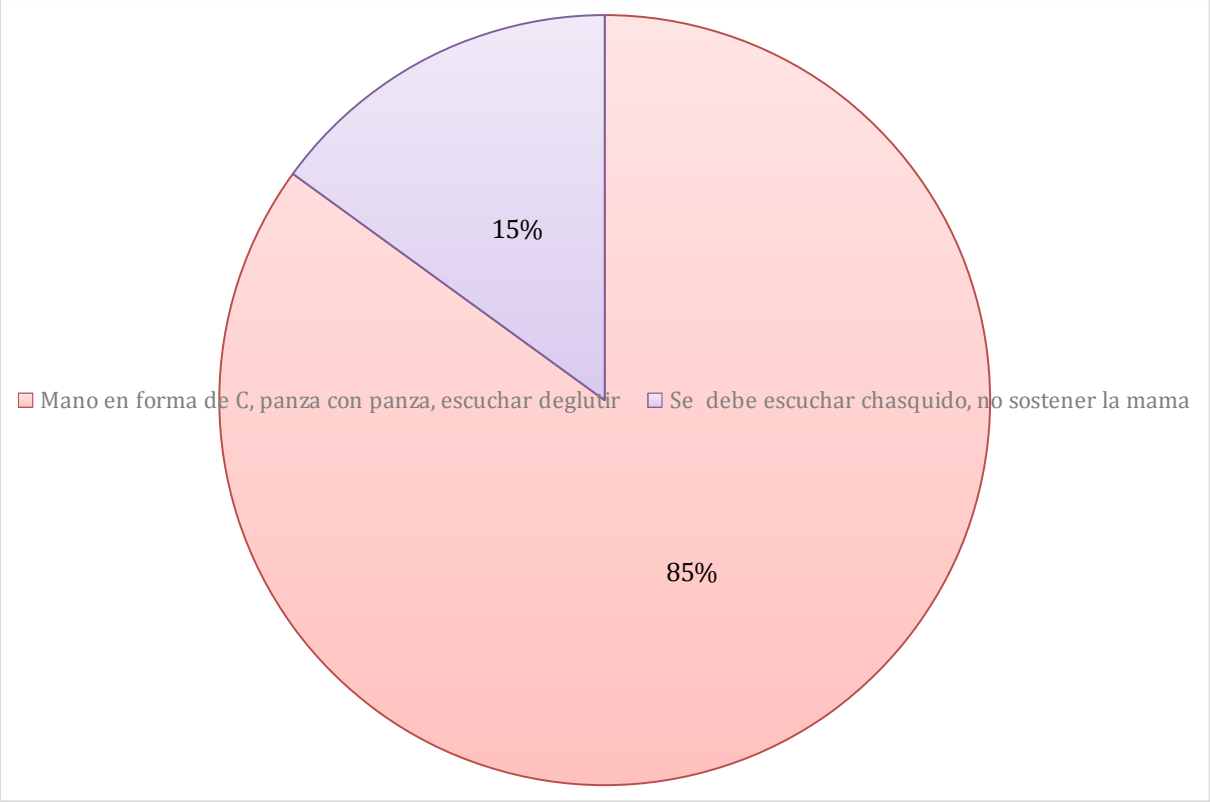
Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°10: Distribución de las usuarias según el número de gestas, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

N° DE GESTAS	FA	FR	FR%
Sin gestas previas	6	0,46	46
1	4	0,31	31
2	2	0,15	15
3	1	0,08	8
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°10: Distribución de las usuarias según el número de gestas, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



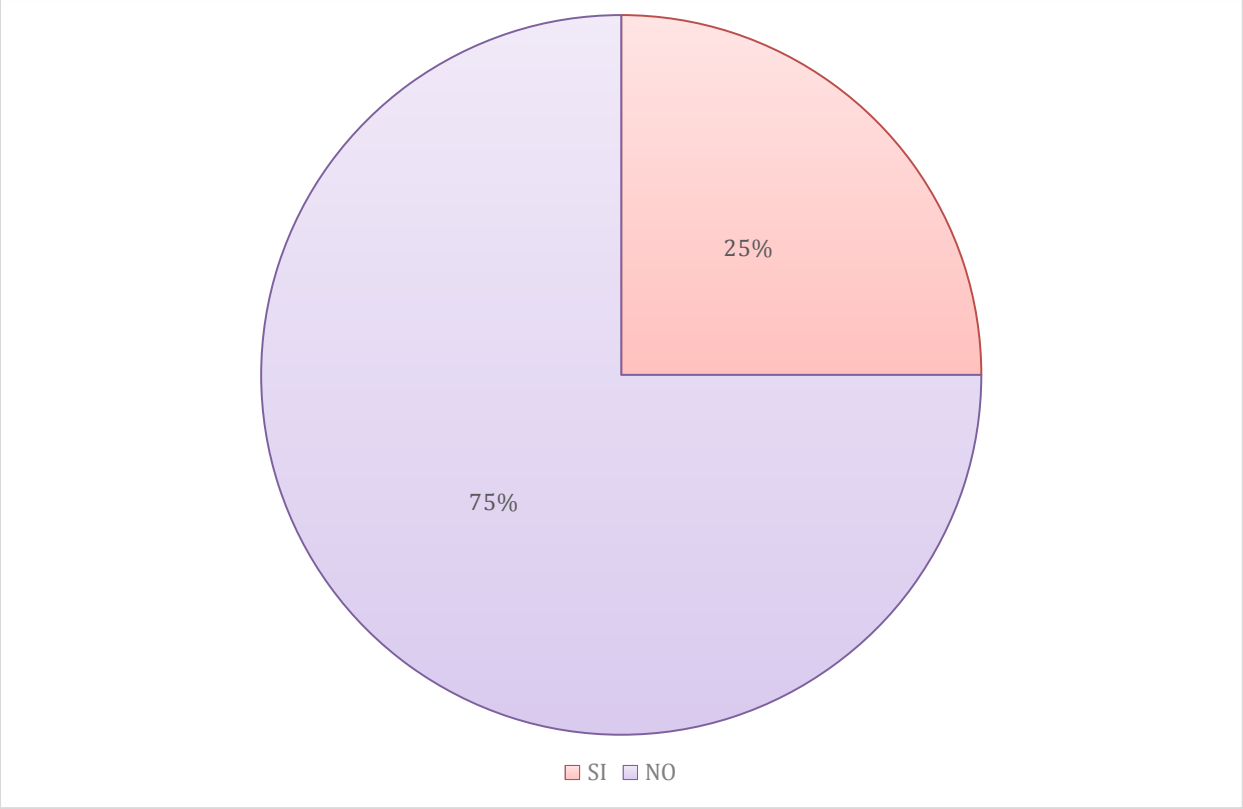
Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°11: Distribución de las usuarias según el número de hijos, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

N° DE HIJOS	FA	FR	FR%
Sin hijos	9	0,69	69
1	3	0,23	23
2	1	0,08	8
3	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°11: Distribución de las usuarias según el número de hijos, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°12: Distribución de las usuarias según el número de partos vaginales, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

N° DE PARTOS VAGINALES	FA	FR	FR%
Sin partos vaginales	12	0,92	92
1	1	0,08	8
2	0	0	0
3	0	0	0
Total	13	1,00	100

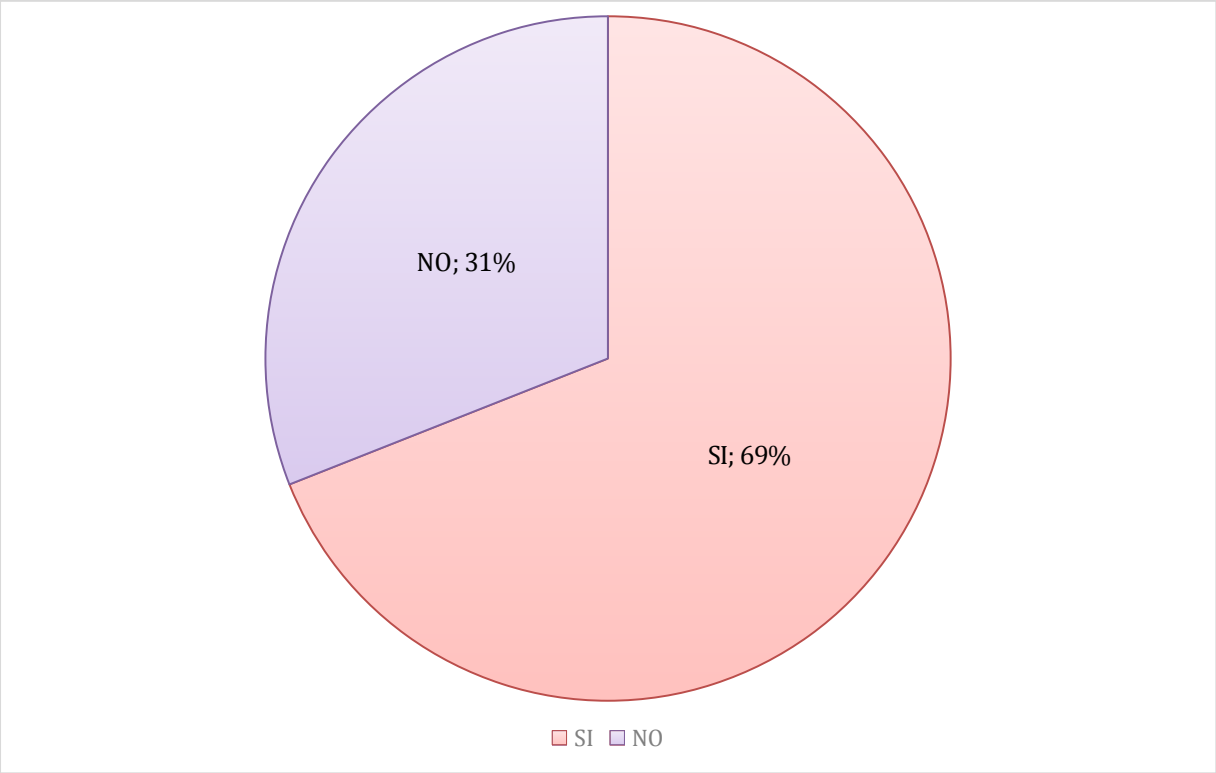
Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°13: Distribución de las usuarias según el número de cesáreas, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

N° DE CESÁREAS	FA	FR	FR%
Sin cesáreas	10	0,77	77
1	2	0,15	15
2	1	0,08	8
3	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°12: Distribución de las usuarias según el número de cesáreas, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



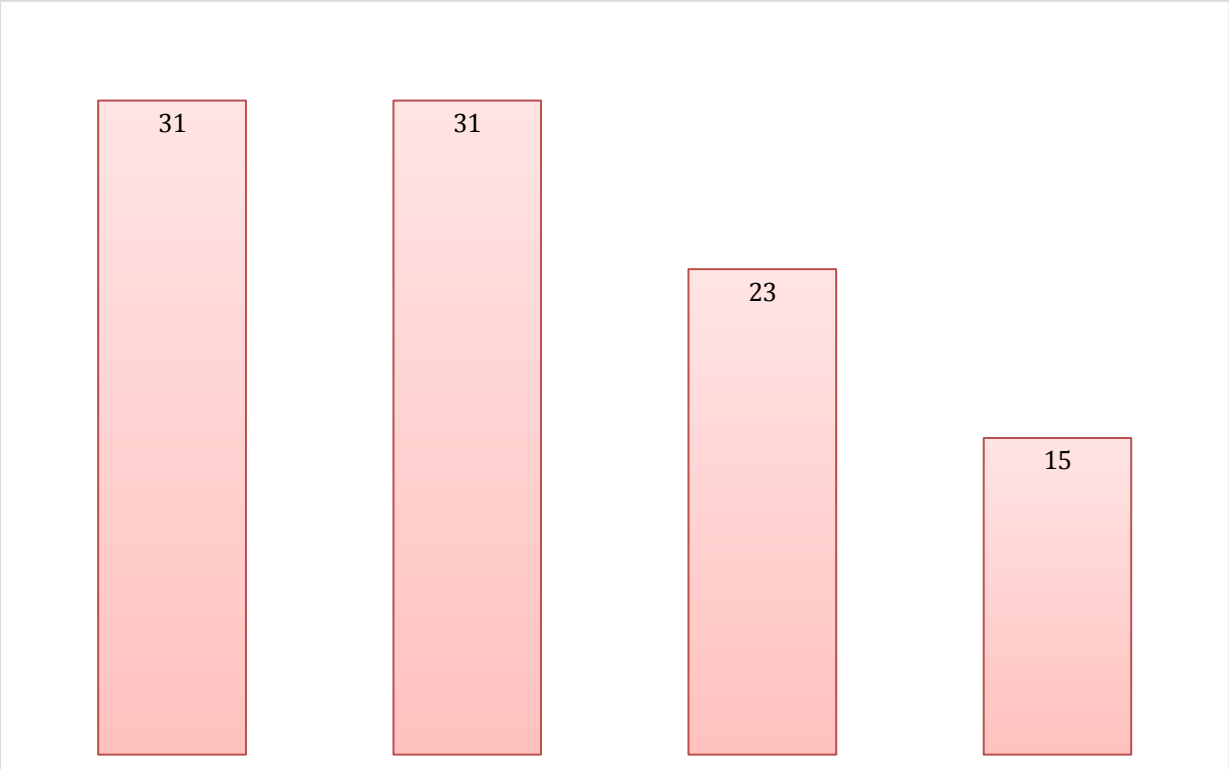
Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°14: Distribución de las usuarias según el número de abortos, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

