



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA MATERNO-INFANTIL

CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LACTANCIA MATERNA

Autores:

Br. Acosta, Karina
Br. Cabrera, Shirley
Br. Chernic, Andrea
Br. Griboni, María
Br. Grosso, Patricia
Br. Moran, Nora

Tutor:

Prof. Adj. Lic. Esp. Alicia Pérez
Prof. Adj. Lic. Sandra Pignataro

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

Montevideo, 2014

Resumen

Tabla de Contenidos

Resumen	pag.1
Pregunta problema	pag.2
Objetivos	pag.3
Métodos	pag.4
Resultados	pag.7
Análisis	pag.26
Conclusión	pag.28
Sugerencia	pag.30
Bibliografía	pag.31
Anexos	pag.33

Anexo 1 Protocolo de Investigación

Anexo 2 Carta de autorización de autorización dirigida al centro.

Anexo 3 Instrumento de recolección de datos

Resumen

La siguiente investigación fue realizada por seis estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la Republica, en el marco de la realización del trabajo final de investigación en el periodo julio agosto de 2014, en un centro de salud perteneciente a la Red de Atención Primaria Administración de Servicios de Salud del Estado; con el fin de identificar los conocimientos que poseen las madres adolescentes sobre lactancia materna con hijos de 0 a 6 meses que se asisten en el Centro de Salud Cerro.

La investigación que llevamos a cabo es de tipo descriptivo cuantitativo de corte transversal, la selección de la muestra será a través de muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de datos se realizó mediante una entrevista estructurada, a través de un cuestionario el cual se aplicó a los individuos integrantes de la muestra, previa realización de una prueba piloto que nos permitió validar el instrumento. Los datos se procesaron utilizando estadística descriptiva mediante análisis univariado con tablas de frecuencia en el programa informático de cálculo de Microsoft Excel.

Las madres adolescentes accedieron voluntariamente a participar en el estudio y cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de investigación.

Luego de realizada la misma descubrimos que las madres adolescentes con hijos de 0 a 6 meses si tienen conocimientos sobre la lactancia materna; entre los hallazgos del estudio se destaca que poseían mayor conocimiento en cuanto a las prácticas de lactancia y el menor conocimiento se refleja en los beneficios y técnicas. Las debilidades en cuanto al conocimiento se manifiestan en los conceptos de lactancia a demanda, elección de la mama al comenzar la lactada, como prender a pecho y posición al amamantar; concluimos que son los conceptos donde el equipo de salud debe hacer énfasis. También encontramos que como fuente de información el personal de enfermería aparece referido en bajo porcentaje por las madres.

Palabras Clave: Adolescencia- Lactancia- Uruguay

Pregunta Problema

¿Cuales son los conocimientos que poseen las madres adolescentes de niños de 0 a 6 meses sobre la lactancia materna que asisten a sus hijos en el Centro de Salud Cerro en el periodo comprendido entre julio y agosto de 2014, en Montevideo Uruguay?

Investar los conocimientos que poseen las madres adolescentes de niños de 0 a 6 meses sobre lactancia materna que asisten a sus hijos en el Centro de Salud Cerro en el periodo comprendido entre 20 de julio al 6 de agosto de 2014.

Objetivos Específicos

Conocer a la población de madres adolescentes.

Obtener las fuentes de información de madres adolescentes sobre la lactancia materna.

Identificar los conocimientos sobre prácticas de la lactancia materna que poseen las madres adolescentes.

Identificar que conocimientos poseen sobre de las prácticas y técnicas de lactancia materna.

Objetivos

Objetivo General

Identificar los conocimientos que poseen las madres adolescentes de niños de 0 a 6 meses sobre lactancia materna que asisten a sus hijos en el Centro de Salud Cerro en el periodo comprendido entre 28 de julio al 8 de agosto de 2014.

Objetivos Específicos

Caracterizar a la población de madres adolescentes.

Conocer las fuentes de información de madres adolescentes sobre la lactancia materna.

Identificar los conocimientos sobre beneficios de la lactancia materna que poseen las madres adolescentes.

Establecer que conocimientos poseen acerca de las prácticas y técnicas de lactancia materna.

Métodos

Aspectos éticos

Se contó con la autorización de las autoridades de la institución donde se realizó la investigación, así como el consentimiento verbal de las madres para participar de las mismas.

Una vez que se obtuvo la aprobación de las autoridades de la institución para la recolección de datos, se realizó una prueba piloto para corroborar la comprensión del instrumento, la misma fue llevada a cabo en julio de 2014 como consecuencia se modificó el instrumento.

Luego de realizada la experiencia piloto y aplicando los conceptos trabajados se decide modificar las siguientes variables:

- se modifica la variable situación conyugal.
- se agrega la variable núcleo familiar.
- se agregan a la variable conocimiento en cuanto a la dimensión "técnicas" indicadores sobre extracción y almacenamiento de leche materna por omitirla en el cuestionario inicial.

Tipo y diseño general del estudio

Se llevó a cabo una investigación descriptiva cuantitativa de corte transversal. Dicha investigación se realizó en el Centro de Salud Cerro correspondiente al primer nivel de atención dependiente de ASSE en la ciudad de Montevideo en el periodo julio agosto de 2014.

Universo

El universo que nos ocupa son todas las madres adolescentes de 10 a 19 años con hijos de 0 a 6 meses que se asisten en el Centro de Salud Cerro.

Muestra del estudio

La muestra es de tipo no probabilístico, por conveniencia, se aplicó el instrumento a 12 madres adolescentes de 10 a 19 años con hijos de 0 a 6 meses que se asisten en el Centro de Salud Cerro.

Criterios de inclusión:

Madre adolescente de 10 a 19 años con hijos entre 0 y 6 meses, que se asistan en el Centro de Salud Cerro.

Madres adolescentes que mantengan lactancia materna exclusiva o mixta hasta los 6 meses de edad.

Criterio de exclusión:

Madres mayores de 20 años.

Niños mayores a 6 meses de edad.

Madres adolescentes que mantengan una alimentación artificial exclusiva.

Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario administrado por el investigador y aplicado por medio de una entrevista estructurada; incluyó preguntas cerradas y de múltiple opción.

Los datos fueron recabados por 6 estudiantes de la licenciatura de enfermería, en el turno de 9 a 15 hs entre el 28 de julio al 8 de agosto de 2014.

Se solicitó la autorización de las autoridades de la institución; las estudiantes concurren identificadas y se les solicitó el consentimiento verbal a las

madres para participar en la investigación. Se estima que la duración de cada entrevista fue de 10 a 15 minutos.

La información obtenida fue procesada en el programa Microsoft Office Excell.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	1	8%
20 a 24	11	92%
Total	12	100%

Figura 1. Distribución de la recolección de datos.

Gráfico N° 1. Distribución de la recolección de datos por edad.

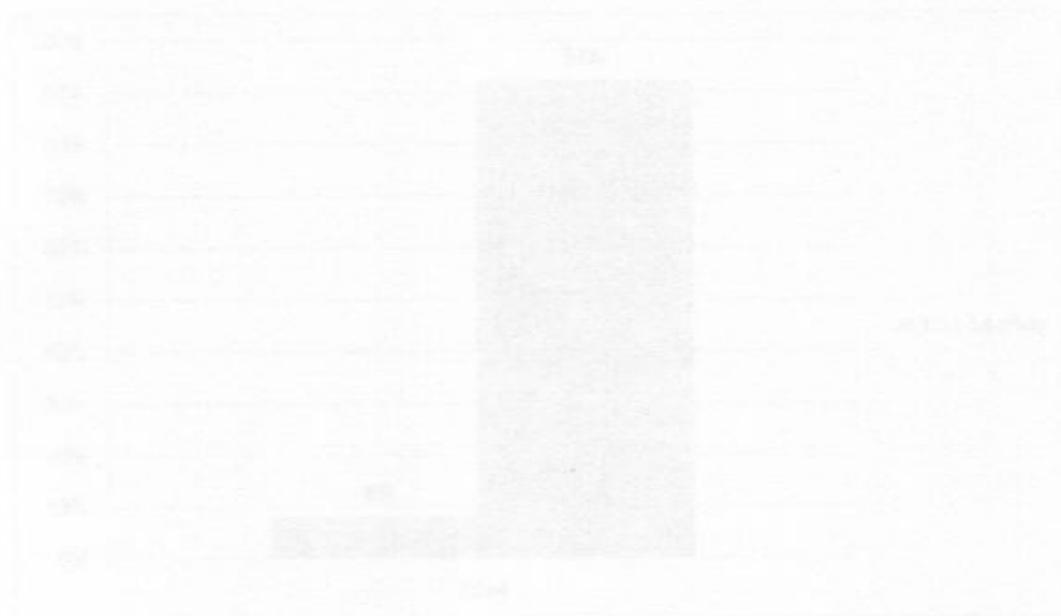


Tabla 1. Distribución de recolección de datos.

En el gráfico se puede observar que el 92% de las madres pertenecientes del Centro de Salud de San Juan de los Rios tienen entre 20 y 24 años de edad en comparación con la subpoblación total (15 a 19) años, y solo el 8% se encuentra dentro del rango de edades más tempranas (10 a 14 años).

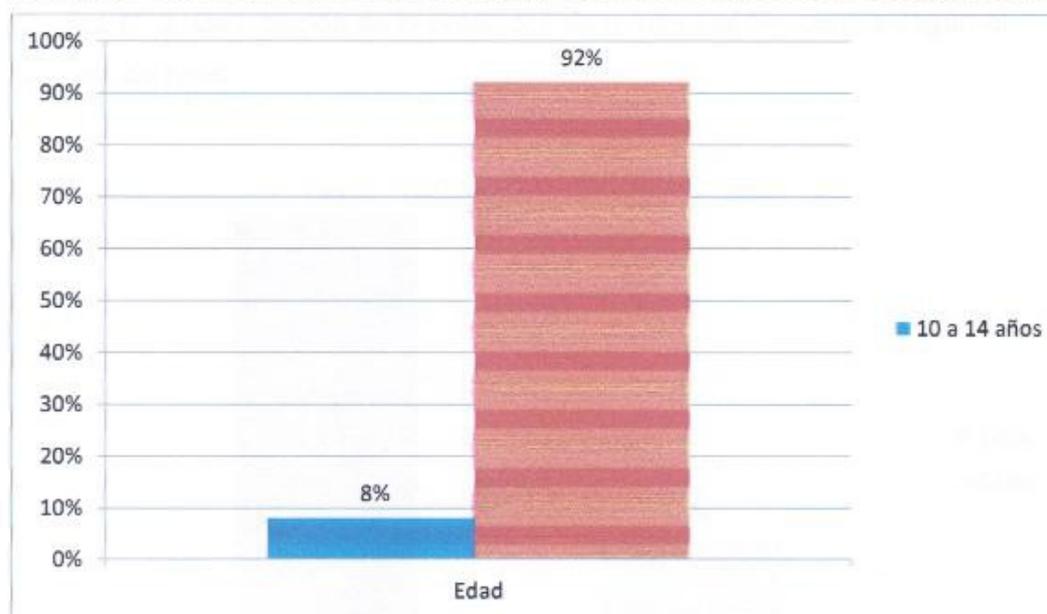
Resultados

Tabla n°1: Distribución de la población de madres adolescentes según edad.

Edad	FA	FR%
10 a 14	1	8%
15 a 19	11	92%
Total	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Grafica N° 1. Distribución de la población de madres adolescentes según edad.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

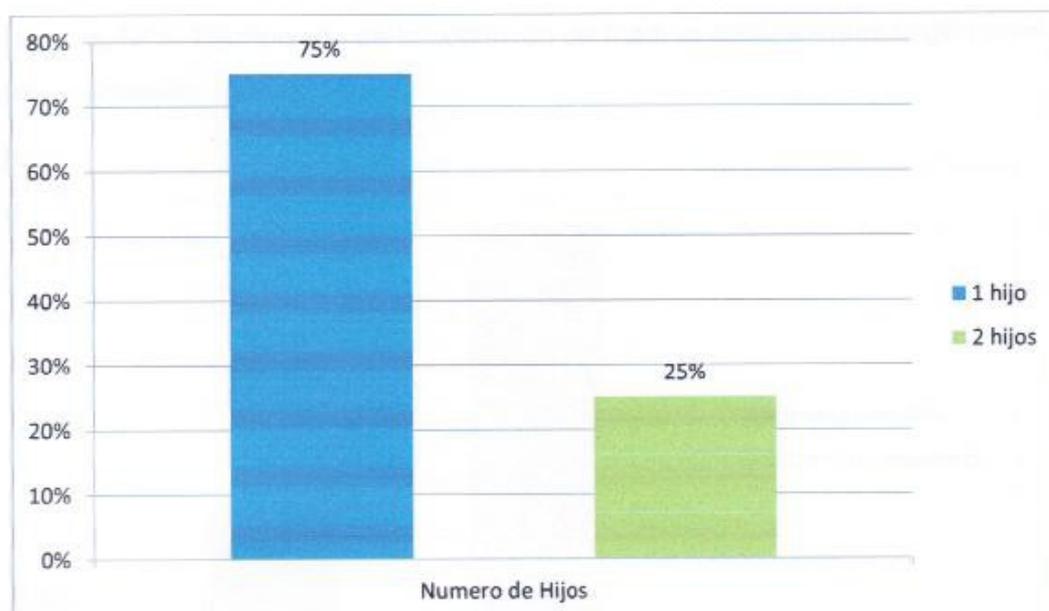
En el gráfico se hace visible que el 92% de las madres adolescentes del Centro de Salud Cerro cuyos hijos tienen entre 0 y 6 meses de edad se encuentran en la adolescencia tardía (15 a 19) años y solo el 8% se encuentra dentro del rango de adolescencia temprana (10 a 14 años).

Tabla n°2: Distribución de la población de madres adolescentes según el número de hijos.

Número de hijos	FA	FR %
1	9	75%
2	3	25%
3		
Total	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Grafica N° 2. Distribución de la población de madres adolescentes según el número de hijos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

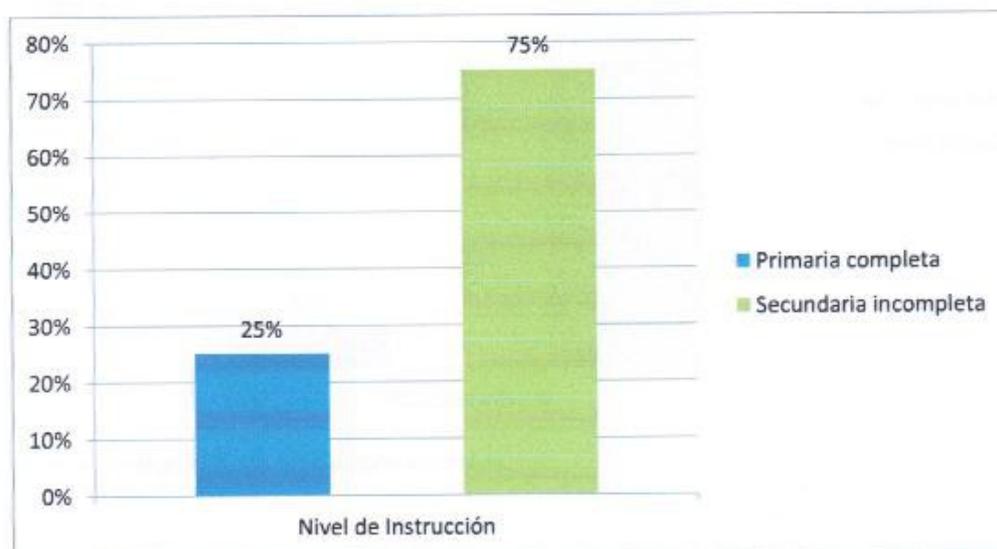
De la muestra recogida se observa que un 25% de las madres tienen dos hijos y el 75 % son madres por primera vez.

Tabla n°3: Distribución de la población de madres adolescentes según nivel de instrucción.

Nivel Instrucción	FA	FR%
Analfabeto		
Primaria completa	3	25%
Primaria incompleta		
Secundaria completa		
Secundaria incompleta	9	75%
Enseñanza terciaria		
Total	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfica N° 3. Distribución de la población de madres adolescentes según nivel de instrucción.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

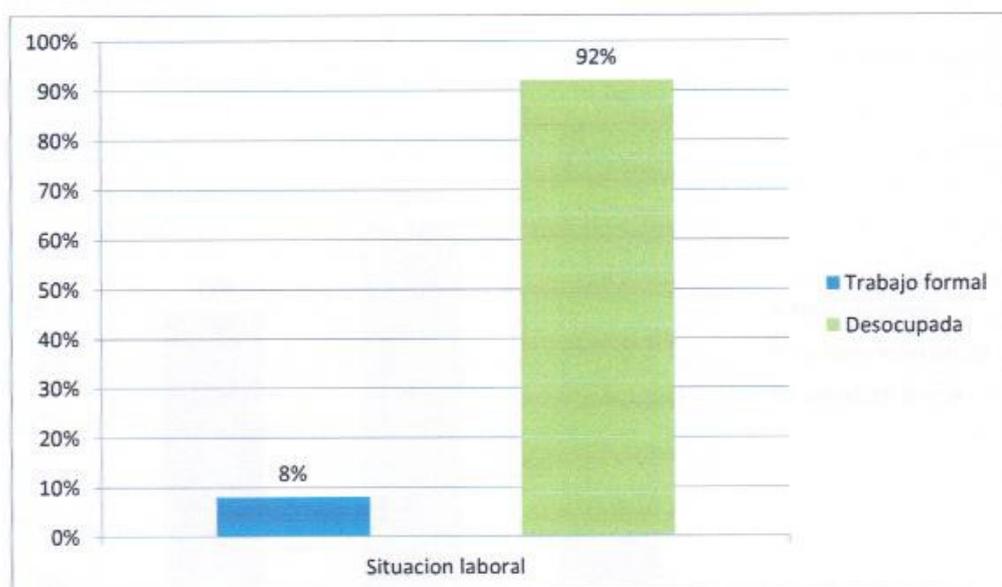
En la gráfica se observa que el 25% de las adolescentes solo tiene aprobado primaria completa y el 75% a cursado secundaria sin finalizar los cursos.

Tabla n°4: Distribución de la población de madres adolescentes según situación laboral.

Situación Laboral	FA	FR%
Trabajo formal	1	8%
Trabajo informal		
Desocupada	11	92%
Total	12	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Grafica N° 4. Distribución de la población de madres adolescentes según situación laboral.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

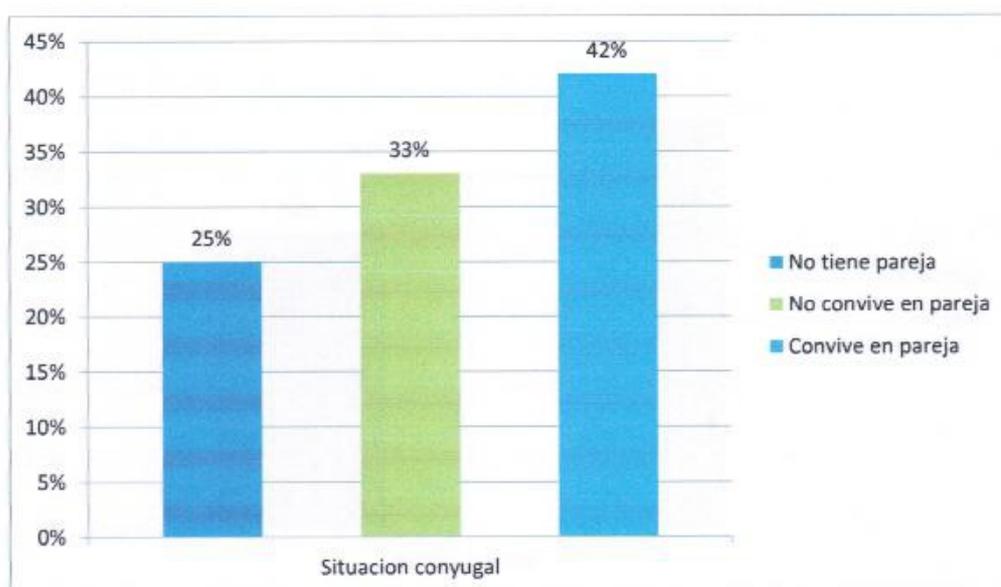
Encontramos que solo el 8% de las madres trabaja, el 92% está desocupada.

Tabla n°5: Distribución de la población de madres adolescentes según Situación conyugal.

Situación Conyugal	FA	FR%
No tiene pareja	3	25%
Convive con la pareja	5	42%
No convive con la pareja	4	33%
Total	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Grafica N° 5. Distribución de la población de madres adolescentes según Situación conyugal.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

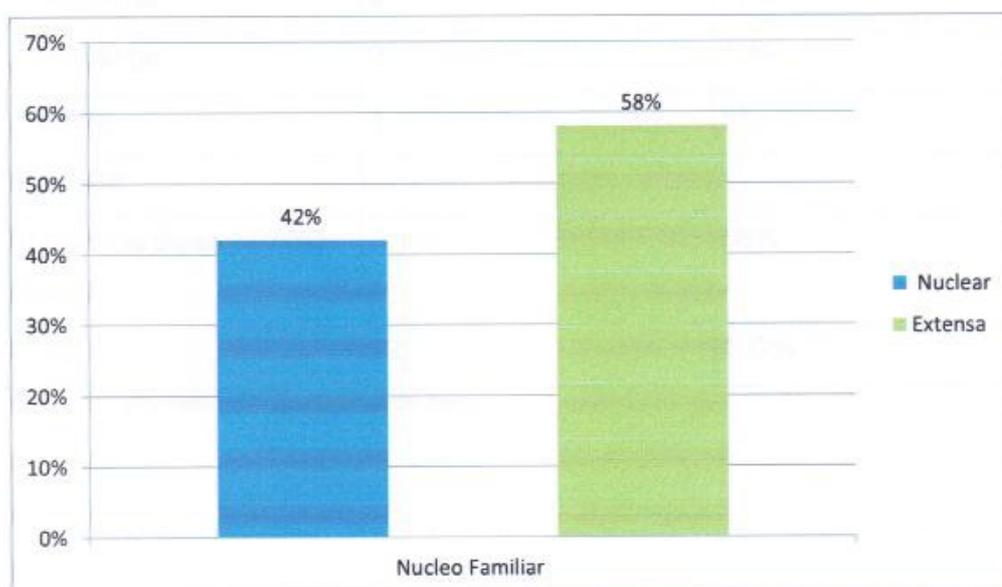
En cuanto a la situación conyugal de las adolescentes el 25% no tiene ningún vínculo de pareja y de las restantes 42% tiene pareja pero no convive y el 33% si convive en pareja.

Tabla n°6: Distribución de la población de madres adolescentes según núcleo familiar.

Núcleo familiar	FA	FR%
Nuclear	5	42%
Extensa	7	58%
Monoparental		
Ensamblada		
Homoparental		
Total	12	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Grafica N° 6: Distribución de la población de madres adolescentes según núcleo familiar.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

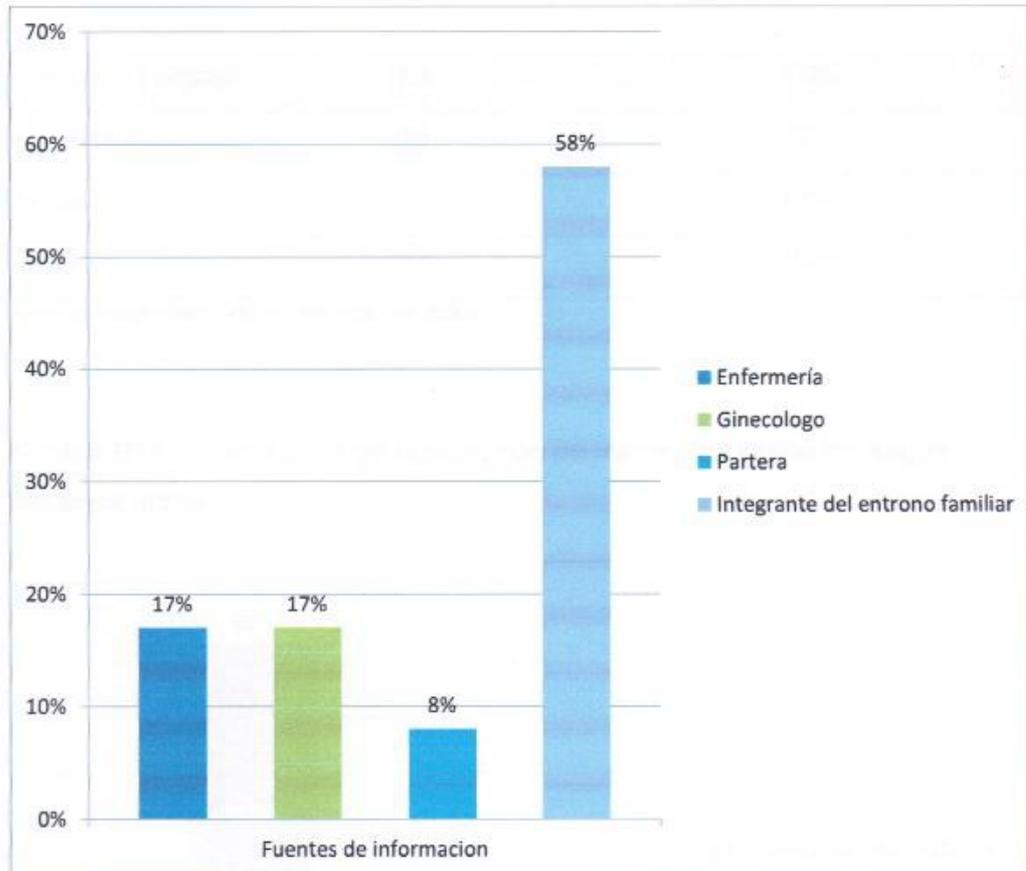
Se aprecia que el 58% de las madres adolescentes vive en familias de tipo extensa y el 42% vive como familia nuclear.

Tabla n°7: Distribución de la población de madres adolescentes según fuentes de información.