N° DE ABORTOS	FA	FR	FR%
No presentó abortos	9	0,69	69
1	3	0,23	23
2	1	0,08	8
3	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°13: Distribución de las usuarias según el número de abortos, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

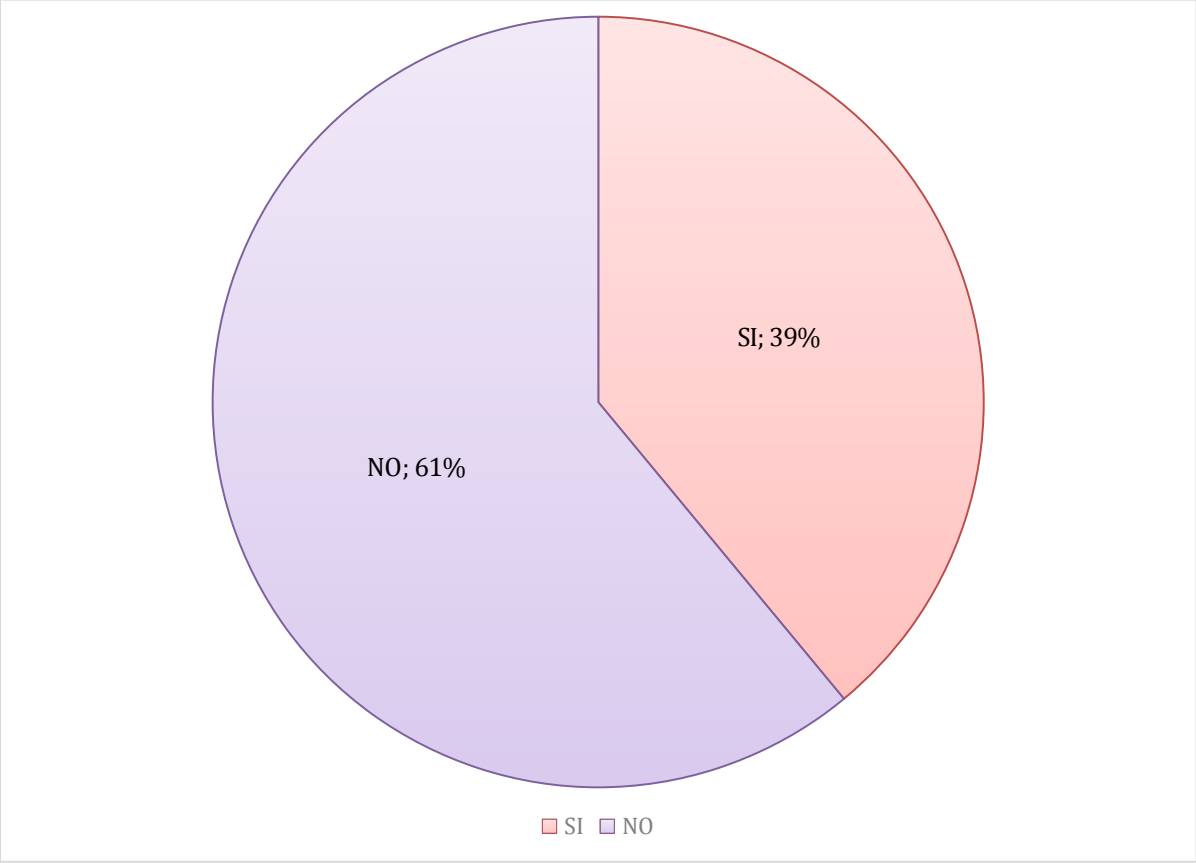
RESULTADOS RELACIONADOS AL EMBARAZO ACTUAL

Tabla N°15: Distribución de las usuarias según la captación precoz de su embarazo, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

CAPTACIÓN PRECOZ	FA	FR	FR%
Si	9	0,69	69
No	4	0,31	31
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°14: Distribución de las usuarias según la captación precoz de su embarazo, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°16: Distribución de las usuarias según el número de controles durante el embarazo, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

N° DE CONTROLES	FA	FR	FR%
1 – 4 controles	3	0,23	23
5 – 10 controles	8	0,62	62
Más de 10 controles	2	0,15	15
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°15: Distribución de las usuarias según el número de controles durante el embarazo, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

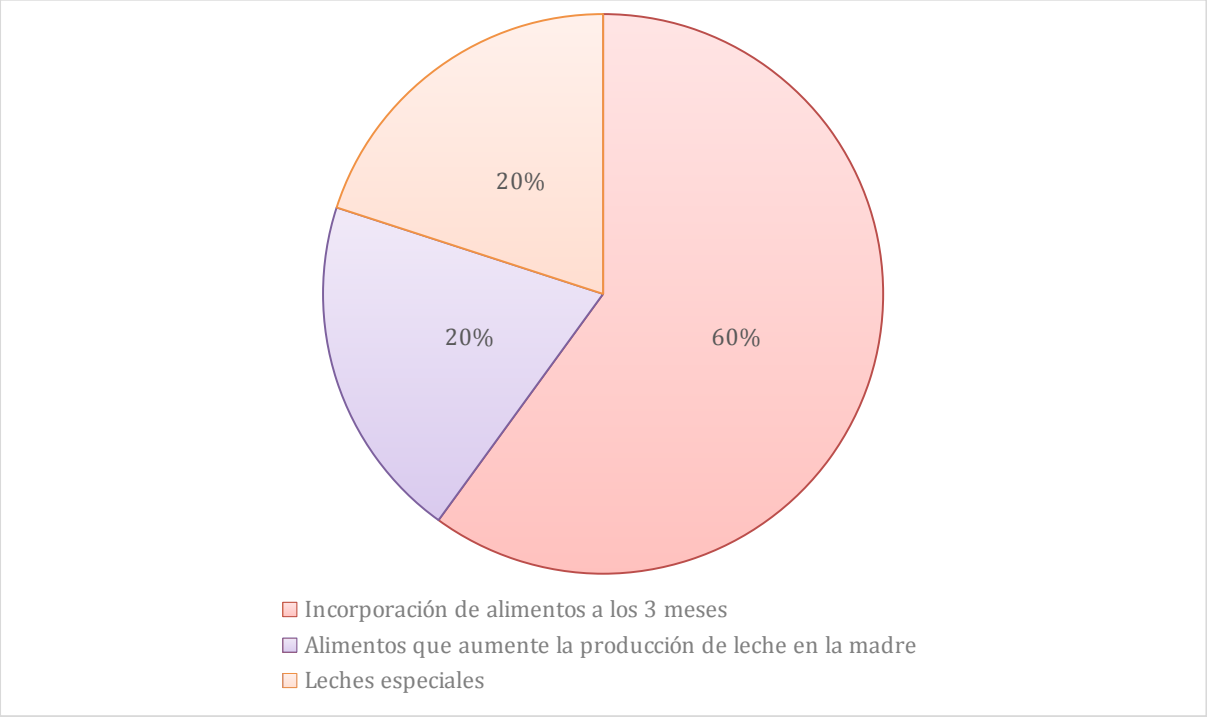
Tabla N°17: Distribución de las usuarias según la presencia de patología durante el embarazo, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

PRESENCIA DE PATOLOGÍAS	FA	FR	FR%
No presentó	9	0,69	69
Anemia	3	0,23	23
Infección del tracto urinario (ITU)	1	0,8	8
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

*No hubo usuarias que presentaran patologías como Diabetes gestacional, Hipertensión arterial, Preeclampsia, Eclampsia, Placenta previa, Desprendimiento de placenta, ni Metrorragia.

Gráfica N°16: Distribución de las usuarias según la presencia de patología durante el embarazo, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°18: Distribución de las usuarias según intención de amamantar antes del nacimiento, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

INTENCIÓN DE AMAMANTAR	FA	FR	FR%
Sí	13	1,00	100
No	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

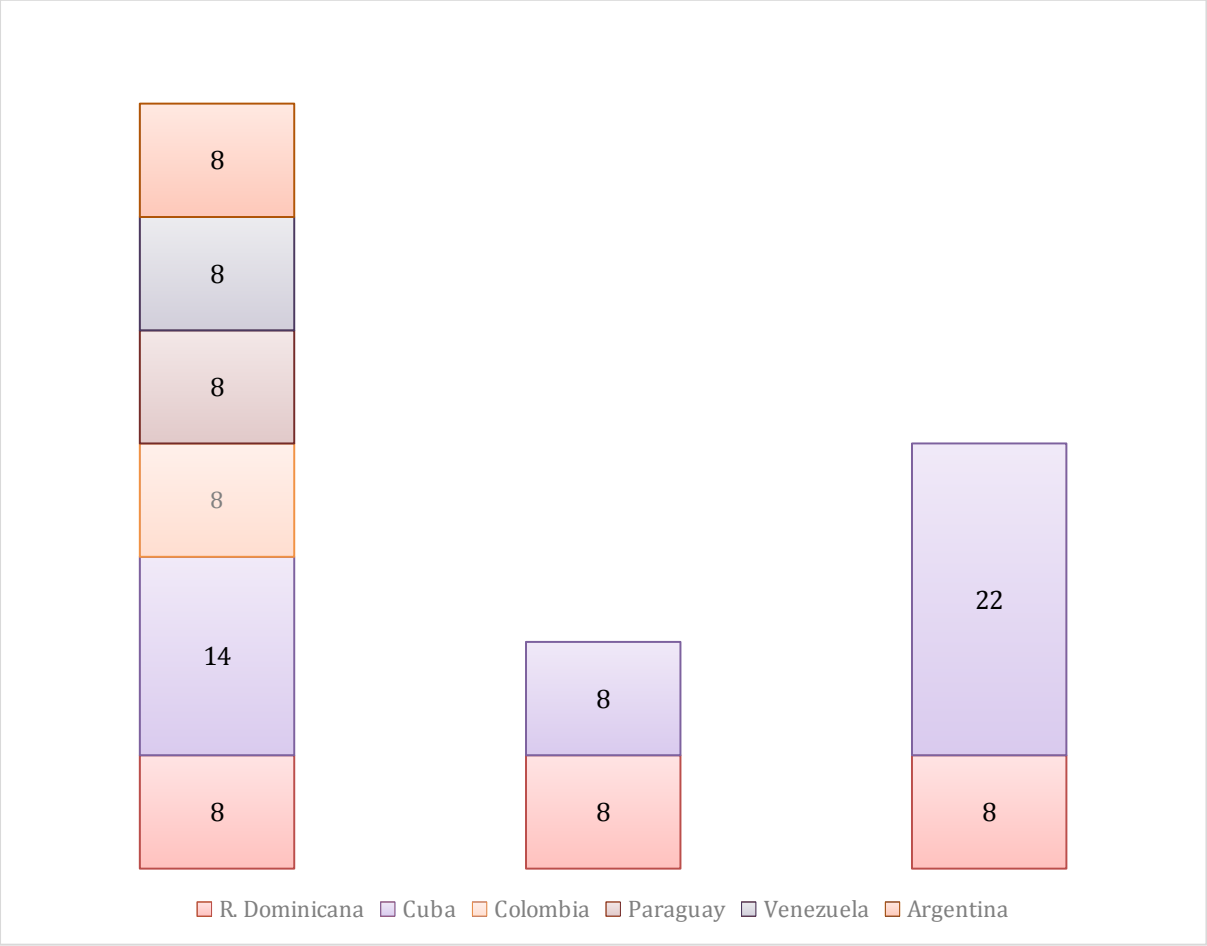
Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°19: Distribución de las usuarias según la concurrencia a clases de parto, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