Fuentes de Información	FA	FR%
Internet		
TV		
Radio		
Campaña de la semana de la lactancia materna		
Folletos		
Libros		
Revistas		
Enfermería	2	17%
Ginecólogo	2	17%
Partera	1	8%
Pediatra		
Integrante de su entorno familiar	7	58%
Total	12	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Grafica N° 7. Distribución de la población de madres adolescentes según fuentes de información.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

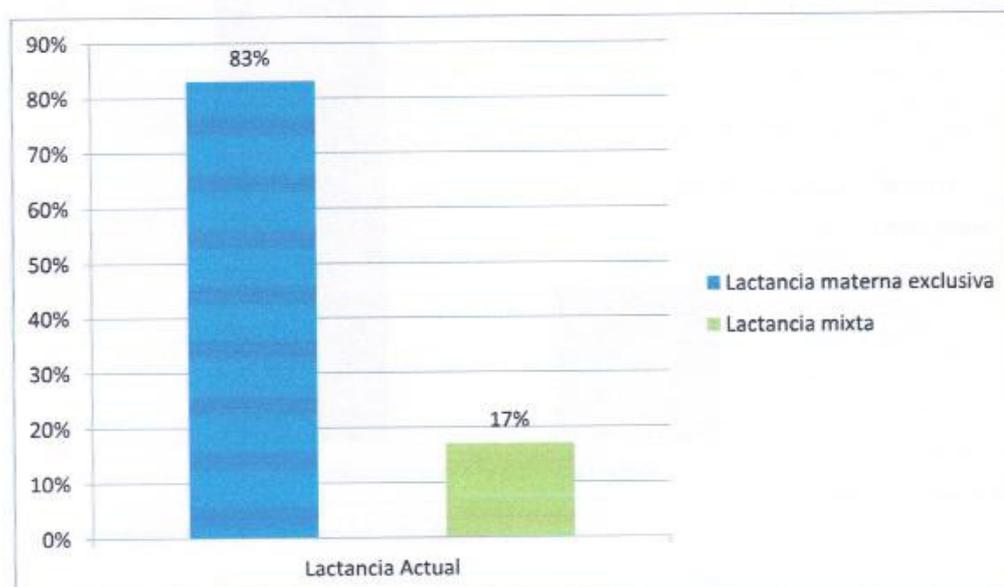
Al interrogar sobre las fuentes de información referidas al conocimiento que poseen de la lactancia materna un 58% manifiesta que es alguna persona de su entorno familiar quien la ha informado sobre el tema, un 17% nombra a enfermería y un 17% al ginecólogo y un 8% a la partera.

Tabla n° 8: Distribución de la población de madres adolescentes según lactancia actual.

Lactancia actual	FA	FR%
Exclusiva	10	83%
Mixta	2	17%
Total	12	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Grafica N° 8. : Distribución de la población de madres adolescentes según lactancia actual.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

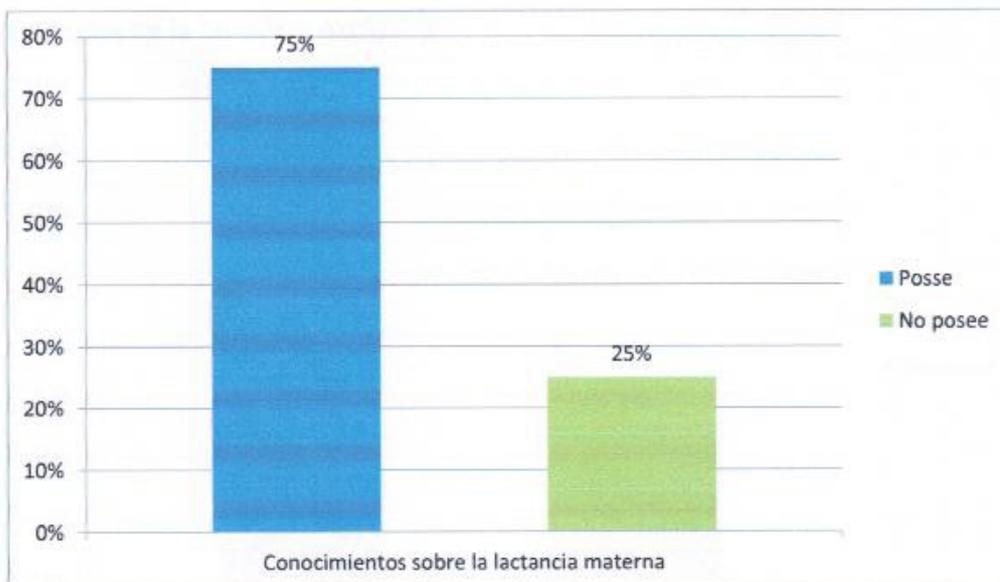
De las madres adolescentes captadas a través de entrevistas el 83% estaba al momento de la misma manteniendo lactancia materna exclusiva y el 17% lactancia mixta.

Tabla N°9: Distribución de la población de madres adolescentes según conocimientos sobre la lactancia materna.

Conocimientos sobre lactancia materna	FA	FR%
Posee	9	75%
No posee	3	25%
Total	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Grafica N° 9. Distribución de la población de madres adolescentes según conocimientos sobre la lactancia materna.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

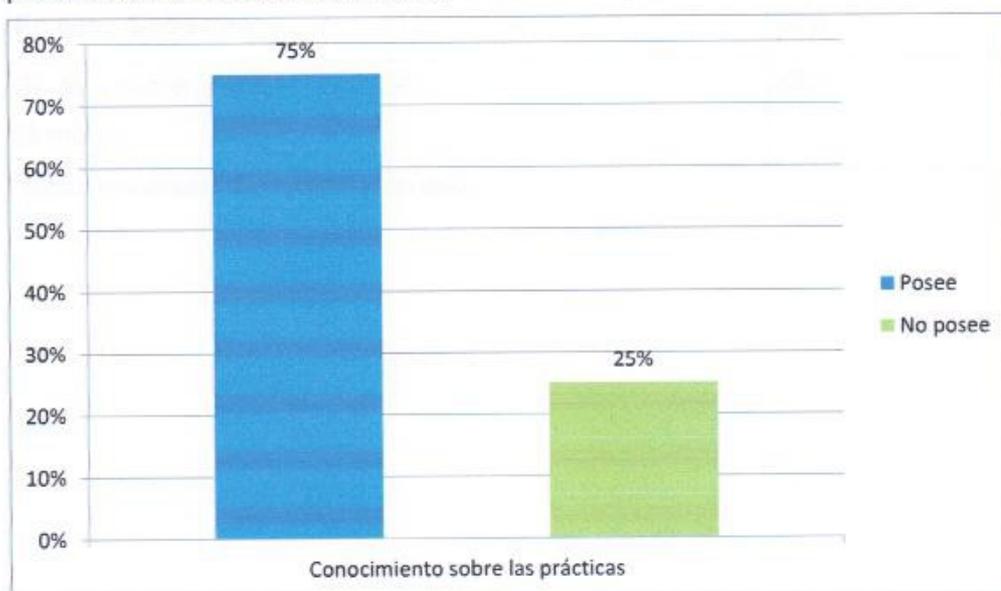
Observamos que de las madres adolescentes el 75% posee conocimientos sobre la lactancia materna y 25% no los posee. Se consideraba que poseían conocimiento según criterio establecido por las investigadoras.

Cuadro n°1: Conocimientos sobre la Lactancia Materna según dimensión práctica de la lactancia materna.

Conocimiento sobre prácticas	FA	FR%
Posee	9	75%
No posee	3	25%
Total	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Grafica N° 1 Conocimientos sobre la Lactancia Materna según dimensión prácticas de la lactancia exclusiva.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

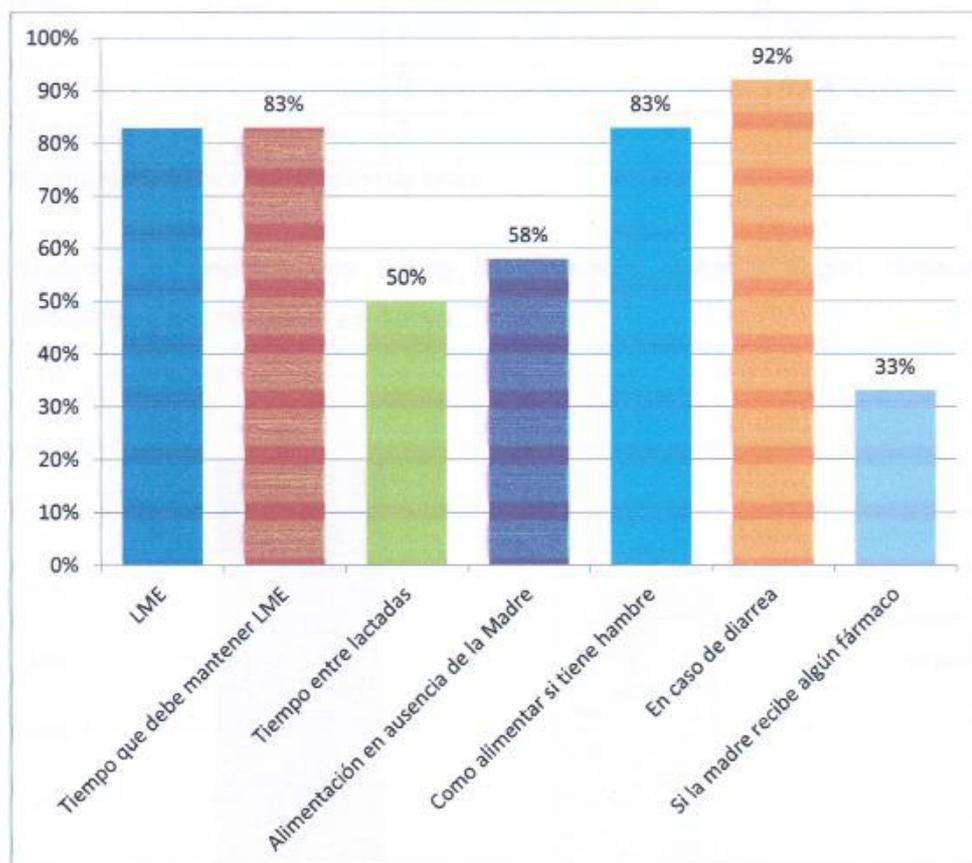
Sobre prácticas de lactancia el 75% de madres adolescentes posee conocimientos y el 25% no los posee. Se consideraba que poseían conocimiento según criterio establecido por las investigadoras.

Cuadro comparativo de indicadores seleccionados sobre conocimientos de lactancia Materna según dimensión prácticas de lactancia materna.

Conocimiento de prácticas	FA	FR%
Lactancia Materna Exclusiva	10	83%
Tiempo que debe mantener la LME	10	83%
Tiempo entre lactadas	6	50%
Alimentación en ausencia de la Madre	7	58%
Como alimentar si tiene hambre	10	83%
En caso de diarrea	11	92%
Si la madre recibe algún fármaco	4	33%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfica: Cuadro comparativo de indicadores seleccionados sobre conocimientos de lactancia Materna según dimensión práctica de lactancia exclusiva.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

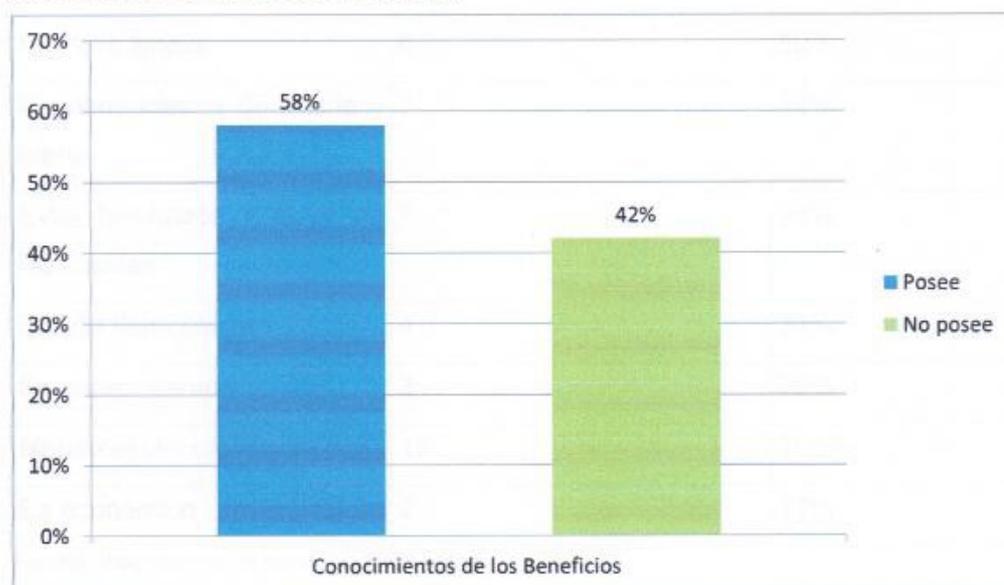
Se indago acerca de las prácticas de la lactancia materna de lo cual se concluyó que de la totalidad de la muestra un 83% poseía un adecuado conocimiento sobre el concepto "lactancia materna exclusiva" y la edad durante la cual se debe mantener práctica de la LME, así como también alimentarlo si el niño tiene hambre. En caso de diarrea el 92% sabía que debía mantener solo la lactancia exclusiva. Los porcentajes mas bajos se encontraron en el manejo de la alimentación a demanda un 50% y como alimentar al niño en ausencia de la madre un 58%. Solo el 33% posee conocimientos sobre los efectos en la lactancia si la madre recibe algún fármaco.