CONCURRIÓ A CLASES DE PARTO	FA	FR	FR%
No	11	0,85	85
Si	2	0,15	15
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°17: Distribución de las usuarias según la concurrencia a clases de parto, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



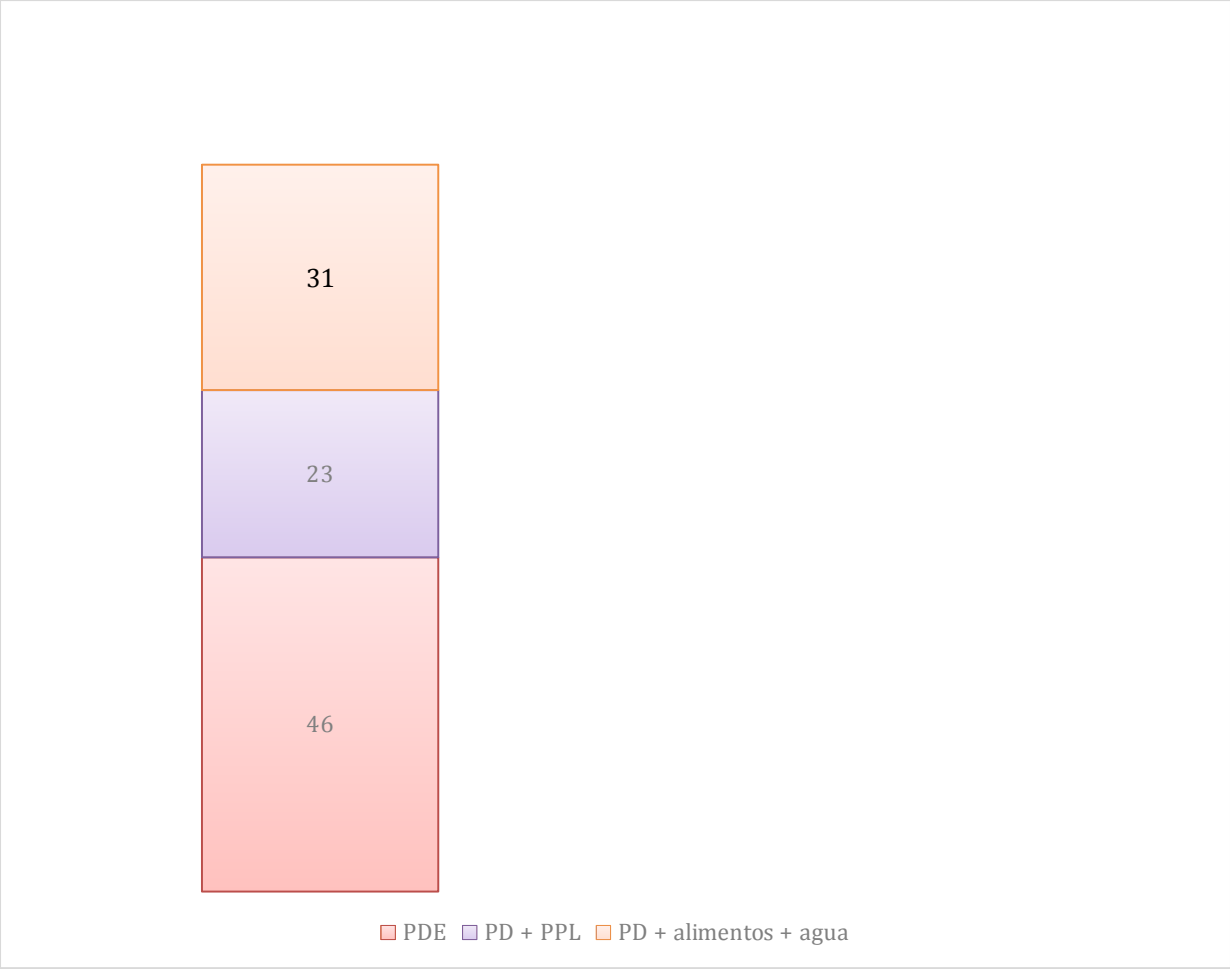
Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°20: Distribución de las usuarias según la presencia de acompañante durante el parto, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

ACOMPAÑADA DURANTE EL PARTO	FA	FR	FR%
Si	11	0,85	85
No	2	0,15	15
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°18: Distribución de las usuarias según la presencia de acompañante durante el parto, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

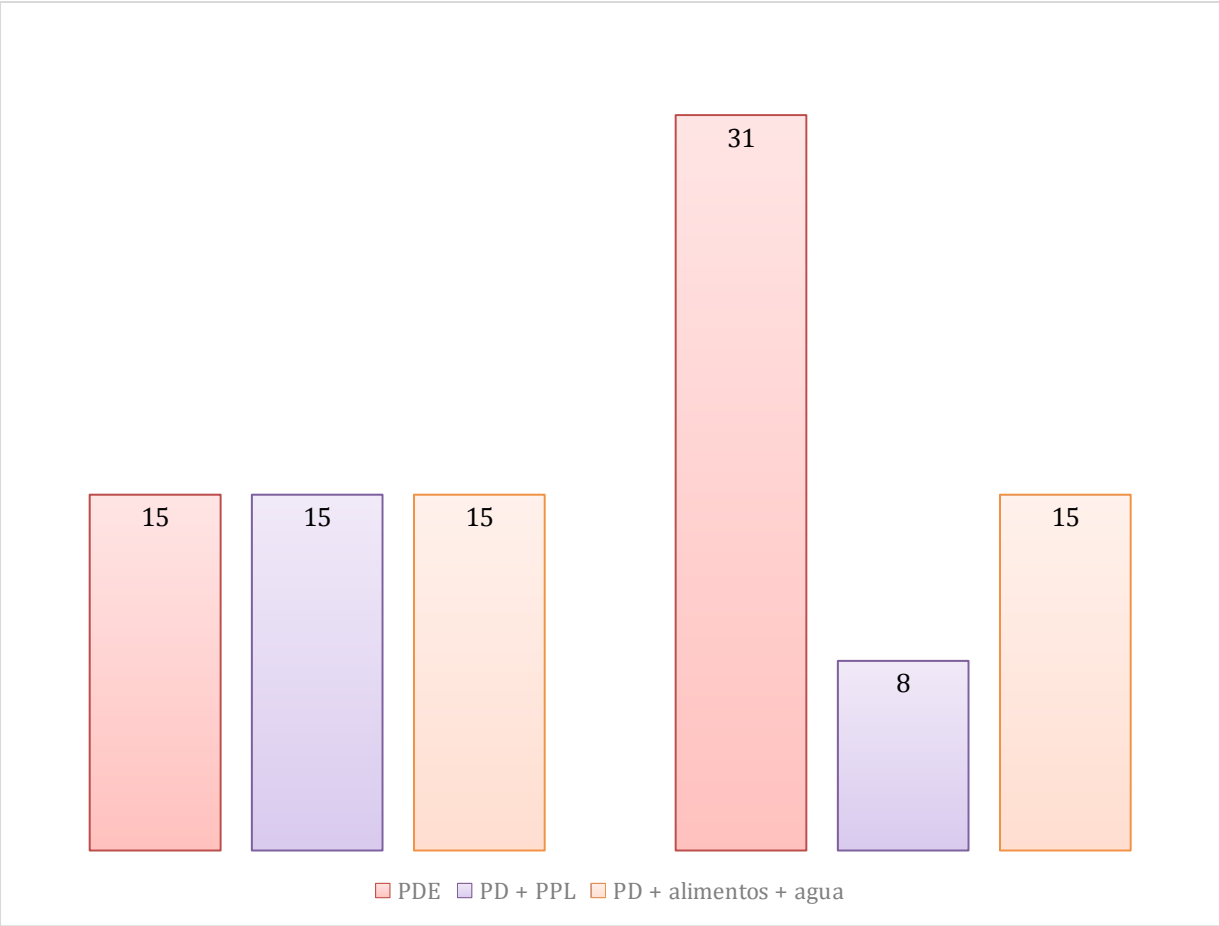
Tabla N°21: Distribución de las usuarias según la información que poseían las usuarias sobre lactancia materna exclusiva, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay. Variable No excluyente N=13.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	FA	FR	FR%
La lactancia materna exclusiva: Es dar solo leche materna	10	0,77	77
La lactancia materna exclusiva: Es brindar cantidad de nutrientes y vitaminas que el bebé necesita para cada etapa de su vida	6	0,46	46

La lactancia materna exclusiva: Es dar leche materna más complemento	2	0,15	15
No sabe/no contesta	2	0,15	15

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°19: Distribución de las usuarias según la información que poseían las usuarias sobre lactancia materna exclusiva, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay. Variable No excluyente N=13.



Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Referencias:

1-La lactancia materna exclusiva: Es dar solo leche materna.

2-La lactancia materna exclusiva: Es brindar cantidad de nutrientes y vitaminas que el bebé necesita para cada etapa de su vida.

3-La lactancia materna exclusiva: Es dar leche materna más complemento.

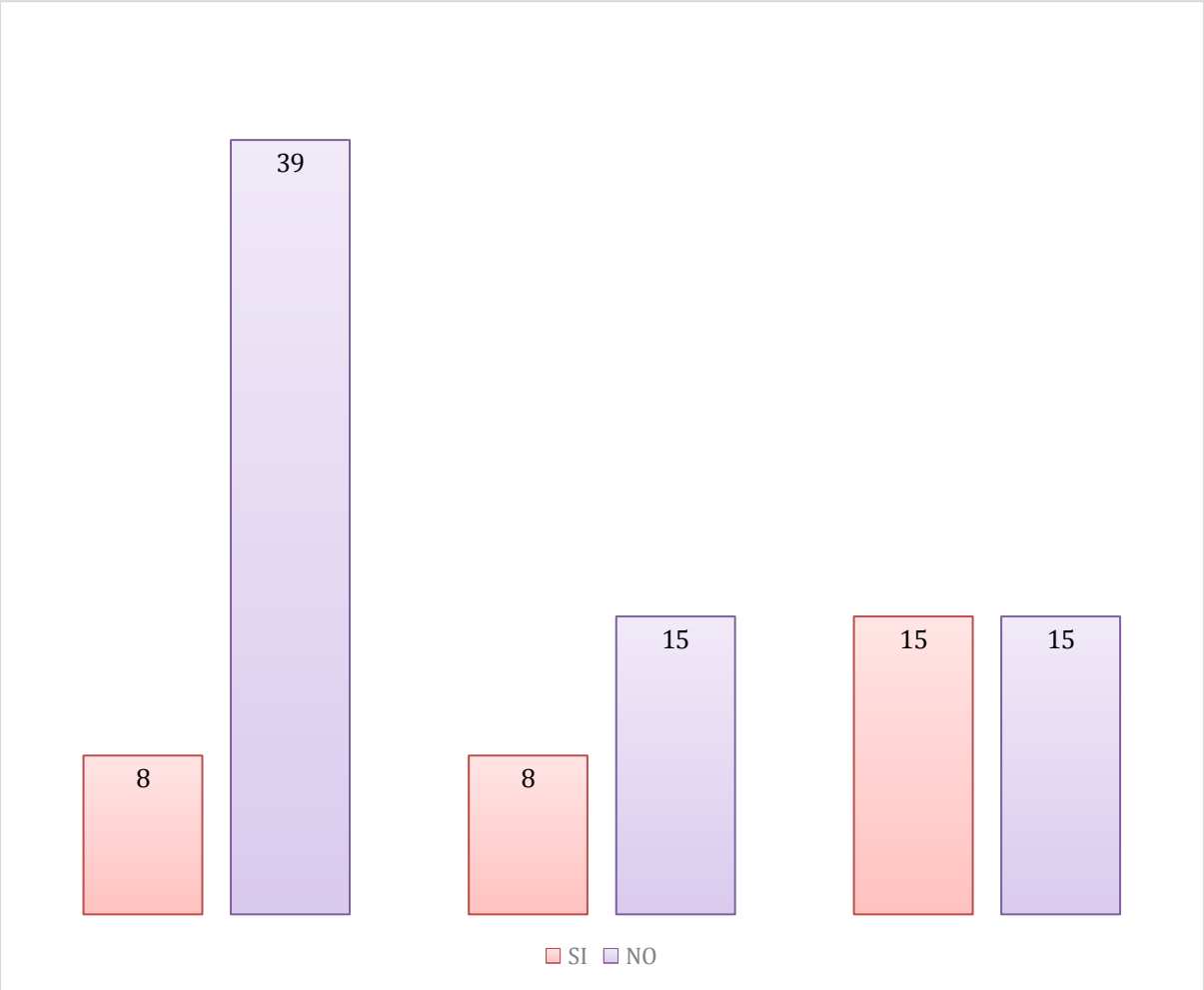
4-No sabe/no contesta.

Tabla N°22: Distribución de las usuarias según la presencia de antecedentes de lactancia materna, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

ANTECEDENTES DE LACTANCIA MATERNA	FA	FR	FR%
No	9	0,69	69
Si	4	0,31	31
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°20: Distribución de las usuarias según la presencia de antecedentes de lactancia materna, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°23: Distribución de las usuarias según si realizaron contacto piel a piel en el parto, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

CONTACTO PIEL A PIEL	FA	FR	FR%
Si	9	0,69	69
No	4	0,31	31
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°21 Distribución de las usuarias según si realizaron contacto piel a piel en el parto, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°24: Distribución según el inicio de lactancia materna en sala de parto, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

INICIO DE LACTANCIA EN SALA DE PARTO O BQ	FA	FR	FR%
No	7	0,54	54
Si	6	0,46	46
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo 2019.

Gráfica N°22: Distribución según el inicio de lactancia materna en sala de parto, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo 2019.

Tabla N°25: Distribución de las usuarias según la forma en que se informaron sobre lactancia materna, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay. Variable no excluyente N=13.

¿CÓMO SE INFORMÓ SOBRE LACTANCIA MATERNA?	FA	FR	FR%
Centro de Salud	6	0,46	46
Redes sociales	6	0,46	46
Entorno familiar	3	0,23	23
Otros	1	0,08	8

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo 2019.

Gráfica N°23: Distribución de las usuarias según la forma en que se informaron sobre lactancia materna, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay. Variable no excluyente N=13.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo 2019.

Tabla N°26: Distribución de las usuarias según la forma en la que actualmente alimentan a los recién nacidos, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

ALIMENTACIÓN ACTUAL DEL RN	FA	FR	FR%
PDE a demanda	6	0,46	46
Pecho directo y complemento	5	0,39	39
PDE a determinadas horas	2	0,15	15
PPL	0	0	0
Leche de vaca	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo 2019

Gráfica N°24: Distribución de las usuarias según la forma en la que actualmente alimentan a los recién nacidos, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo 2019

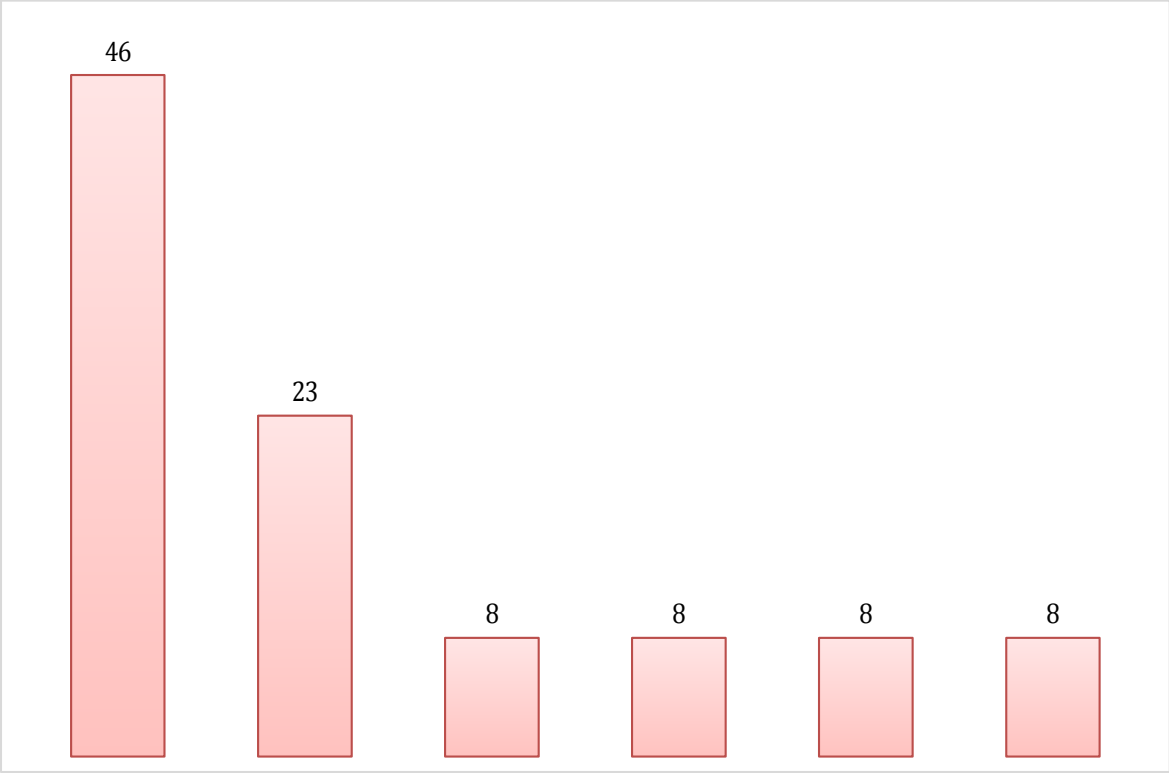
Tabla N°27: Distribución de las usuarias según los motivos del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

MOTIVOS DEL ABANDONO PRECOZ	FA	FR	FR%
Percepción de insuficiente producción de leche	4	0,80	80
Enfermedad del neonato	1	0,20	20
TOTAL	5	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

*No hubo usuarias que manifestaran como motivo del abandono de la LME, el deseo de no amamantar, la complementación con PPL, los prejuicios de la sociedad, la estética, angustia y tampoco enfermedad de la madre.

Gráfica N°25: Distribución de las usuarias según los motivos del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°28: Distribución de las usuarias según la expectativa de lactancia materna exclusiva, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

EXPECTATIVA DE LME	FA	FR	FR%
Hasta los 2 meses	0	0	0
3 a 4 meses	0	0	0
5 a 6 meses	4	0,31	31
Más de 6 meses	9	0,69	69
No lo hará	0	0	0
Hasta que el bebé la abandona por sí mismo	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°26: Distribución de las usuarias según la expectativa de lactancia materna exclusiva, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°29: Distribución de las usuarias según la percepción de la importancia de la lactancia materna exclusiva, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

IMPORTANCIA DE LME	FA	FR	FR%
Si	13	1,0	100
No	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, Uruguay 2019.

Tabla N°30: Distribución según la información que poseían las usuarias sobre las leyes laborales que amparan la lactancia materna exclusiva, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

INFORMACIÓN SOBRE LAS LEYES LABORALES	FA	FR	FR%
No	8	0,61	61
Si	5	0,39	39
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°27: Distribución según la información que poseían las usuarias sobre las leyes laborales que amparan la lactancia materna exclusiva, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°31: Distribución de las usuarias según el tiempo de estimación de reintegración al trabajo, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

TIEMPO DE REINTEGRACIÓN LABORAL	FA	FR	FR%
Después del 3er mes	3	0,75	75
Dentro del 1er y 3er mes	1	0,25	25
Dentro de 1er mes	0	0	0
TOTAL	4	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Gráfica N°28: Distribución de las usuarias según el tiempo de estimación de reintegración al trabajo, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°32: Distribución de las usuarias según la existencia de creencias sobre la lactancia materna en el país natal, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

EXISTENCIA DE CREENCIA EN PAÍS NATAL	FA	FR	FR%
Si	9	0,69	69
No	4	0,31	31
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°29: Distribución de las usuarias según la existencia de creencias sobre la lactancia materna en el país natal, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°33: Distribución de las usuarias según la implementación de las creencias que traen de su país, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

CREENCIA QUE IMPLEMENTAN EN SU PAÍS NATAL	FA	FR	FR%
Las madres deben consumir alimentos que aumenten la productividad de leche	3	0,34	34
Obligación de lactancia materna	2	0,22	22
Implementar alimentos a los 3 meses	2	0,22	22
Leches especiales	2	0,22	22

No consumir alimentos que disminuyen la productividad de leche (limón)	0	0	0
TOTAL	9	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°30: Distribución de las usuarias según la implementación de las creencias que traen de su país, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°34: Distribución de las usuarias según la implementación de creencias, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Implementación de creencias	**FA**	**FR**	**FR%**
No	6	0,67	67
Si	3	0,33	33
Total	9	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°31: Distribución de las usuarias según la implementación de creencias, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°35: Distribución de las usuarias según el tipo de creencia que implementaron las usuarias, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

TIPO DE CREENCIA QUE IMPLEMENTÓ	FA	FR	FR%
Las madres deben consumir alimentos que aumenten la productividad de leche	2	0,66	66
Obligación de lactancia materna (lo creían así)	1	0,34	34
TOTAL	3	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

*No hubo usuarias que implementaran en el primer encuentro la creencia de adoptar alimentos para el lactante, ni leches especiales y tampoco alimentos que disminuyan la producción de leche.

Gráfica N°32: Distribución de las usuarias según el tipo de creencia que implementaron las usuarias, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°36: Distribución de las usuarias según si consideraban que existía diferencias en cuanto a la lactancia materna en comparación con su país de origen, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

DIFERENCIAS CON SU PAÍS DE ORIGEN	FA	FR	FR%
No	8	0,61	61
Si	5	0,39	39
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°33: Distribución de las usuarias según si consideraban que existía diferencias en cuanto a la lactancia materna en comparación con su país de origen, agosto - setiembre de

2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°37: Distribución según diferencias en comparación con el país de origen, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

DIFERENCIAS	FA	FR	FR%
Lactancia materna obligatoria, no como opción	2	0,40	40
Incorporación de alimentos antes de los 6 meses	1	0,20	20
Prejuicios sociales	1	0,20	20
Mayor promoción de lactancia materna en Uruguay	1	0,20	20
TOTAL	5	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°34: Distribución según diferencias en comparación con el país de origen, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°38: Distribución según la información que poseían las usuarias sobre los beneficios de la lactancia materna para el lactante, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay. Variable no excluyente N=13.

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LM PARA EL LACTANTE	FA	FR	FR%
Aporta nutrientes y agua necesarios	13	1,00	100
Favorece el vínculo entre madre-hijo	12	0,75	75
Es más efectiva si se acompaña con complemento	1	0,08	8
No tiene beneficios	0	0	0
Desconoce	0	0	0

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°35: Distribución según la información que poseían las usuarias sobre los beneficios de la lactancia materna para el lactante, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay. Variable no excluyente N=13.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°39: Distribución según la información que poseían las usuarias sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay. Variable no excluyente N=13.