Cuadro n°2: Conocimientos sobre la Lactancia Materna según dimensión beneficios de la lactancia materna.

Conocimientos sobre beneficios	FA	FR%
Posee	7	58%
No posee	5	42%
Total	12	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfica 2: Conocimientos sobre la Lactancia Materna según dimensión beneficios de la lactancia exclusiva.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

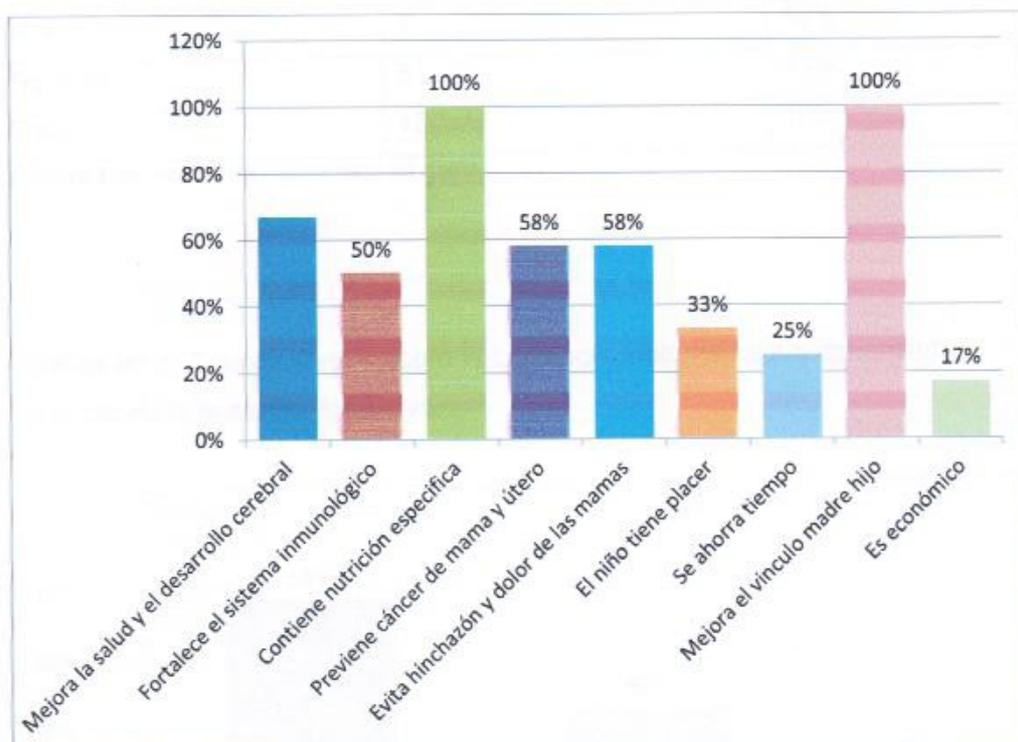
Respecto a los beneficios que aporta el mantener la lactancia materna el 58% de las adolescentes poseía y el 42% no tenía conocimientos suficientes. Se consideraba que poseían conocimiento según criterio establecido por las investigadoras.

Cuadro comparativo de indicadores seleccionados sobre conocimientos de lactancia Materna según dimensión beneficios de lactancia materna.

Conocimientos de beneficios	de FA	FR%
Mejora la salud y el desarrollo cerebral	8	67%
Fortalece el sistema inmunológico	6	50%
Contiene nutrición específica	12	100%
Siempre limpia	6	50%
Previene cáncer de mama y útero	7	58%
Evita hinchazón y dolor de las mamas	7	58%
El niño tiene placer	4	33%
Se ahorra tiempo	3	25%
Mejora el vinculo madre hijo	12	100%
Es económico	2	17%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfica: Cuadro comparativo de indicadores seleccionados sobre conocimientos de lactancia Materna según dimensión beneficios de lactancia exclusiva.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

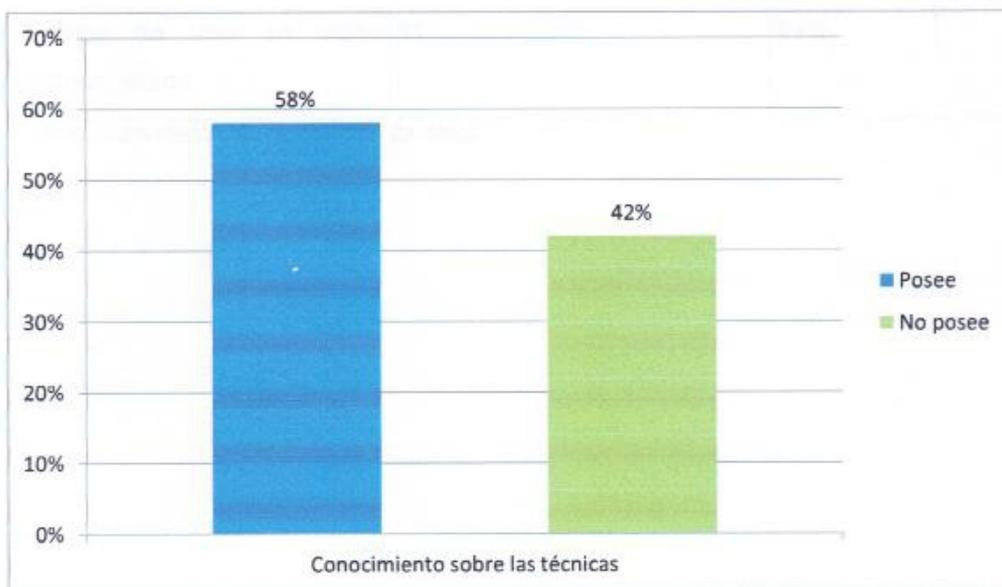
Se aprecia que referido a los beneficios de mantener la lactancia materna la totalidad sabía que mejora el vínculo madre hijo y contiene la nutrición específica para el bebé. Un 67% sabía que mejora la salud y el desarrollo cerebral; con igual porcentaje un 58% las adolescentes conocen que previene el cáncer de mama y útero así como también la lactancia materna evita la hinchazón y dolor de las mamas. Solo un 50% conoce que fortalece el sistema inmunitario y está siempre limpia. El 33% considera que el niño tiene placer al amamantar, el 25% opina que se ahorra tiempo y en menor porcentaje 17% estima que es la alimentación más económica.

Cuadro n°3: Conocimientos sobre la Lactancia materna según dimensión técnicas de la lactancia materna.

Conocimientos sobre técnicas	FA	FR%
Posee	7	58%
No posee	5	42%
Total	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Grafica N° 3: Conocimientos sobre la Lactancia materna según dimensión técnicas de la lactancia exclusiva.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

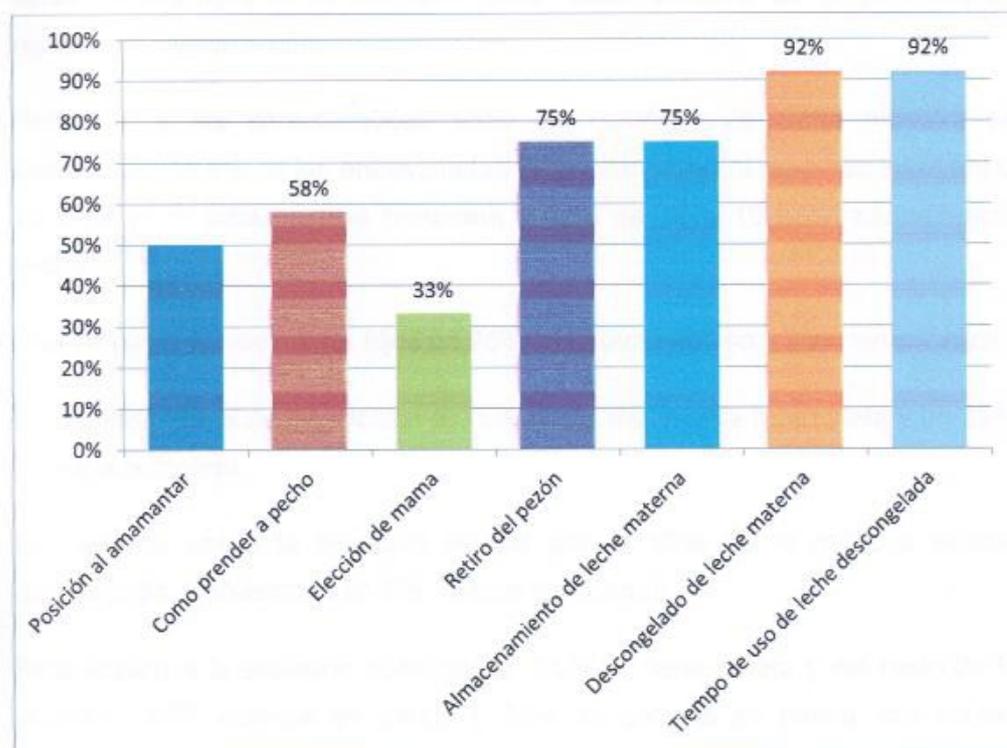
Referido a las técnicas sobre lactancia materna el 58% de las adolescentes posee conocimientos y el 42% no los tiene. Se consideraba que poseían conocimiento según criterio establecido por las investigadoras.

Cuadro comparativo de indicadores seleccionados sobre conocimientos de lactancia Materna según dimensión técnicas de lactancia materna.

Conocimiento de técnicas	FA	FR%
Posición al amamantar	6	50%
Como prender a pecho	7	58%
Elección de mama	4	33%
Retiro del pezón	9	75%
Almacenamiento de leche materna	9	75%
Descongelado de leche materna	11	92%
Tiempo de uso de leche descongelada	11	92%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfica: Cuadro comparativo de indicadores seleccionados sobre conocimientos de lactancia Materna según dimensión técnicas de lactancia materna.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

El gráfico nos muestra que respecto al conocimiento de las técnicas el mayor porcentaje se observa en el descongelado de la leche materna y tiempo de uso con un 92%; el 75% conoce como almacenar la leche materna y como retirar el pezón de la boca del niño, solo el 58% prende correctamente el niño a pecho; un 50% mantiene la posición correcta al amamantar y solo el 33% realiza una correcta elección de mama al comenzar la lactada.

Análisis

Se estudio un total de 12 madres adolescentes con hijos de 0 a 6 meses que asisten a sus hijos en el Centro de Salud Cerro desde el 28 de julio al 8 de agosto del corriente año.

Referente a las características socio demográficas de dicha muestra se destaca que el 8% de las entrevistadas se encuentra en el rango de edad entre 10 a 14 años adolescencia temprana y 92% de 15 a 19 años adolescencia tardía.

Con respecto al número de hijos un 75% solo tenía un hijo y 25% tenía 2 hijos.

En cuanto al nivel de instrucción el 75% curso secundaria incompleta y un 25% primaria completa.

Destacamos sobre la situación laboral que el 92% de la muestra estaba desocupada, y solamente un 8% estaba trabajando.

Relacionado a la situación conyugal el 25% no tiene pareja y del resto de la muestra 42% convive en pareja y 33% no convive en pareja; del núcleo familiar el 42% conformaba familia nuclear y el 58% familia extensa.

Sobre las fuentes de conocimiento de lactancia materna encontramos que de las adolescentes un 58% obtuvo la información de algún integrante de su entorno familiar, 17% de personal de enfermería, 17% del ginecólogo y un 8% de la partera. Viendo los porcentajes alcanzados destacamos que las adolescentes refieren en alto porcentaje como fuente de sus conocimientos al entorno familiar y escasamente a enfermería.

De la lactancia que recibían los niños al momento de la entrevista se observó que un 83% era lactancia materna exclusiva y 17% lactancia mixta.

Al procesar los datos obtenidos observamos que el 75% de las madres adolescentes posee conocimientos sobre lactancia materna y un 25% no posee conocimientos sobre el tema.

Si bien el porcentaje alcanzado es alto al analizar las diferentes dimensiones de la variable observamos que en cuanto a las prácticas podemos decir que 75% posee conocimientos y un 25% no posee, las adolescentes no manejan correctamente el concepto de lactancia a demanda en un 50%. Otros indicadores donde los resultados fueron bajos son la forma de alimentación en ausencia de la madre 58% y los efectos posibles al recibir medicación la madre 33%.

De los beneficios el 58% tiene conocimientos y 42% no. Se observa la disminución del conocimiento de los beneficios en relación a las prácticas, no obstante al analizar los beneficios propuestos vemos que la totalidad de las madres conoce que la lactancia mejora el vínculo madre hijo y contiene la nutrición específica para el lactante; también se observa que un 58% conoce que previene el cáncer de mama y útero a sí como también que mejora la salud y el desarrollo cerebral.

Sobre las técnicas 58% tiene conocimientos y 42% no tiene conocimiento, de los indicadores propuestos los porcentajes mas altos son los referidos a las técnicas de extracción manual y almacenamiento de leche materna y los más bajos son los que se ocupan específicamente de la técnica de amamantamiento, elección de la mama, como prender a pecho y posición al amamantar.