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LM PARA LA MADRE	FA	FR	FR%
Ayuda en la involución uterina	8	0,61	61
Es económica y no necesita preparación	7	0,54	54
Desconoce	2	0,15	15
Es método anticonceptivo	1	0,08	8
No tiene beneficios	0	0	0

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°36: Distribución según la información que poseían las usuarias sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay. Variable no excluyente N=13.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°40: Distribución según la información que poseían las usuarias sobre el acople correcto para dar de amamantar, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

ACOPLE CORRECTO AL AMAMANTAR	FA	FR	FR%
Mano en forma de C, panza con panza y se debe escuchar deglutir (no chasquido)	11	0,85	85
Se debe escuchar chasquido y no se debe sostener la mama	2	0,15	15
Se debe sostener la mama con los dedos índice y medio, como tijera	0	0	0
No sabe, no contesta	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°37: Distribución según la información que poseían las usuarias sobre el acople correcto para dar de amamantar, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

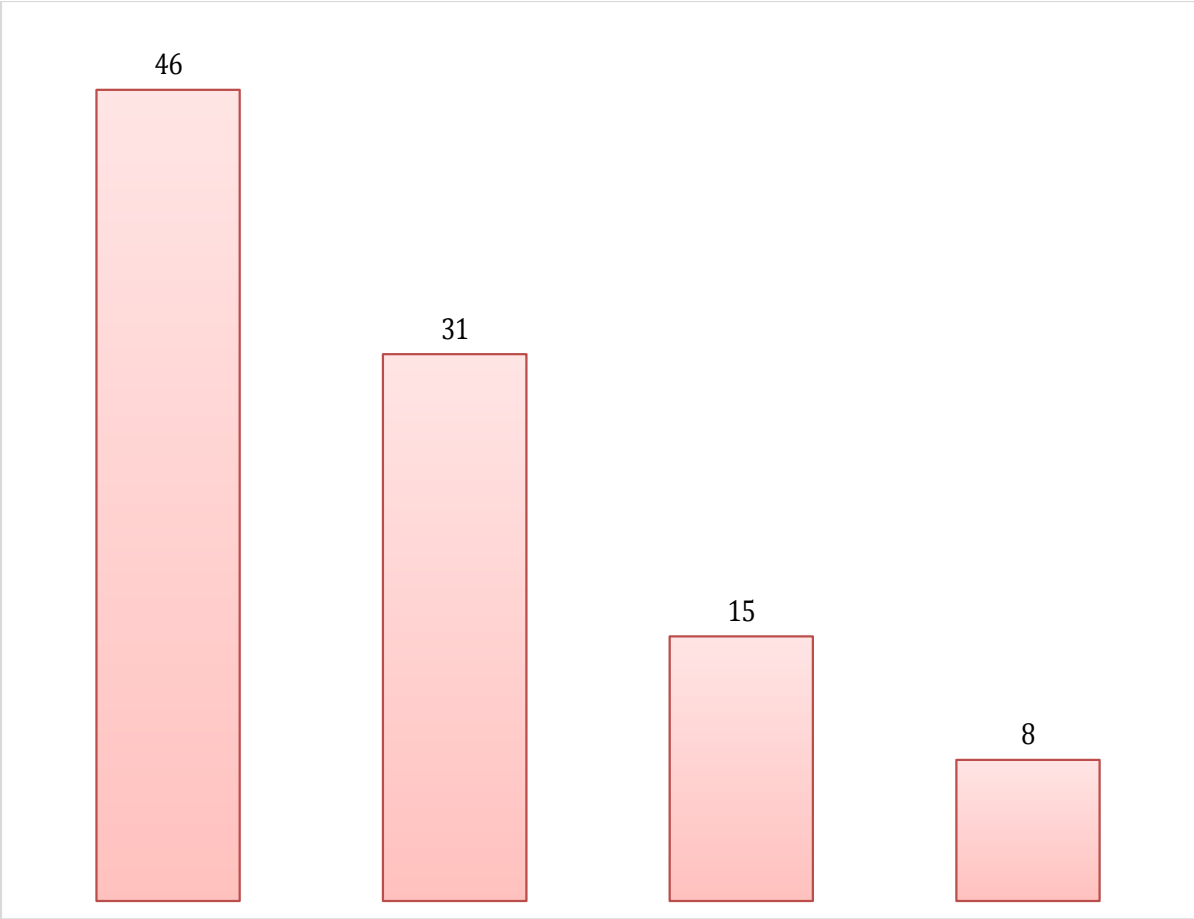
RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Tabla N°41: Distribución de las usuarias según el retorno al ámbito laboral Noviembre - Diciembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

RETORNO AL ÁMBITO LABORAL	FA	FR	FR%
No trabaja	8	0,62	62
Medio horario	3	0,23	23
No se reintegró	2	0,15	15
Horario completo	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°38: Distribución de las usuarias según el retorno al ámbito laboral Noviembre - Diciembre de 2019. Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°42: Distribución de las usuarias según el tiempo de retorno al ámbito laboral. Noviembre- Diciembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

TIEMPO DE RETORNO AL ÁMBITO LABORAL	FA	FR	FR%
Menos de 1 mes	3	1,00	100
Más de 1 mes	0	0	0
TOTAL	3	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°43: Distribución de las usuarias según el tiempo que estiman reintegrarse al ámbito laboral Noviembre - Diciembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

TIEMPO EN QUE CREEN REINTEGRARSE AL	FA	FR	FR%

ÁMBITO LABORAL			
Entre 1 mes y el 3er mes	1	0,50	50
Después del 3er mes	1	0,50	50
1 mes	0	0	0
TOTAL	2	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°44: Distribución de las usuarias según si está buscando trabajo. Noviembre - Diciembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

ESTÁ BUSCANDO TRABAJO	FA	FR	FR%
No	6	0,75	75
Si	2	0,25	25
TOTAL	8	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°39: Distribución de las usuarias según si está buscando trabajo. Noviembre - Diciembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°45: Distribución de las usuarias sobre si cuenta en su trabajo con espacio físico para amamantar o extraerse leche. Noviembre - Diciembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

CUENTA EN SU TRABAJO CON ESPACIO FÍSICO PARA AMAMANTAR O EXTRAERSE LECHE	FA	FR	FR%
No	4	0,80	80
Si	1	0,20	20
TOTAL	5	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°40: Distribución de las usuarias sobre si cuenta en su trabajo con espacio físico para amamantar o extraerse leche. Noviembre - Diciembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°46: Distribución de las usuarias según la percepción de experiencia positiva de lactancia materna. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

EXPERIENCIA ACTUAL CON LA LACTANCIA COMO POSITIVA	FA	FR	FR%
Si	9	0,69	69
No	4	0,31	31
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°41: Distribución de las usuarias según la percepción de experiencia positiva de lactancia materna. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°47: Distribución de las usuarias sobre si amamanto a su hijo solo con leche materna. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

AMAMANTÓ A SU HIJO SOLO CON LECHE MATERNA	FA	FR	FR%
No	7	0,54	54
Si	6	0,46	46
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°42: Distribución de las usuarias sobre si amamanto a su hijo solo con leche materna. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°48: Distribución según el tiempo que las usuarias amamantaron a su hijo solo con leche materna. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

HASTA CUANDO AMAMANTÓ A SU HIJO SOLO CON LECHE MATERNA	FA	FR	FR%
Actualmente continúa	6	0,46	46
Hasta los 2 meses	4	0,31	31
Acompañado con preparado para lactante	3	0,23	23

Hasta el mes de vida	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°43: Distribución según el tiempo que las usuarias amamantaron a su hijo solo con leche materna. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°49: Distribución de las usuarias según la alimentación del lactante a los 3 meses de vida. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

CÓMO ALIMENTA A SU HIJO ACTUALMENTE	**FA**	**FR**	**FR%**
Pecho directo exclusivo a demanda	4	0,31	31
Además de leche, alimentos sólidos y agua.	4	0,31	31

PD + PPL	3	0,23	23
Pecho directo exclusivo a determinadas horas	2	0,15	15
Complemento	0	0	0
Leche de vaca	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°44: Distribución de las usuarias según la alimentación del lactante a los 3 meses de vida. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°50: Distribución de las usuarias según los motivos que la llevaron al abandono de la lactancia materna. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

MOTIVOS QUE LLEVARON AL ABANDONO DE LA LACTANCIA	FA	FR	FR%

Percepción de insuficiente producción de leche	6	0,86	86
Sustitución por complemento	1	0,14	14
Enfermedad de la madre	0	0	0
Enfermedad del neonato	0	0	0
Deseo de no amamantar	0	0	0
Prejuicio de la sociedad	0	0	0
Estética	0	0	0
Angustia	0	0	0
Otro	0	0	0
TOTAL	7	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°45: Distribución de las usuarias según los motivos que la llevaron al abandono de la lactancia materna. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

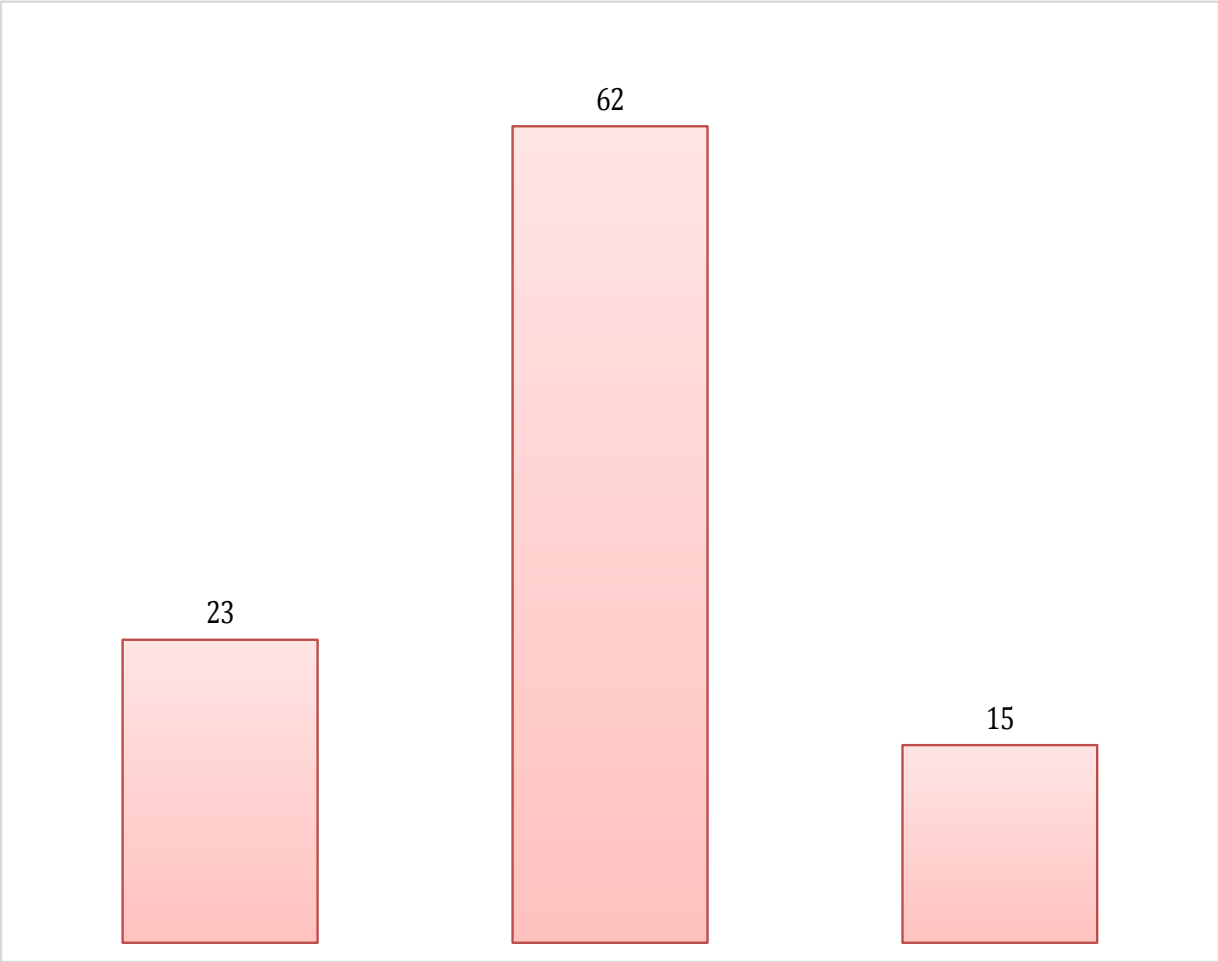
Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°51: Distribución de las usuarias según la implementación preparado para lactante durante la internación. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

SU HIJO RECIBIÓ COMPLEMENTO DURANTE LA INTERNACIÓN	FA	FR	FR%
Si	8	0,61	61
No	5	0,39	39
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°46: Distribución de las usuarias según la implementación preparada para lactante durante la internación. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°52: Distribución de las usuarias según sí se retiró con latas de preparado para el lactante al alta. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

AL ALTA SE RETIRÓ CON LATAS DE COMPLEMENTO A SU DOMICILIO	FA	FR	FR%
No	8	0,61	61
Si	5	0,39	39
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°47: Distribución de las usuarias según sí se retiró con latas de preparado para el lactante al alta. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°53: Distribución de las usuarias sobre hasta cuándo cree que alimentara a su hijo con pecho directo exclusivo. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

HASTA CUÁNDO CREE QUE ALIMENTARA A SU HIJO CON PECHO DIRECTO EXCLUSIVO	FA	FR	FR%
Hasta los 6 meses	5	0,38	38
No corresponde	5	0,38	38
Hasta que el lactante deje de mamar	2	0,16	16
Más de 6 meses	1	0,08	8
Menos de 6 meses	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°48: Distribución de las usuarias sobre hasta cuándo cree que alimentara a su hijo con pecho directo exclusivo. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°54: Distribución de las usuarias sobre si cree importante realizar la lactancia materna exclusiva a demanda. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

CREE IMPORTANTE REALIZAR LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A DEMANDA	FA	FR	FR%
Si	13	1,00	100
No	0	0	0
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°55: Distribución de las usuarias sobre si conoce las leyes laborales que amparan la lactancia materna en Uruguay. Noviembre - Diciembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

CONOCE LAS LEYES LABORALES	FA	FR	FR%
No	9	0,69	69
Si	4	0,31	31
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°49: Distribución de las usuarias sobre si conoce las leyes laborales que amparan la lactancia materna en Uruguay. Noviembre - Diciembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°56: Distribución de las usuarias sobre si adquirió alguna creencia que se realiza en su país natal. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

ADQUIRIÓ ALGUNA CREENCIA DE SU PAÍS NATAL	FA	FR	FR%
No	8	0,62	62
Si	5	0,38	38
TOTAL	13	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°50: Distribución de las usuarias sobre si adquirió alguna creencia que se realiza en su país natal. Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°57: Distribución de las usuarias sobre tipo de creencias adquiridas Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

TIPO DE CREENCIA ADQUIRIDA	FA	FR	FR%
Incorporación de alimentos a los 3 meses	3	0,60	60
Alimentos que aumente la producción de leche en la madre	1	0,20	20
Leches especiales	1	0,20	20
TOTAL	5	1,00	100

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°51: Distribución de las usuarias sobre tipo de creencias adquiridas Noviembre - Diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

RESULTADO DEL CRUCE DE VARIABLES

Tabla N°58: Distribución de la alimentación del lactante al 3er mes de vida según la reinserción laboral, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

ALIMENTACIÓN AL 3ER MES DE VIDA/REINSERCIÓN LABORAL	Medio Horario		No se reintegró		Total	
PDE a demanda	0	**0%**	2	**40%**	2	**40%**
PDE c/horario	2	**40%**	0	**0%**	2	**40%**
PD + alimentos sólido y agua	1	**20%**	0	**0%**	1	**20%**
TOTAL	3	**60%**	2	**40%**	5	**100%**

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°52: Distribución de la alimentación del lactante al 3er mes de vida según la reinserción laboral, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

Fuente: Instrumento N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°59: Distribución de la alimentación del lactante al 3er mes de vida según el conocimiento materno sobre los beneficios para el binomio, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay. Variable No excluyente N=13.

ALIMENTACIÓN EN EL TERCER MES/INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIOS	Aporta nutrientes y agua		Favorece el vínculo		Más efectiva con PPL		Econó-mica		Ayuda en la involución uterina		S/ informa-ción		To
PDE	4	**18%**	4	**18%**	1	**4%**	1	**4%**	1	**4%**	0	**0%**	11
PD + PPL	3	**14%**	3	**14%**	0	**0%**	0	**0%**	0	**0%**	0	**0%**	6

PD + Alimentos + agua	2	**8%**	2	**8%**	0	**0%**	1	**4%**	0	**0%**	1	**4%**	6
TOTAL	9	**40%**	9	**40%**	1	**4%**	2	**8%**	1	**4%**	1	**4%**	23

Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°60: Distribución de la alimentación del lactante en el primer encuentro y 3er mes de vida, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

ALIMENTACIÓN EN EL 1ER Y 2DO ENCUENTRO	PDE		PD + PPL		PD + Alimentos + agua		Total	
1 Encuentro	8	**61%**	5	**39%**	0	**0%**	13	**100%**
2 Encuentro	6	**46%**	3	**23%**	4	**31%**	13	**100%**

Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°53: Distribución de la alimentación del lactante en el primer encuentro y 3er mes de vida, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

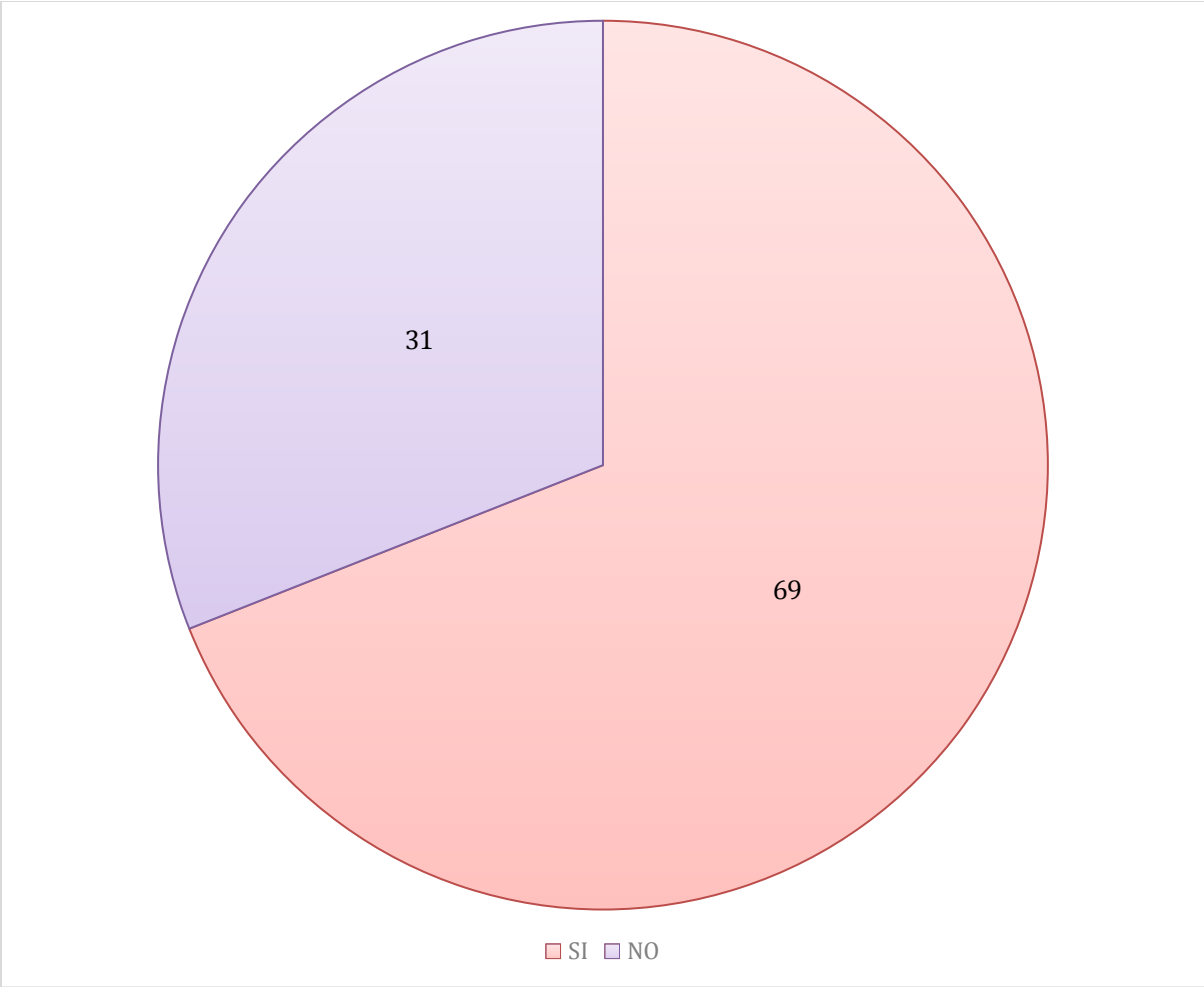
Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°61: Distribución de la alimentación del lactante a los 3 meses de vida según la procedencia de las usuarias, agosto y diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

ALI. AL 3ER MES DE VIDA/PROCEDENCIA	R. Dominicana		Cuba		Colombia		Paraguay		Venezuela		Argentina		Total	
PDE	1	**8%**	2	**14%**	0	**0%**	1	**8%**	1	**8%**	1	**8%**	6	**46%**
PD + PPL	1	**8%**	1	**8%**	1	**8%**	0	**0%**	0	**0%**	0	**0%**	3	**24%**
PD + alimentos + agua	1	**8%**	3	**22%**	0	**0%**	0	**0%**	0	**0%**	0	**0%**	4	**30%**
TOTAL	3	**24%**	6	**44%**	1	**8%**	1	**8%**	1	**8%**	1	**8%**	13	**100%**

Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°54: Distribución de la alimentación del lactante a los 3 meses de vida según la procedencia de las usuarias, agosto y diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.



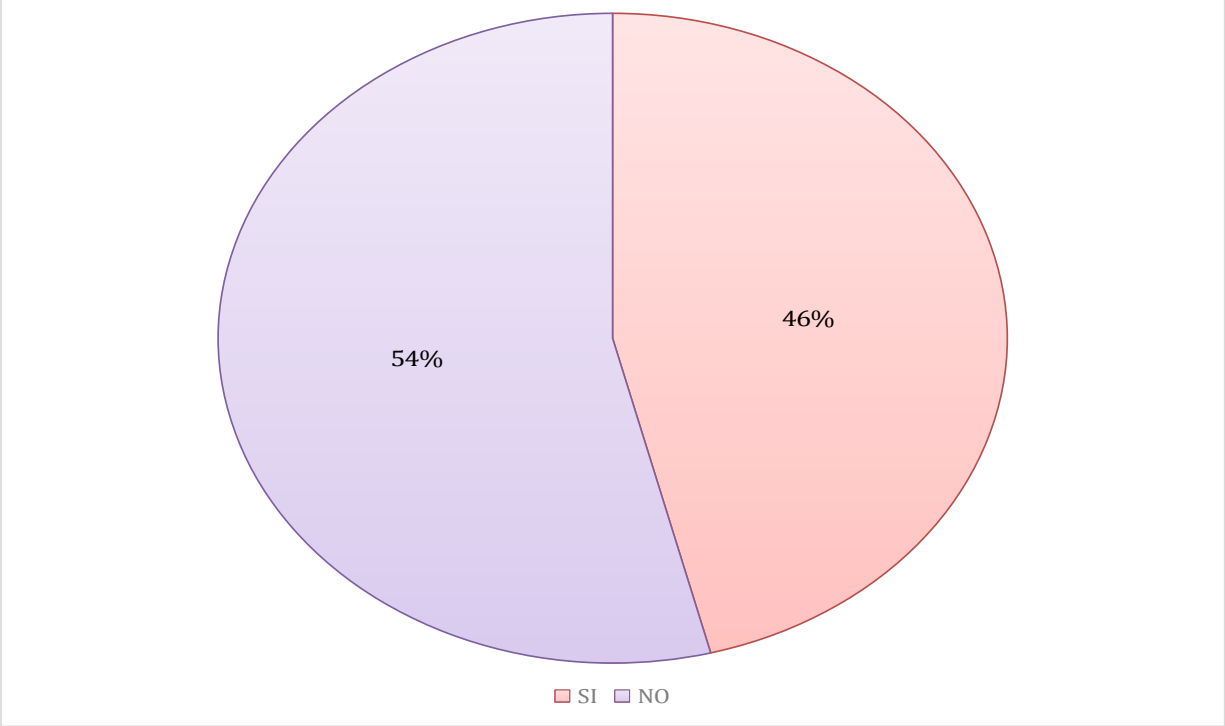
Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°62: Distribución de la procedencia según la adopción de creencias de su país de origen, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

RELACIÓN ENTRE PROCEDENCIA Y ADOPCIÓN DE CREENCIAS	SI		NO		TOTAL	
República Dominicana	1	**33%**	2	**67%**	3	**100%**
Cuba	4	**67%**	2	**33%**	6	**100%**
Colombia	0	**0%**	1	**100%**	1	**100%**
Paraguay	0	**0%**	1	**100%**	1	**100%**
Venezuela	0	**0%**	1	**100%**	1	**100%**
Argentina	0	**0%**	1	**100%**	1	**100%**
TOTAL	5	**100%**	8	**100%**	13	**100%**

Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°55: Distribución de la procedencia según la adopción de creencias de su país de origen, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.