Conclusión

Finalizando este trabajo consideramos que se cumplieron los objetivos planteados para esta investigación.

Con respecto a conocer la situación sociodemográfica se destaca que el mayor porcentaje de adolescentes no tenía secundaria completa, un 92% de las adolescentes estaba desocupada, esta variable y la anterior nos muestra las carencias en el bienestar social de estas jóvenes; esto podría condicionar el desarrollo de una mejor calidad de conocimiento relacionado con la lactancia materna así como también la toma de decisiones respecto del desarrollo del lactante. Es llamativo que el 25% de las adolescentes sean madres por segunda vez, el mayor porcentaje de adolescentes vive en familias ensambladas esto nos muestra que para la mayoría de las jóvenes, el nacimiento del hijo en la adolescencia no implica la formación de un hogar propio, es decir, la asunción del rol adulto de la maternidad no se ve acompañada, en la mayoría de los casos, con asumir un rol de adulto independiente del hogar paterno esto determina la dependencia socioeconómica.

Por estas razones consideramos que es un momento fundamental de seguimiento para construir y colaborar en el desarrollo del conocimiento de la madre siendo una instancia oportuna para la intervención en la promoción de salud.

La ausencia del equipo de salud y en particular de la disciplina enfermería como fuente de conocimiento nos demuestra la necesidad de atender esta demanda dedicando mayores esfuerzos a lograr una eficaz promoción, mejorando así la calidad del conocimiento.

Luego de analizar las variables podemos concluir que alcanzan un alto grado de conocimiento pero al analizar las diferentes dimensiones estudiadas los resultados muestran que en cuanto a las prácticas de lactancia el conocimiento es mayor y es menor en cuanto a los beneficios y técnicas. Las debilidades en cuanto al conocimiento se manifiestan en los conceptos de lactancia a

demanda, elección de la mama al comenzar la lactada, como prender a pecho y posición al amamantar; con esto podría verse comprometida la correcta alimentación del lactante; concluimos que son los conceptos donde el equipo de salud debe hacer énfasis.

En el importante rol que cumple la licenciada de enfermería en el primer nivel de atención destacamos la educación y promoción, siendo generador de conocimientos, colaborando en la atención integral del ser biosicosocial para lograr el mayor desarrollo de las capacidades individuales y familiares.

Sugerencias

La realización de la consulta de enfermería programada es una de las formas de interacción profesional entre el usuario y la licenciada. La labor de la licenciada se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad a realizar autocuidado de salud. Consideramos que esta sería la herramienta de elección para lograr mejorar las debilidades encontradas en cuanto al conocimiento de las madres adolescentes.

El Centro de Salud Cerro carece de dicha instancia de forma protocolizada por lo que sería importante la implementación de la misma como elemento que contribuya a la calidad de atención.

Esquivel, M. I., Carrillo, P. E. Evidencia de la calidad, estado nutricional y alimentación en embarazadas en cinco municipios de 24 meses atendidas por servicios de salud y mujeres de Morelos y el estado del arte. Morelos: UNICER, 2017. 71 p.

González, C., Rivera, M., Rodríguez, M., Espinoza, M. Influencia de la información brindada por el equipo de salud a las madres embarazadas en relación a la atención materna en las instituciones Centro Materno-Infantil Urua, Chapala (IMIC) y Hospital Central de las Fuerzas Armadas Hondureñas (HCFAR), 2010. 55 p.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Bentancón Lucio, M. P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill, 2010. 613 p.

de la Cruz, M. Evidencia de la calidad de atención de salud en el estado de Morelos, 2017 y 2018 en el Ministerio de Salud Pública. Morelos: Evidencia de la Salud, 2018. 30 p.

Pérez, A., Campaña, T. Maternidad, paternidad y adolescencia: conceptos, conceptos y vivir en el mundo. México: UNAM y Banco de México, 2012. 100 p.

Reid, D., Deane, P., Hongo, B. P. Investigaciones cualitativas en servicios de salud: principios y métodos. México: McGraw-Hill, 2009. 715 p. Murray, R., Cameron, E., Barker, D. Impacto del embarazo a temprana edad en la salud y bienestar de la población: comprensión y acción en el caso de Costa Rica. San José, Costa Rica: Centro Latinoamericano de Demografía, 2010. 108 p.

BLIBLIOGRAFIA

Adolescencias: un mundo de preguntas. :II Encuesta Mundial de Salud adolescente.[Internet] Montevideo : GSHS; OMS, 2012.142 p. [Disponible en : <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/adolescencias-un-mundo-de-preguntas-ii-encuesta-mundial-de-salud-adolescente-gshs-2012>]

Anchano L, Fagundez S, Martinez M, Medina V, Monmbelli. F.Caracterizacion de las adolescentes embarazadas que realizan su control en la Policlinica Luisa Tirapare en el periodo comprendido entre octubre y noviembre del 2012 Montevideo : UDELAR, 2012. 63p.

Aranceta Bartrina J. Alimentacion durante el embarazo, la lactancia y la etapa infantil Barcelona : Masson, 2008. 103 p.

Arroyo A. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2012 Montevideo : UNICEF, 2012. 150 p.

Bove, M I, Cerruti F. Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentacion complementaria en ninos menores de 24 meses atendidos por servicios publicos y mutuales de Montevideo y el interior del pais. Montevideo : UNICEF, 2007. 71 p.

Camargo, C., Rivero M, Rodriguez M, Sopena M. Influencia de la informacion brindada por el equipo de salud a las madres adolescentes en relacion a la lactancia materna en las instituciones Centro Materno-Infantil Luisa Tirapare (IMM) y Hospital Central de las Fuerzas Armadas Montevideo : UDELAR, feb. 2000. 55 p.

Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M P. Metodologia de la investigacion Mexico : McGraw Hill, 2010. 613 p.

Illa Gonzalez M. Recordatorio de actividades de Nutricion desarrolladas entre 1977 y 2009 en el Ministerio de Salud Publica . Montevideo : Ediciones de la Plaza, 2012. 58 p.

Peregalli A, Sampietro Y.. Maternidad, paternidades y adolescencias :construirse hombre y mujer en el mundo : relatos a viva vo.z Buenos Aires : Noveduc, 2012. 159p.

Polit, Denise F. , Hungler B.P..Investigacion cientifica en ciencias de la salud :principios y metodos, Mexico : McGraw-Hill, 2000.715 p. Uauy R., Carmuega E, Barker D. Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la poblacion : perspectivas y reflexiones desde el Cono Sur. Buenos Aires : Instituto Danone Cono Sur, 2009 .195 p.

UNICEF Oficina de Uruguay. RUANDI. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de la Niñez. 33 meses en los que se define el partido :33 ideas para jugarlo. Montevideo : UNICEF, 2008.144 p.

Uruguay : jóvenes y adolescentes dicen. Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2008 : Informe preliminar. Montevideo : MIDES INJU, 2009. 107 p

Anexos

Universidad de la República
Facultad de Pedagogía
Cátedra Saberes-Praxis

ANEXO N° 1

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Conocimiento y experiencias de las
madres sobre la lactancia materna.

Anexos

Autoras: Dr. Acuña Karina CI:327149-4
Dr. Cabrera Shirley CI:504387-2
Dr. Charold Anina CI:413019-3
Dr. Gilardi María CI:120942-0
Dr. Grosso Patricia CI:428345-4
B. Nunez Nora CI:357037-4

Tutoras: Prof. Adj. Lic. Esp. Alba Pavia
Prof. Adj. Lic. Sandra Riquelme

Montevideo, Uruguay

Octubre 2014



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Catedra Materno- Infantil

ANEXO N° 1:

PROTOCOLO DE **INVESTIGACION**

**Conocimientos que poseen las
madres adolescentes sobre
lactancia materna.**

**Autoras: Br Acosta Karina CI:
Br Cabrera Shirley CI:
Br Chernic Andrea CI:
Br Giriboni Maria CI:
Br Grosso Patricia CI:
Br Moran Nora CI:**

**Tutoras: Prof. Adj. Lic. Esp. Alicia Perez
Prof. Adj. Lic. Sandra Pignataro**

Montevideo, Uruguay

Octubre 2014

Antecedentes

Para la búsqueda de antecedentes, se tuvieron en cuenta las bases de datos de Scielo, Timbo, Pumed, Lilacs, Biur.

Se hallaron estudios estadísticos relacionados a la lactancia materna en adolescentes, esta investigación se centra específicamente en el conocimiento sobre lactancia materna que poseen las madres adolescentes.

Título de la Investigación

Conocimientos que poseen las madres adolescentes sobre lactancia materna.

Introducción

El presente protocolo de investigación fue realizado por seis estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la Republica, durante los meses julio agosto en un centro de salud perteneciente a la Red de Atención Primaria Administración de Servicios de Salud del Estado. Con el fin de identificar los conocimientos que poseen las madres adolescentes sobre lactancia materna que consultan en el Centro de Salud Cerro.

La investigación que llevamos a cabo es de tipo descriptivo cuantitativo de corte transversal, la selección de la muestra será a través de muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de datos se realizará mediante una entrevista estructurada, a través de un cuestionario el cual se aplicará a los individuos integrantes de la muestra, previa realización de una prueba piloto.

Pregunta Problema

¿Cuáles son los conocimientos que poseen las madres adolescentes de niños de 0 a 6 meses sobre la lactancia materna que asisten a sus hijos en el Centro de Salud Cerro, en el periodo comprendido entre julio y agosto de 2014, en Montevideo Uruguay?

Debido a los cambios que se están produciendo en la estructura de su persona y vínculos con el entorno, la adolescencia aumenta la vulnerabilidad de la adolescente y su hijo. El crecimiento de las embarazadas adolescentes en sectores sociales desfavorecidos en las últimas décadas respecto a los nacimientos triple bajo de las 10% a un 10% en Uruguay.

Dentro de este grupo, son las adolescentes entre 15 y 19 años las que contribuyen a este incremento de la mortalidad adolescente. Sobre un total de nacimientos en adolescentes de entre 15 y 19 años Uruguay cuenta con unos superiores a la media mundial, con de 80 por cada 1000 mujeres de esta edad y de 49 la media internacional. Al compararlo con datos de la región latinoamericana cuyo promedio es de 77 nacimientos de madres adolescentes por cada 1000 mujeres, las cifras parecen más elevadas, pero sobre la base de la evidencia que existe respecto al peso de la mortalidad durante este periodo comparado con el de países en desarrollo como Paraguay (63) o El Salvador (66). Los datos se refieren, según sea, a la última cifra disponible entre los años 1991 y 2010.

Existe un gran número de factores que hoy nos empujan en materia de equidad en la transición a la maternidad en el Uruguay. El nivel de las familias, España, Colombia y Argentina, migración, como generadores de conductas que afectan el momento de la concepción y el parto en contextos de riesgo social, violencia y conflictos, es de vital importancia para que las jóvenes que desean cumplir su maternidad lo puedan hacer y también para que aquellas que ya han experimentado a la maternidad a edades tempranas no sientan impunidad de sus actos. Un ejemplo que constituye parte del problema de la atención a la mortalidad infantil según el programa de salud son de los buenos resultados de aportar acciones como la lactancia materna. En el año 2000 se fueron los planes de desarrollo del sistema propuestos por la ONU y la Unión de Naciones Americanas, proponiendo un conjunto de metas y de salud para estos países. Uruguay al firmar la declaración del Milenio se comprometió a alcanzar estas metas para el 2015, dentro de estas metas se encontraba la disminución de la mortalidad infantil.

Una de las cuatro estrategias que promueve la OMS para el cumplimiento de la OMI para reducir la mortalidad infantil es la lactancia materna exclusiva y el niño pecho.

Fundamentación

La realización de esta investigación nace de la inquietud que nos genera la realidad que percibimos de la madre adolescente como profesionales. La adolescencia es una etapa de desarrollo en la mujer con muchos cambios biopsicosociales en un corto periodo de tiempo. Agregando a esta transformación de la estructura de su persona y vínculos con el entorno, la maternidad aumenta la vulnerabilidad de la adolescente y su hijo. El incremento de los embarazos adolescentes en sectores sociales desfavorecidos en las últimas tres décadas respecto a los nacimientos totales pasó de un 11% a un 16% en Uruguay.