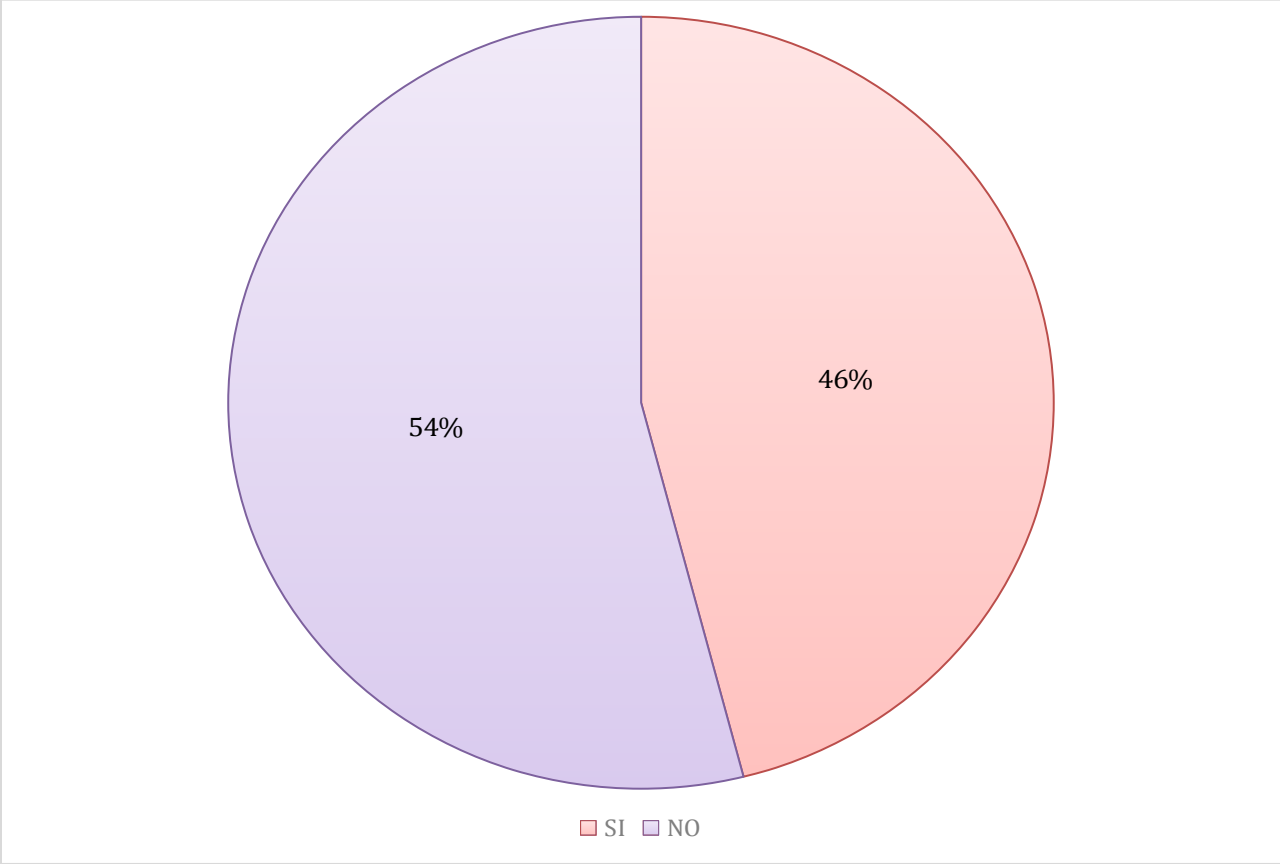
Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°63: Distribución de la alimentación de los lactantes según la adopción de creencias de su país de origen, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

RELACIÓN ENTRE ADOPCIÓN DE CREENCIAS Y ALI. 3ER MES DE VIDA.	PDE		PD + PPL		LM+ alimentos + agua		Total	
Adopta creencias	0	**0%**	0	**0%**	4	**31%**	4	**31**
No adopta creencias	6	**46%**	3	**23%**	0	**0%**	9	**69**
TOTAL	6	**46%**	3	**23%**	4	**31%**	13	**100%**

Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°56: Distribución de la alimentación de los lactantes según la adopción de creencias de su país de origen, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.



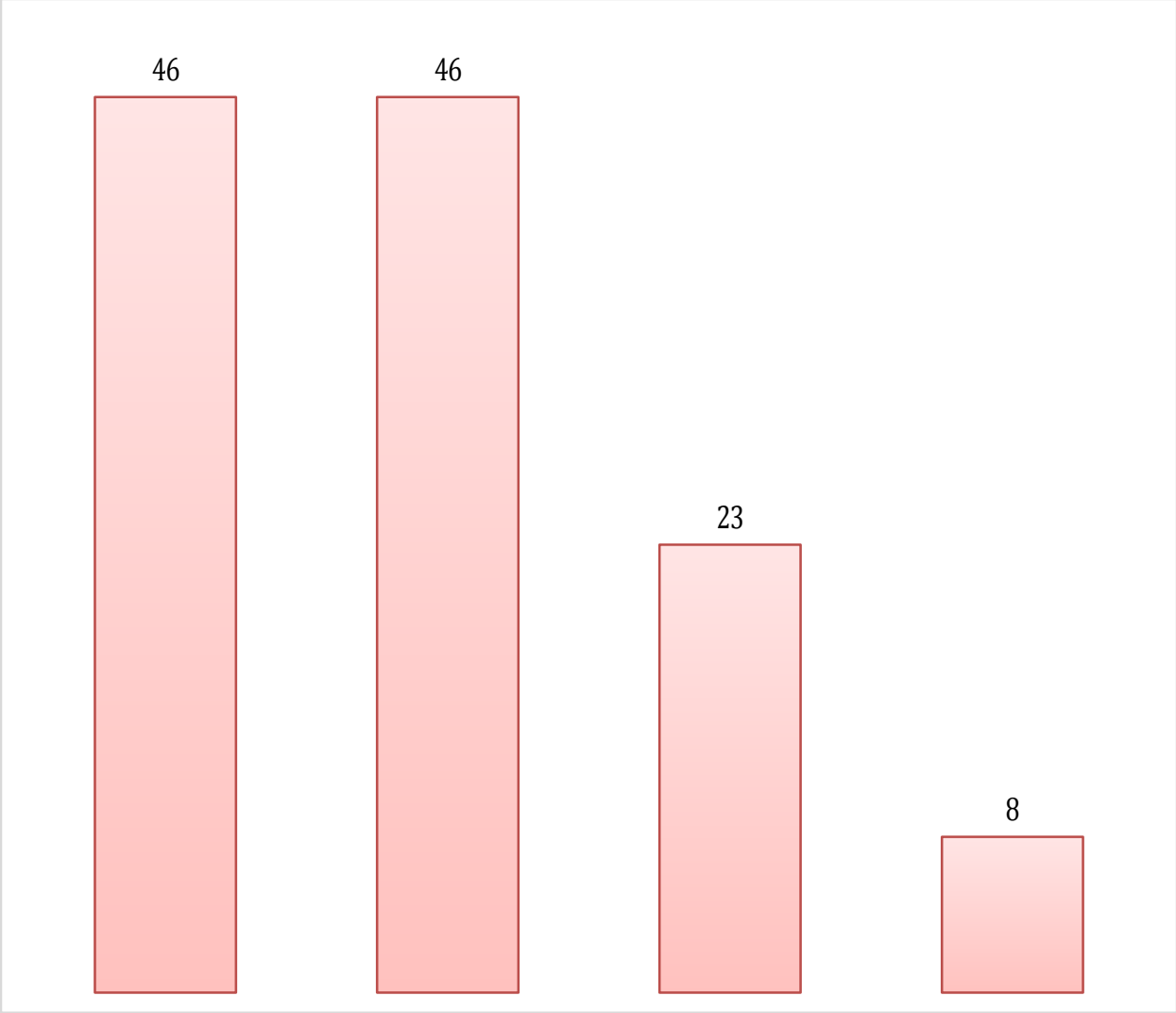
Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°64: Distribución de la alimentación según el número de controles durante embarazo, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

N° CONTROLES Y ALI. 3ER MES DE VIDA	PDE		PD + PPL		PD + alimentos + agua		Total	
1 - 4	0	**0%**	0	**0%**	3	**23%**	3	**23%**
5 - 10	4	**31%**	3	**23%**	1	**8%**	8	**62%**
Más de 10	2	**15%**	0	**0%**	0	**0%**	2	**15%**
TOTAL	6	**46%**	3	**23%**	4	**31%**	13	**100%**

Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°57: Distribución de la alimentación según el número de controles durante embarazo, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.



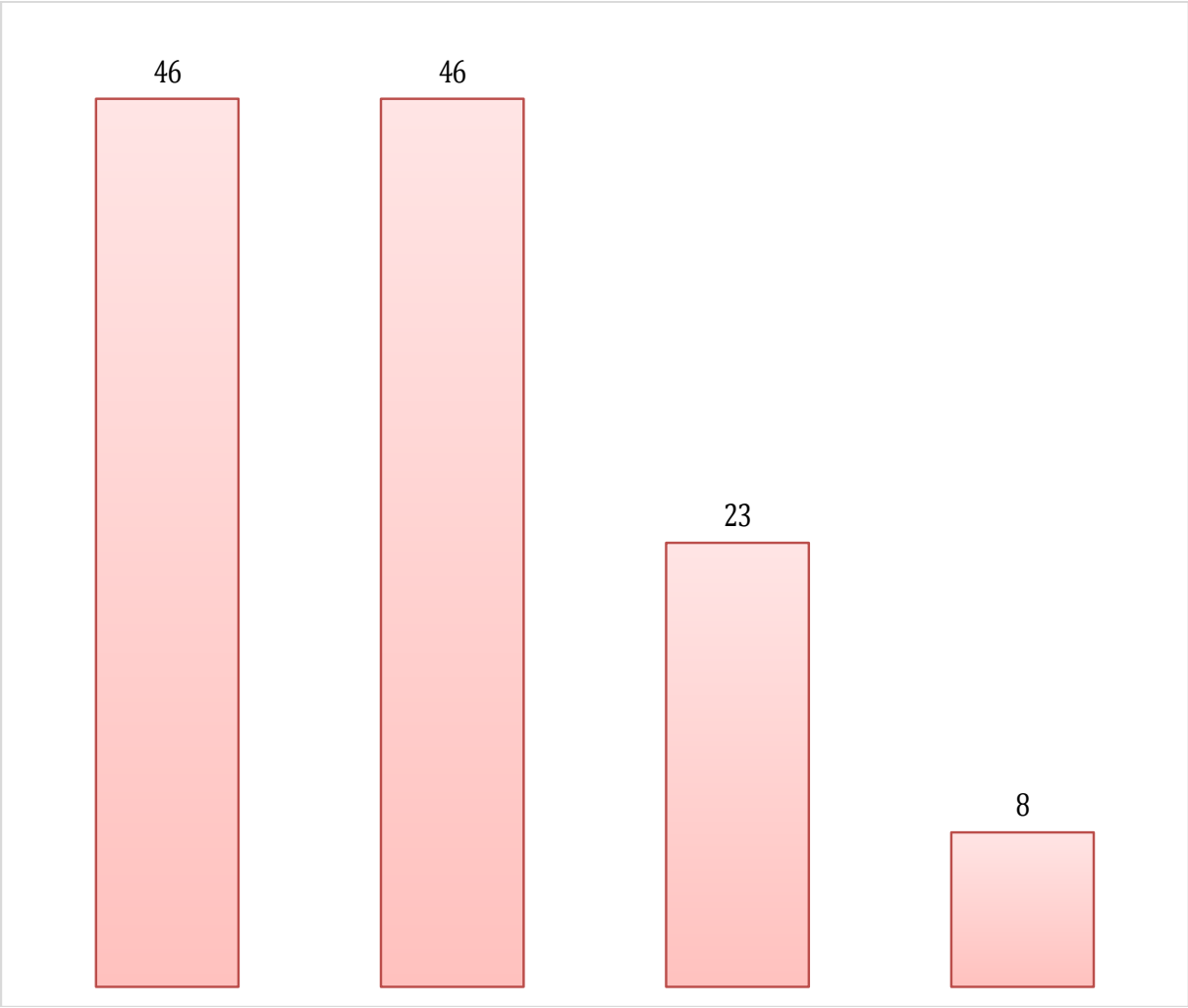
Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Tabla N°65: Distribución de la alimentación al 3er mes de vida del lactante según el inicio de la lactancia en sala de parto o BQ, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

INICIO DE LA LACTANCIA EN SALA DE PARTO O BQ Y ALI. 3ER MES	PDE		PD + PPL		PD+ alimentos + agua		Total	
Si	2	**15%**	2	**15%**	2	**15%**	6	**45%**
No	4	**32%**	1	**8%**	2	**15%**	7	**55%**
TOTAL	6	**47%**	3	**23%**	4	**30%**	13	**100%**

Fuente: Instrumento N°1 Y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°58: Distribución de la alimentación al 3er mes de vida del lactante según el inicio de la lactancia en sala de parto o BQ, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.