Dentro de este grupo, son las adolescentes entre 15 y 19 años las que contribuyen a este incremento de la maternidad adolescente. Sobre la tasa de nacimientos en adolescentes de entre 15 y 19 años, Uruguay cuenta con cifras superiores a la media mundial, siendo de 60 por cada 1000 mujeres la cifra nacional y de 49 la media internacional. Al compararla con datos de la región latinoamericana, cuya media es de 79 nacimientos de madres adolescentes por cada 1000 mujeres, las cifras parecen más alentadoras, pero llama la atención que siendo Uruguay un país de desarrollo humano alto presente similares tasas que países de desarrollo humano medio como Paraguay (63) o El Salvador (65). Los datos se refieren, según país, a la última cifra disponible entre los años 1991 y 2010.¹

Todavía existen importantes retos que hay que encarar en materia de equidad en la transición a la maternidad en el Uruguay. El papel de las familias, Estado, comunidades y organismos internacionales, como generadores de condiciones que amortigüen el impacto de la transición a la adultez en contextos de riesgos sociales crecientes y complejos, es de vital importancia para que las jóvenes que desean posponer su maternidad lo puedan hacer, y también para que aquellas que ya han transitado a la maternidad a edades tempranas no sientan hipotecado su futuro. Otro elemento que consideramos como un problema de la actualidad es la mortalidad infantil siendo el sistema de salud uno de los agentes responsables de aportar acciones para que la realidad cambie. En el año 2000 se fijaron los objetivos desarrollo del milenio promovidos por la ONU y firmados por 189 países miembros, marcando así políticas sociales y de salud para estos estados, Uruguay al firmar la declaración del Milenio se comprometió a alcanzar estos objetivos para el 2015, dentro de estas metas encontramos la disminución de la mortalidad infantil.²

Una de las cuatro estrategias que promueve la OMS como organismo de la ONU para combatir la mortalidad infantil es la adecuada alimentación del lactante y el niño pequeño.

En nuestro país existe una tasa de 12 muertes de niños menores a 1 año de vida por cada 1000 nacidos vivos. ³Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las condiciones deficientes en la etapa neonatal son la causa más importante de la mortalidad infantil. Todos los años en el mundo mueren en su primera semana de vida 4 millones de recién nacidos. Como respuesta, UNICEF defiende y promueve programas para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva. La base más firme para la salud infantil es la nutrición, y el mejor alimento para los recién nacidos es la leche materna. El amamantamiento protege al recién nacido contra la diarrea y las enfermedades agudas de las vías respiratorias, estimula su sistema inmunológico y mejora su respuesta a la vacunación, además contiene varios cientos de moléculas, enzimas, proteínas y hormonas importantes para la salud.⁴

El primer nivel de atención es donde se fortalece la promoción de políticas de salud, en este sentido consideramos que el profesional en enfermería juega un rol primordial como multiplicador de conocimientos tanto a nivel individual como colectivo, brindando la ayuda necesaria para que cada persona pueda satisfacer sus necesidades fundamentales, apuntando a promover y proteger los aspectos saludables y prevenir y limitar los problemas de salud. El mayor o menor conocimiento que tengan las madres adolescentes es lo que va a influir directamente para la buena práctica y el éxito de la lactancia materna.

Luego de comenzar a recopilar información para nuestro trabajo constatamos que a pesar de la importancia del tema en cuestión y de toda las políticas de promoción de la lactancia materna a través de los diferentes programas del Sistema Nacional Integrado de Salud; luego de todos los recursos financieros destinados a las mismas y las organizaciones no gubernamentales trabajando con compromiso desde la sociedad, pues reconocen la urgencia del aspecto social y sus consecuencias a futuro, los datos oficiales sobre los niveles alcanzados de lactancia materna en adolescencia que permitan evaluar la efectividad de las estrategias desarrolladas son del año 2007 los mismos informan que existe una tasa de lactancia materna exclusiva de un 51,7%.⁵

El conocimiento de la realidad constituye un arma fundamental para planear las acciones adecuadas para modificarla o, si los datos son satisfactorios para mantenerla.

Marco Teórico

"La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y de autodeterminación". 6

Primer Nivel de Atención se define como: la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada, y que deben ser accesibles a la población.

Es la base del sistema de salud, caracterizada por su baja complejidad intensiva (tecnológica), alta complejidad extensiva (equipo interdisciplinario).

Comprendida por un área geográfica delimitada y población asignada.

Distribución de recursos acordes a las necesidades de la población.

Trabajo en equipo interdisciplinario, redes sociales con participación social y coordinación intersectorial.

Articulación con los otros niveles de atención.⁷

La disciplina científica **Enfermería** está encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos poblacionales. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.

"La /el Enfermera/o Comunitaria/o es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la o el enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de Asistencia, Docencia e Investigación fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados"

Siendo función de Enfermería la ASISTENCIA llevando el control periódico de salud, control y seguimiento de patologías crónicas y agudas.

Así como también la atención de enfermería a grupos, promoviendo la participación y actividades de promoción a la salud.

La función de DOCENTE consiste en la formación continua en el servicio (sobre los avances científicos en el área, sobre las normativas que se incorporan y temas de actualidad en epidemiología, entre otros).Apoyo a estudiantes de grado y posgrado.

La función INVESTIGACIÓN involucra el conocimiento de la realidad (como delimitar áreas, poblaciones con la que se trabajará, grupos).

Diagnósticos de salud (diferentes metodologías de abordaje y de ejecución)

Proyectos y propuestas (formas de intervención, nuevas herramientas).

Función ADMINISTRATIVA comprende la gestión de recursos humanos (equipo de enfermería, distribución pro policlínicas y sectores, capacitación y actualización).

Gestión de materiales e insumos (equipos indispensables en el trabajo de enfermería, mantenimiento, almacenamiento, distribución).

Gestión de cuidados (condiciones de trabajo, planificación de las intervenciones a individuos y grupos)

Gestión de servicios de salud del Primer nivel de Atención (organización de la atención de enfermería, supervisión, sistemas de cuidado directo y continuo, sistemas de registros).8

EL Conocimiento es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con la que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberse sobre un tema o sobre una ciencia.

El CONOCIMIENTO VULGAR llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente las cosas o personas que nos rodean.

Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

El CONOCIMIENTO CIENTÍFICO llamado conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos

de indagación. Es el método que nos permite satisfacer la necesidad de lograr un conocimiento verdadero.⁹

La **adolescencia** en términos históricos es una noción relativamente reciente. Actualmente debemos concebirla como una categoría evolutiva con derecho propio y atravesada por dinamismos psicosociales extremadamente específicos y no meramente como un momento de pasaje entre los dos grandes momentos de la infancia y la adultez". "El siglo XXI encuentra entonces a los llamados adolescentes cómodamente instalados allí desde los 8-9 años y hasta prácticamente el final de la década de los 20 años, fenómeno determinado por factores tales como: la revolución científico-tecnológica, la llamada "condición posmoderna", la globalización del mercado y los más media, la crisis de las funciones protectoras del Estado nación y de sus instituciones y los cambios en la familia y la subjetividad"¹⁰

Cabe señalar que existen diferentes criterios para delimitar este proceso socio-histórico - cultural:

La OMS (1990) operacionalmente lo ha definido como el período de la vida que transcurre desde los 10 a los 19 años¹¹ y que se divide en "adolescencia temprana" de 10 a 14 años y "adolescencia tardía" de 15 a 19 años.¹²

En el Uruguay, la **maternidad en la adolescencia** se concentra en los estratos sociales carenciados, en hogares de bajo clima educativo y en un contexto donde las relaciones afectivas y sexuales están pautadas por la conjunción de las desigualdades de género y de clase y el ser adolescente. Estos factores exponen a las adolescentes a una vulnerabilidad psicológica y social que las condiciona tanto en lo que respecta al ejercicio de la sexualidad y la reproducción como a la precariedad de acumulación de activos que compromete su adecuada inserción en la vida adulta. El hecho de que la mayor parte de las madres adolescentes manifieste una insatisfacción con el calendario de su fecundidad demuestra su incapacidad para satisfacer el deseo de ejercer la sexualidad de manera independiente de la reproducción. También se constata un bajo nivel educativo y niveles elevados de abandono escolar de las madres adolescentes. Las carencias del clima educativo del hogar de las madres adolescentes y su bajo nivel educativo, junto con el estado de privación social, complejizan aún más las condiciones de vida y comprometen la acumulación de activos para el adecuado desempeño de su futura vida adulta. La transición temprana a la maternidad enfrenta a estas jóvenes a severas dificultades para superar la condición de pobreza." ¹³

Es bien conocido que la **lactancia materna** es el recurso más valioso que permite asegurar el mejor comienzo en la vida a todos los niños y niñas. La leche materna en forma exclusiva hasta los seis meses, y complementada hasta los dos años, es el mejor alimento que puede recibir un niño. Le proporciona todos los elementos nutritivos que este requiere para preservar su salud y crecer. Al aportarle también numerosas enzimas y anticuerpos que refuerzan notablemente su inmunidad, lo protege contra la diarrea y las infecciones respiratorias, dos enfermedades frecuentes y graves que pueden afectar a los más pequeños. Es interesante señalar que los beneficios de la lactancia materna no se restringen al período de amamantamiento. Cada día surgen más evidencias respecto a que los niños y niñas amamantados tendrán una menor incidencia de numerosas enfermedades como cáncer, asma, diabetes infantil y enfermedades gastrointestinales. Pero además de todo esto, e igualmente importante, el amamantamiento es una invaluable oportunidad natural de expresar amor en el comienzo mismo de la vida, sentando las bases de una valiosísima relación de confianza y protección entre la madre y el niño.¹⁴

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna como modo exclusivo de alimentación hasta los seis meses de edad, siendo que la misma proporciona todos los nutrientes necesarios para el bebé, al mismo tiempo que contribuye en la prevención de determinadas patologías en el caso de las madres. Es necesaria entonces la regulación y promoción de acciones que informen e incentiven a las madres a llevar a cabo este plan de alimentación natural y saludable.

En el año 2009 se aprueba por parte del Ministerio de Salud Pública la OMS y Unicef, La Norma Nacional de Lactancia Materna de Uruguay, donde se reconoce que las madres tienen el derecho y la necesidad de ser apoyadas y estimuladas por sus familias, sociedad, lugares de trabajo y Estado.¹⁵

Dentro de las **Políticas respecto de la Lactancia materna** destacamos los aspectos Legislativos que protegen la Lactancia Materna, en cuanto al **retorno al trabajo de la mujer** es aconsejable que en las primeras consultas con el pediatra se interrogue a la mujer sobre su retorno al trabajo. En este caso, se deberá abordar en forma conjunta con la madre la estrategia y los mecanismos para poder lograr en forma exitosa la lactancia y el trabajo. Deberá incluirse en cada consulta los consejos y recomendaciones que faciliten la lactancia luego de su reinserción laboral. Debe informarse a la mujer sobre la legislación vigente que protege la lactancia materna en nuestro país. Debe instruirse a la

madre sobre la extracción manual de leche y los cuidados de su traslado (cadena de frío) así como los tiempos de conservación.

En cuanto a la **Promoción de la Lactancia Materna** la institución cuenta con una política explícita que promueve, protege y apoya las *buenas prácticas* de alimentación del lactante y del niño/a pequeño/a y ésta es sistemáticamente puesta en conocimiento de todo el equipo de salud y es accesible a los usuarios.

El equipo de salud está capacitado para instrumentar esta política.

Se promueve entre las mujeres embarazadas y su grupo familiar: los beneficios de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva y a libre demanda, las habilidades necesarias para su práctica incluyendo la extracción manual y la conservación de la leche. La maternidad respeta la Ley 17.386 de acompañamiento del parto y el equipo de salud ayuda a las madres a estar en contacto piel a piel con su bebé y a iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al parto. Se practica el alojamiento conjunto durante las 24 horas del día.

El equipo de salud fomenta la lactancia materna a libre demanda.

El equipo de salud apoya a las madres en cómo se debe dar de mamar al niño/a y cómo mantener la lactancia incluso si ha de separarse de sus hijos.

El equipo de salud ofrece a los recién nacidos sólo leche materna sin otro alimento o bebida a no ser que exista una razón médica justificada.

El equipo de salud no fomenta el uso de mamaderas y chupetes y orienta sobre la interferencia de los mismos en la instalación de la lactancia materna.

La maternidad respeta y el equipo de salud conoce y aplica el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

La maternidad cuenta con un sistema de apoyo propio u orienta a la mujer sobre dónde acudir en caso de dificultades con la lactancia luego del alta; fomenta el control oportuno de ella y del recién nacido y los refiere al consultorio más accesible.

La lactancia materna tiene una extraordinaria gama de **beneficios**. Tiene consecuencias profundas sobre la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantiles. La leche materna proporciona todos los nutrientes, vitaminas y minerales que un bebé necesita para el crecimiento durante los primeros seis meses de vida; el bebé no necesita ingerir ningún otro líquido o alimento. Además, la leche materna lleva los anticuerpos de la madre, que ayudan a combatir las enfermedades. El acto de la lactancia materna en sí estimula el crecimiento adecuado de la boca y la mandíbula, y la secreción de hormonas para la digestión y para que el bebé se sacie. La lactancia materna crea un vínculo

especial entre la madre y el bebé y la interacción entre la madre y el niño durante la lactancia materna tiene repercusiones positivas para la vida en lo que se refiere a la estimulación, la conducta, el habla, la sensación de bienestar y la seguridad, y la forma en que el niño se relaciona con otras personas. La lactancia materna también reduce el riesgo de padecer enfermedades crónicas más adelante en la vida, tales como la obesidad, el colesterol alto, la presión arterial alta, la diabetes, el asma infantil y las leucemias infantiles. Los estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y comportamiento en la edad adulta que los bebés alimentados con fórmula.