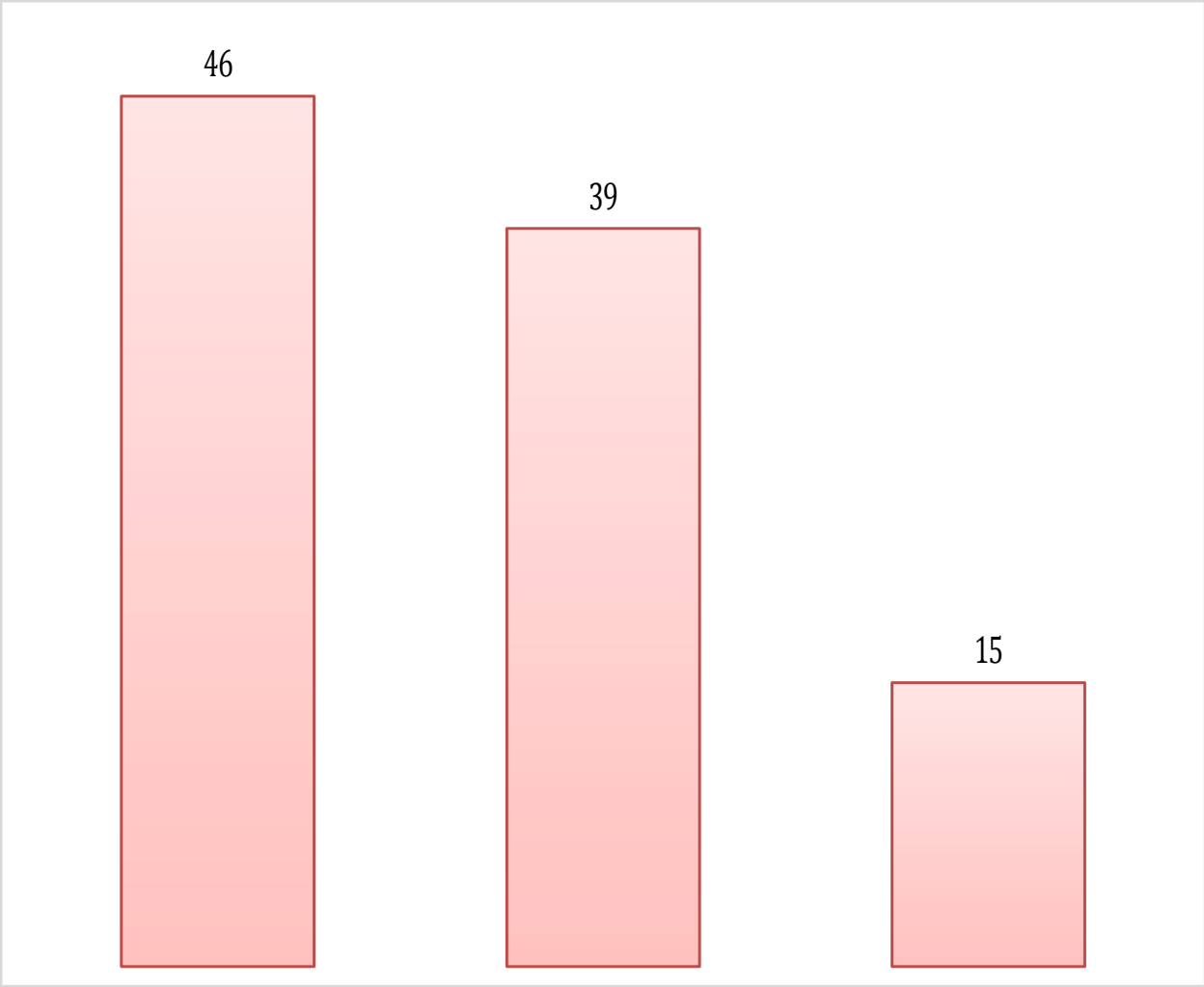
Fuente: Instrumento N°1 Y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°66: Distribución de la información sobre la correcta técnica de amamantar según la concurrencia a clase de parto, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

CONCURRENCIA A CLASE DE PARTO E INFORMACIÓN SOBRE TECNICA DE AMAMANTAR	Concurrió		No concurrió		Total	
Mano en forma de c, panza con panza, se debe escuchar chasquido y no se debe sostener la mama.	2	**15%**	9	**70%**	11	**85%**
Se debe sostener la mama con los dedos índice y medio como tijera.	0	**0%**	2	**15%**	2	**15%**
TOTAL	2	**15%**	11	**85%**	13	**100%**

Fuente: Instrumento N°1 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Grafica N°59: Distribución de la información sobre la correcta técnica de amamantar según la concurrencia a clase de parto, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.



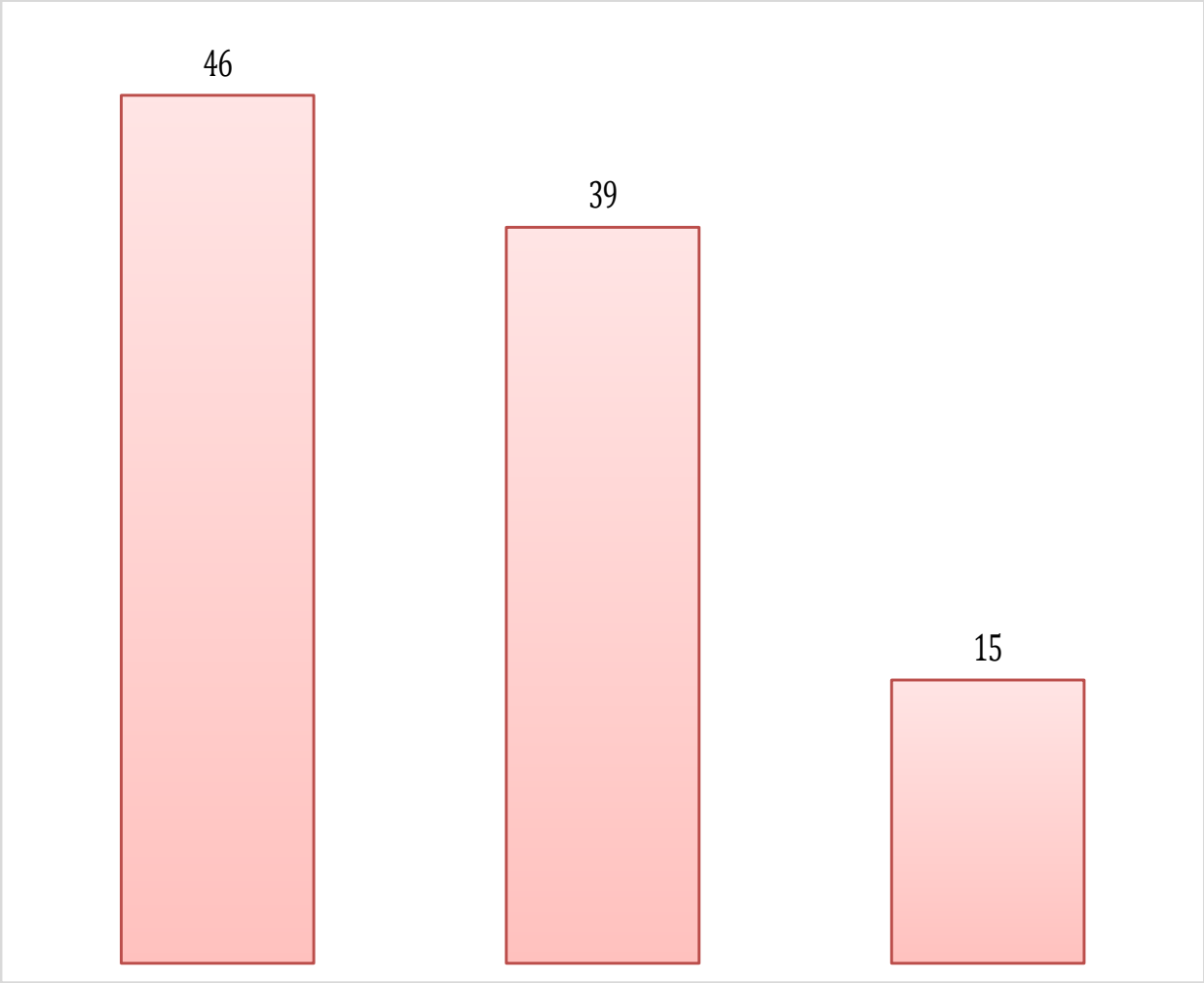
Fuente: Instrumento N°1 Y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Tabla N°67: Distribución de la alimentación en el 3er mes de vida del lactante según la presencia de antecedentes de lactancia, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.

ALIMENTACIÓN EN EL 3ER MES Y ANTECEDENTE DE LM	PDE		PD + PPL		PD + ALIMENTOS + agua		Total	
Si	1	**8%**	1	**8%**	2	**15%**	4	**31%**
No	5	**39%**	2	**15%**	2	**15%**	9	**69%**
TOTAL	6	**47%**	3	**23%**	4	**30%**	13	**100%**

Fuente: Instrumento N°1 y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019.

Gráfica N°60: Distribución de la alimentación en el 3er mes de vida del lactante según la presencia de antecedentes de lactancia, agosto - diciembre de 2019, Montevideo, Uruguay.



Fuente: Instrumento N°1 Y N°2 elaborado por las estudiantes. Montevideo, 2019

Anexo N°6: Análisis estadístico de las variables.

Análisis estadístico:

Variable N°1: Distribución de las usuarias según edad. Agosto - Setiembre de 2019 Montevideo, Uruguay.

Media de edad:

19 + 24 + 22 + 22 + 29 + 19 + 19 + 19 + 23 + 21 + 28 + 30 + 38 = 22

Desviación estándar:

(σ): 5.48

Variable N°3: Distribución de las usuarias según nivel de instrucción, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Moda: Secundaria Completa.

Variable N°9: Distribución de las usuarias según el número de horas que trabaja, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Moda: Menos de 8 horas, 8 horas.

Variable N°10: Distribución de las usuarias según el número de gestas, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Media:

1+3+2+1+2+1+1= 0.85

Desviación estándar:

(σ): 0.94

Variable N°11: Distribución de las usuarias según el número de hijos, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Media:

1 + 2 + 1 + 1 = 0,38

Desviación estándar:

(σ): 0,62

Variable N°12: Distribución de las usuarias según el número de partos vaginales, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Media:

1/13 = 0,08

Desviación estándar:

(σ): 0,27

Variable N°13: Distribución de las usuarias según el número de cesáreas, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Media:

1= 0.08

Desviación estándar:

(σ): 0,27

Variable N°14: Distribución de las usuarias según el número de abortos, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Media: 1 + 1 + 1 + 2 = 0,38

Desviación estándar: 0,62

Variable N°16: Distribución de las usuarias según el número de controles durante el embarazo, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Media:

4+3+5+6+11+8+4+7+8+5+11+10+10= 7,1

Desviación estándar:

(σ): 270

Variable N°25: Distribución según la forma en que se informaron sobre lactancia materna, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay. Variable no excluyente N=13

Moda: Centro de Salud

Variable N°28: Distribución según la expectativa de lactancia materna exclusiva, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Moda: Más de 6 meses.

Variable N°31: Distribución según el tiempo de reintegración al trabajo, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Moda: Después del tercer mes

Variable N°40: Distribución según el conocimiento de las usuarias sobre el tiempo que debe lactar su hijo, agosto - setiembre de 2019. Montevideo, Uruguay.

Moda: 15 min en cada mama

Anexo N°7: Cuestionarios N°1 y N°2 de la recolección de datos. Y Consentimientos informados firmados por usuarias.