Prácticamente todas las madres pueden amamantar, si se les da el apoyo, los consejos y el aliento adecuados, así como ayuda práctica para resolver cualquier problema. Los estudios han demostrado que el contacto en una etapa temprana de la piel de la madre con la piel del bebé; la lactancia materna con frecuencia y sin restricciones para asegurar la producción continua de leche; y la ayuda para posicionar y colocar el bebé, aumentan las posibilidades de que la lactancia materna tenga éxito.

La lactancia materna también contribuye a la salud de la madre inmediatamente después del parto, ya que ayuda a reducir el riesgo de hemorragia posparto. A corto plazo, la lactancia materna retrasa el retorno a la fertilidad y a largo plazo reduce la diabetes tipo 2 y el cáncer de mama, de útero y de ovario. Los estudios también han descubierto vínculos entre el cese temprano de la lactancia materna y la depresión posparto en las madres.¹⁶

En cuanto a las **técnicas de lactancia**, es el conjunto de procedimientos o pasos que se emplea para la realización efectiva y exitosa de la técnica de lactancia; el mayor o menor conocimiento o desconocimiento que tengan las madres adolescentes son los que van a influir directamente para la buena práctica y el éxito de la lactancia materna.

Cada binomio madre hijo tiene su propia dinámica de amamantamiento de manera que no existen pautas rígidas en cuanto a la duración ni número de mamadas. Cuando la producción de leche se ajusta a las demandas del niño o la niña, las mamadas se irán haciendo más cortas a medida que se hace en forma más eficiente. El requisito básico para una lactancia materna exitosa es una buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar. Para ello es imprescindible que el equipo de salud demuestre interés, promueva, apoye y facilite la práctica de la lactancia materna como la mejor forma para alimentar al niño o niña. Una correcta técnica de amamantamiento contribuye al éxito de la lactancia materna.

La técnica considera: Correcta posición de la madre y del niño/a. La madre puede amamantar en varias posiciones. Lo importante es siempre mantener el cuerpo de ambos enfrentados, panza con panza. Es importante variar las posiciones durante el día para el mejor vaciamiento de las mamas y la prevención de la tensión láctea o grietas del pezón. Con mucha frecuencia la madre adopta la posición sentada con el niño/a acostado/a de lado en sus brazos. Se recomienda se le sugiera a la madre:

Sentarse cómoda con la espalda apoyada, colocando los pies a una altura que le facilite amamantar.

Si el niño/a es demasiado pequeño utilice una almohada o almohadón para acomodarlo a la altura del pecho.

Sostener al niño/a sobre su brazo, abdomen con abdomen, la cabeza sobre el pliegue de su codo.

Sostener la mama con la mano formando una "C", con los cuatro dedos por debajo y el pulgar por arriba.

Fomentar el reflejo de búsqueda del pezón : con el pezón tocar el labio inferior del niño/a varias veces hasta que abra ampliamente la boca, en ese momento, y con un movimiento rápido, llevar el niño/a hacia la mama, favoreciendo la entrada del pezón y casi toda la areola dentro de su boca.

Si el niño/a está bien adherido al pecho no debe provocar dolor al succionar. Si la madre relata dolor es porque el niño/a está mal prendido al pecho por lo que se debe retirar del pecho, introduciendo el dedo meñique por la comisura bucal, presionando la encía inferior.

Es recomendable que la madre reconozca **la succión efectiva** para saber que el niño/a se alimenta bien: se debe escuchar la deglución durante la mamada, al finalizar la madre nota el pecho más blando, el niño/a se duerme o queda tranquilo y presenta orina y una deposición amarillenta abundante. Los primeros días de vida el recién nacido tiene un ritmo de succión que alcanza de tres a cuatro succiones para luego realizar una pausa, esto se debe a que el recién nacido debe aprender a coordinar simultáneamente la succión, la deglución y la respiración. Luego de algunos días adquiere el patrón de succión del lactante, el cual realiza la succión en menos tiempo y sin pausas. Hasta que la lactancia este bien establecida, se sugieren mamadas frecuentes (no menos de 8 en 24 horas) alternando el seno con el cual se comienza y empleando ambos pechos cada vez, aunque el recién nacido no siempre toma de ambos en la misma mamada. En cada mamada el niño/a debe recibir los dos tipos de leche de cada pecho: la leche inicial, con más contenido de lactosa y agua, y la leche final, con más contenido de grasa. Se

recomienda alternar la mama con la que se inicia la alimentación. Cuando el niño queda satisfecho generalmente se separa solo del pecho. Si se queda dormido se debe introducir el dedo meñique ente el ángulo de la boca del bebe y el pezón para desprenderlo. Cuando la madre tiene gemelares podrá amamantar a ambos. Su producción se adaptará a la succión de los bebés. Lo ideal es que mamen en forma simultánea. La madre debe tomar sólo el líquido que desee según su sed; el exceso de ingesta de líquidos no aumenta la producción de leche.

El alcohol y las drogas, incluida la nicotina del cigarrillo, pasan a la leche, por lo que igual que durante el embarazo, se deben evitar durante la lactancia.

Las mujeres durante la lactancia no deben automedicarse y deben advertir a quién le prescribe algún fármaco que está amamantando.

En cuanto a los **Indicadores de Amamantamiento Correcto** escuchar el sonido de deglución audible, observar la actitud de niño/a, tiene que estar mamando en forma tranquila, rítmica y acompasada, claramente relajado y satisfecho.

El amamantamiento debe ser sin dolor, el niño debe lograr un sueño tranquilo.

La producción de volumen de leche y bajada de leche estén en relación al horario de demanda del niño/a, aumento de peso normal en el niño/a. Llegar a un promedio 6 pañales al día mojados, las deposiciones deben ser amarillas, fluidas y frecuentes. Los pezones y pechos sanos.

Cuando la madre trabaja separada del niño, puede mantener lactancia exclusiva, extrayéndose leche durante las horas de trabajo y amamantando al volver a casa. La leche extraída será el alimento del niño al día siguiente. Se considera que el niño permanece en lactancia exclusiva y goza de los beneficios de esta en relación a su salud, reduciendo el riesgo de enfermar de diarrea y de infecciones respiratorias.¹⁷

La **extracción manual** es la técnica más usada en todo el mundo, ya que no necesita equipo, y además es la más higiénica. Esta técnica es además especialmente útil para:
Disminuir la tensión en la areola o el pecho debido a una excesiva cantidad de leche y así facilitar la succión del niño/a.

Disminuir la excesiva secreción inicial de leche que en algunos recién nacidos/as provoca episodios de sofocación.

En cuanto a las **medidas higiénicas previas a la extracción**: lavado de manos con agua y jabón con limpieza de las uñas con cepillo. La ducha diaria alcanza para la higiene del pecho y areola. Se desaconsejan los jabones antibacterianos y las lociones o gel con alcohol, que favorecen la desecación de areola y aparición de grietas. Para disminuir el

riesgo de contaminación bacteriana se aconsejará a la madre que evite hablar mientras realiza la extracción, en caso de estar cursando una afección respiratoria se aconseja el uso de tapabocas.

Los tiempos de Conservación en biberón o flauta 40 hasta 24 horas. Lactador 14 días

Es aconsejable que la madre busque un lugar tranquilo y privado para la extracción. Para facilitar la extracción se han descrito diferentes técnicas de relajación: ejercicios de relajación, varias inspiraciones profundas antes de la extracción, música suave, estar al lado de su hijo/a o tener una foto. La aplicación de calor sobre el pecho favorece el flujo de la leche, luego de lo cual se debe realizar masajes circulares suaves desde la base de la mama hasta la unión de la piel con la areola en toda la mama.

Técnica de Extracción Técnica 1

Colocar el pulgar y los dedos índices y medio formando una letra C en la zona de unión de la piel con la areola. Debe evitarse que el pecho descansa sobre la mano.

- Empujar con los dedos en esa posición hacia atrás (hacia las costillas) sin separarlos del cuerpo.

Comprimir la areola entre el índice y pulgar para obtener un chorro de leche

Estos movimientos se deben repetir en forma rítmica para vaciar los depósitos (colocar los dedos empujar hacia adentro y compresión). Debe ir rotándose la posición de los dedos para vaciar todo el pecho.

En el proceso de extracción se debe utilizar ambas manos.

El flujo de leche, generalmente se enlentece a medida que los reservorios se van vaciando. Se extrae leche hasta que el flujo se haga más lento.

Se deber evitar presiones y tirones excesivos y dolorosos

Técnica 2

Sujetar el pecho con toda la mano con el pulgar arriba y los otros cuatro dedos recogiendo todo el pecho por debajo de manera que el meñique toque las costillas.

Para obtener la leche iniciar un movimiento de ola que empiece en el meñique comprimiendo suavemente el pecho, seguido por el 4º dedo, después por el tercero hasta el 2º mientras el pulgar comprime desde arriba.

Realizar estos movimientos 2 veces y cambiar la mano de posición de forma que se vaya alcanzando toda la superficie del pecho.

El procedimiento de extracción completo puede durar entre 20 y 30 minutos, aunque esto debe ser ajustado a cada situación particular.

Para la **conservación** se aconseja frascos de vidrio con tapas de plástico, las bolsas específicas para guardado no se aconsejan por el riesgo de pinchado y por la mayor

pérdida de IgA, por esta razón se desaconseja su uso para niños pretérminos. Los frascos deben ser rotulados con fecha, debiéndose utilizar los de mayor tiempo de congelado primero.

Los **tiempos de Conservación** en heladera profunda 48 horas Congelador 14 días freezer 6 meses fuera de heladera 8horas18

Las madres adolescentes de niños de 0 a 6 meses en la lactancia materna que asisten a sus NPS en el Centro de Salud Cayo en el periodo comprendido julio y agosto del año 2014

Cuestiones Específicas

Caracterizar a la población de madres adolescentes

Conocer las fuentes de información de madres adolescentes sobre la lactancia materna

Identificar las concepciones sobre beneficios de la lactancia materna que poseen las madres adolescentes

Explicar que conocimientos poseen acerca de los prótesis y técnicas de lactancia materna

Objetivo General

Identificar los conocimientos que poseen las madres adolescentes de niños de 0 a 6 meses sobre lactancia materna que asisten a sus hijos en el Centro de Salud Cerro en el periodo comprendido julio a agosto del año 2014.

Objetivos Específicos

Caracterizar a la población de madres adolescentes.

Conocer las fuentes de información de madres adolescentes sobre la lactancia materna.

Identificar los conocimientos sobre beneficios de la lactancia materna que poseen las madres adolescentes.

Establecer que conocimientos poseen acerca de las prácticas y técnicas de lactancia materna.

Metodología

En el presente trabajo se realizará una entrevista estructurada aplicando un instrumento predeterminado por el grupo investigador, amparando los aspectos éticos adecuados solicitando el consentimiento de la institución, de las madres seleccionadas procurando durante todas las etapas la privacidad de las mismas manteniendo la confiabilidad, confidencialidad, transparencia y profundidad en el desarrollo del tema. Se realizará la presentación frente al entrevistado y la solicitud de autorización para realizar la entrevista.

En caso que el encuestado acceda, se realizarán las preguntas de forma textual.

Se buscará un lugar privado, con la finalidad de mantener la confidencialidad de la entrevista. Cuando el entrevistado no entienda una pregunta el entrevistador deberá repetirla y pedir al entrevistado que la responda de la mejor manera posible; se marcará con una cruz (X) la respuesta del entrevistado en aquellas preguntas en las cuales se den opciones.

La propuesta es llevar a cabo una investigación descriptiva cuantitativa de corte transversal.

Dicha investigación se realizará en el Centro de Salud Cerro correspondiente al primer nivel de atención dependiente de ASSE en la ciudad de Montevideo en el periodo 28 de julio al 8 de agosto de 2014 de lunes a viernes de 9 a 15 hs.

El universo que nos ocupa son todas las madres adolescentes de 10 a 19 años de hijos de 0 a 6 meses que asisten a sus hijos en el Centro de Salud Cerro.

La muestra es de tipo no probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión:

Madre adolescente de 10 a 19 años con hijos entre 0 y 6 meses que se asistan en el Centro de Salud Cerro.

Madres adolescentes que mantengan lactancia materna exclusiva o mixta hasta los 6 meses de edad.

Criterio de exclusión:

Madres mayores de 20 años.
Niños mayores a 6 meses de edad.
Madres adolescentes que mantengan una alimentación artificial exclusiva.

Recursos humanos: Seis estudiantes de la licenciatura en enfermería.

Recursos materiales: Papelería para realizar la encuesta, lapiceras, lápices, carpetas, fotocopias, transporte.

Recursos Financieros: La provisión de los mismos la realizan las investigadoras.

Variables

1-Edad

Definición conceptual: periodo de tiempo de un individuo que abarca desde su nacimiento hasta la fecha actual en años.

Definición operacional: Se le pregunta los años cumplidos al momento de la entrevista.

10 a 14 años (adolescencia temprana)

15 a 19 años (adolescencia tardía)

Clasificación: Cuantitativa continua.

Representación gráfica: Histograma o polígono de frecuencia.

2-Número de hijos previos

Definición conceptual: Cantidad de hijos anteriores al nacimiento del nuevo integrante

Definición operacional: Se le pregunta el número de hijos vivos, actualmente.

1 hijo

2 hijos

3 hijos

Clasificación: Cuantitativa discreta.

Representación gráfica: Diagrama de barras.

3-Nivel de Instrucción

Definición Conceptual: Es el grado más elevado de estudios realizados y aprobados en el Sistema Educativo Nacional.

Definición Operacional: Se le pregunta el último grado de educación aprobado.

Analfabeta

Enseñanza primaria incompleta

Enseñanza primaria completa

Enseñanza secundaria incompleta

Enseñanza secundaria completa

Enseñanza terciaria

Clasificación: Cualitativa Ordinal.

Representación gráfica: Diagrama de barras.

4-Situación laboral

Definición Conceptual: Situación en la que un individuo recibe o no una prestación económica a cambio de un trabajo.

Definición Operacional: Se le pregunta cuál es la situación laboral actual.

Trabajo formal

Trabajo informal

Desocupada

Clasificación: Cualitativa nominal.

Representación gráfica: Diagrama de barras.

5-Situación conyugal

Definición Conceptual:

Representación gráfica: Diagrama de Barras.

Por cónyuges de hecho se entiende dos personas de sexo opuesto o del mismo sexo que viven juntas como pareja sin estar casadas legalmente entre sí.

Definición Operacional: Se le pregunta si está en pareja y si se encuentra conviviendo o no.

Convive en pareja.

No convive en pareja.

No tiene pareja

Clasificación: Cualitativa nominal.

Representación gráfica: Diagrama de Barras.

6- Núcleo Familiar

Definición Conceptual:

Familia nuclear, formada por la madre, el padre y su descendencia.

Familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.

Familia monoparental, en la que el hijo o hijos viven sólo con uno de sus padres, es decir o solo el padre o solo la madre.

Familia ensamblada, es la que está compuesta por agregados de dos o más familias Familia homoparental, aquella donde una pareja de hombres o de mujeres se convierten en progenitores de uno o más niños.

Definición Operacional

Familia nuclear

Familia extensa

Familia monoparental

Familia ensamblada

Familia homoparental

Clasificación: Cualitativa nominal.

Representación gráfica: Diagrama de Barras.

7-Fuentes de información

Definición Conceptual: Medio por el cual se obtiene la mayor información sobre Lactancia Materna.

Definición Operacional: Se le pregunta cuál es la fuente del conocimiento que obtuvo sobre el tema.

Internet

TV

Radio

Campaña de la semana mundial de la lactancia.

Folleto

Libros

Revistas

Enfermería

Ginecólogo

Partera

Pediatra

Algún integrante de su entorno familiar

Clasificación: Cualitativa nominal.

Representación gráfica: Diagrama de Barras.

8-Lactancia actual

Definición Conceptual: La ingesta de leche materna que incluye o no el consumo de leches maternizadas acompañando las lactadas. La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie.

Definición Operacional: Se les pregunta que ha recibido el niño/a en las últimas 24 horas.

Lactancia Materna Exclusiva

Lactancia Mixta

Clasificación: Cualitativa nominal

Representación gráfica: Diagrama de Barras.

9-Conocimientos Sobre Lactancia Materna

Definición Conceptual: Conjunto de saberes sobre un tema o sobre una ciencia. Es el modo de conocer de forma superficial o aparente las cosas o las personas que nos rodean.

Definición Operacional: Es el conjunto de conceptos o información que poseen las madres adolescentes acerca de la Práctica, Beneficios y Técnica de la Lactancia Materna; medida a través de un cuestionario que permite catalogarlo en:

Posee conocimientos si responde 15 de las 25 preguntas y/o afirmaciones correctamente.

No posee conocimientos si responde a 14 o menos de las 25 preguntas y/o afirmaciones correctamente

Clasificación: Cualitativa nominal

Representación gráfica: Diagrama de Barras.

Dimensiones

9.1- Prácticas de la Lactancia Materna

Definición Conceptual: Información sobre la Lactancia Materna Exclusiva que incluye que el niño reciba leche materna durante los seis primeros meses de vida y a libre demanda ninguna sustituta agua o alimentos adicionales.

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

Posee conocimientos si responde 4 de las 7 preguntas correctamente.

No posee conocimientos si responde a 3 o menos de las 7 preguntas correctamente

Clasificación: Cualitativa nominal

Representación gráfica: Diagrama de Barras.

9.2-Beneficios de la lactancia materna

Definición Conceptual: información sobre la conveniencia de la lactancia materna tanto para la madre como para el niño en sus funciones fisiológicas, en el desarrollo psicológico y en la relación afectiva entre ambos.

Definición Operacional: Referido a valor nutritivo de la lactancia materna, valor inmunológico, valor afectivo del vínculo madre niño y lactancia materna y economía.

Posee conocimientos si responde 6 o más de las 10 afirmaciones.

No posee conocimientos si responde a 5 o menos de las 10 afirmaciones.

Clasificación: Cualitativa nominal

Representación gráfica: Diagrama de Barras.

9.3-Técnica de lactancia materna

Definición Conceptual: Información sobre el conjunto de acciones que se emplean para la realización efectiva y exitosa.

Definición Operacional: referido a posición de la madre y el niño, colocación del pecho a la boca del niño, extracción manual y almacenamiento de leche materna, alternancia de las mamas y retiro del pezón de la boca del niño.

Posee conocimientos si responde 5 o más de las 8 preguntas correctamente.

No posee conocimientos si responde a 4 o menos de las 8 preguntas correctamente.

Clasificación: Cualitativa nominal

Representación gráfica: Diagrama de Barras.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

¹ Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos de salud Uruguay 2011. [Internet] Disponible en: http://www.paho.org/uru/images/stories/IndicadoresBasicos/boletín_ops%201.jpg?ua=1 [consulta: 21 dic 2013].

² Fondo de Población de las Naciones Unidas. Naciones Unidas en Uruguay Objetivos del Milenio [Internet]. Montevideo: UNFPA; 2011. Disponible en: <http://www.unfpa.org.uy/informacion/objetivos-del-milenio.html> [consulta: 23 ene. 2014].

³ Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2011[s.l]: OPS, 2011.

⁴ Lawrence, R. A. La lactancia materna: una guía para la profesión médica. Madrid: Mosby, 1996, 892 p.

⁵ Bove M., Cerruti Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses atendidos por servicios públicos y mutuales de Montevideo y el interior del país. Montevideo: UNICEF, 2007. p. 28.

⁶ Monge, A. Curso de enfermería comunitaria. Programa carrera escalonada licenciatura en enfermería: Unidad 2 [Audiovisual Power Point] Montevideo: Udelar. Facultad Enfermería. Departamento Enfermería Comunitaria, abril 2012.

⁷ Monge, A. Curso de enfermería comunitaria. Programa carrera escalonada licenciatura en enfermería: Unidad [Audiovisual Power Point] Montevideo: Udelar. Fac. Enfermería. Departamento Enfermería Comunitaria, abril 2012.

⁸ Acosta C., Guerra, A. Concepto Rol y Ámbito de Trabajo. Programa carrera escalonada licenciatura en enfermería: Unidad 5 [Audiovisual Power Point] Montevideo: Udelar. Fac. Enfermería. Departamento Enfermería Comunitaria, Abril 2012.

⁹ El conocimiento [Internet] Disponible <http://www.monografias.com/trabajos15/el-conocimiento/el-conocimiento.shtml>: [Consulta: 2 ene. 2014].

¹⁰ López Gómez A, compiladora. Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Montevideo: Trilce; 2006.

¹¹ Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suárez Ojeda E. Manual de medicina de Adolescencia. Washington: OPS. Paltex; 1992, 635 p.

¹² Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. División Salud de la Población. Programa Nacional de Salud Adolescente [Internet] Montevideo: MSP, 2007. Disponible en: <http://www.pereirarossell.gub.uy/index.php/hospital-pediatrico/programa-nacional-de-salud-adolescente>. [consulta 7 ene. 2014].

¹³ Varela Petito C, Fostik A. Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez? Rev. Latinoam. Poblac. 2011; 5 (8): 115-40

¹⁴ UNICEF. Lactancia materna: una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y del niño pequeño /UNICEF. IFBAN. Montevideo: UNICEF Uruguay, julio 2004.83 p.

¹⁵ Ministerio de Salud Pública. El Primer Alimento: Lactancia Materna [Internet] Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/el-primer-alimento-lactancia-materna> [Consulta: 4 ene. 2014]

¹⁶ Unicef. Nutrición. Lactancia materna [Internet] Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html [Consulta: 4 ene. 2014]

¹⁷ Universidad Católica de Chile. Clínica de Lactancia. Extracción de leche materna cuando la madre trabaja separadas de su niño [internet] [s.l.] [s.d]Disponible en : <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod05/Mod%205%20extraccion%20leche.pdf> [Consulta: 25 ene. 2014]

¹⁸ Quian J., Muxí Muñoz C., Castro M.Norma Nacional de Lactancia Materna. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud .Programa Nacional de Salud de la Niñez: IMPO, 2009. 75 p.

BIBLIOGRAFIA

Adolescencias: un mundo de preguntas. :II Encuesta Mundial de Salud adolescente.[Internet] Montevideo : GSHS; OMS, 2012.142 p. [Disponible en : <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/adolescencias-un-mundo-de-preguntas-ii-encuesta-mundial-de-salud-adolescente-gshs-2012>]

Anchano L, Fagundez S, Martinez M, Medina V, Monmbelli. F.Caracterización de las adolescentes embarazadas que realizan su control en la Policlínica Luisa Tirapare en el periodo comprendido entre octubre y noviembre del 2012 Montevideo: UDELAR, 2012. 63p.

Aranceta Bartrina J. Alimentación durante el embarazo, la lactancia y la etapa infantil Barcelona: Masson, 2008. 103 p.

Arroyo A. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2012 Montevideo: UNICEF, 2012. 150 p.

Bove, M I, Cerruti F. Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses atendidos por servicios públicos y mutuales de Montevideo y el interior del país. Montevideo: UNICEF, 2007. 71 p.

Camargo, C., Rivero M, Rodriguez M, Sopena M. Influencia de la información brindada por el equipo de salud a las madres adolescentes en relación a la lactancia materna en las instituciones Centro Materno-Infantil Luisa Tirapare (IMM) y Hospital Central de las Fuerzas Armadas Montevideo: UDELAR, feb. 2000. 55 p.

Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M P. Metodología de la investigación Mexico : McGraw Hill, 2010. 613 p.

Illa Gonzalez M. Recordatorio de actividades de Nutrición desarrolladas entre 1977 y 2009 en el Ministerio de Salud Pública. Montevideo: Ediciones de la Plaza, 2012. 58 p.

Peregalli A, Sampietro Y.. Maternidad, paternidades y adolescencias: construirse hombre y mujer en el mundo: relatos a viva voz Buenos Aires: Noveduc, 2012. 159p.

Polit, Denise F. , Hungler B.P..Investigación científica en ciencias de la salud :principios y métodos, México : McGraw-Hill, 2000.715 p.

Uauy R., Carmuega E, Barker D. Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población : perspectivas y reflexiones desde el Cono Sur. Buenos Aires: Instituto Danone Cono Sur. 2009 .195 p.

UNICEF Oficina de Uruguay. RUANDI. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de la Niñez. 33 meses en los que se define el partido: 33 ideas para jugarlo. Montevideo : UNICEF, 2008.144 p.

Uruguay: jóvenes y adolescentes dicen. Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud

Diagrama de Gantt

	Dic. 2013	Ene. 2014	Feb.	Mar.	Abr.	May	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov
Tesis Final de Investigación												
Asignación del tema												
Revisión Bibliográfica												
Definición del problema y objetivos												
Elaboración del protocolo												
Autorización del Centro de Salud Cerro												
Aplicación del instrumento												
Tabulación y análisis												
Conclusión y sugerencias												
Preparación de defensa												

Anexo N°2

Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

Shirley Cabrera <

> 26 de junio de 2014, 20:39

Para:

[@asse.com.uy](mailto:)

Sub Directora del Centro de Salud del Cerro

Sra. Cristina Guevara:

Nos dirigimos a ud. a efecto de solicitar autorización para realizar nuestro Trabajo de Investigación Final con el cual culminamos Licenciatura en Enfermería. El cual tiene como finalidad identificar los conocimientos que poseen sobre lactancia materna las madres adolescentes de niños de 0 a 6 meses.

El fundamento de nuestra investigación se basa en que varios factores detectados tempranamente, relacionados con la lactancia materna, pueden prevenir alteraciones de salud en el binomio madre-hijo y más aún la mortalidad infantil.

A la espera de una respuesta favorable le saludan atentamente:

Bachilleres:

Andrea Chernic

Patricia Grosso

Carmen Giriboni

Nora Moran

Karina Acosta

Shirley Cabrera

Subdirección-Cerro – RAP - ASSE <

@asse.com.uy>

28 de junio de 2014, 18:57

Para: Shirley Cabrera <

>

Teniendo en cuenta que el grupo realizo el internado en este Centro y que el trabajo es para la presentación de la tesis final de la licenciatura se autoriza la realización del mismo , de mas esta decir que esperamos contar con la devolución del mismo ¡suerte a todo el grupo ¡de parte de todo el equipo de gestión sub dirección de Centro de Salud Cerro Obstetra Partera M Cristina Guevara

----- Mensaje original -----

De: "Shirley Cabrera" <

>

Para: "subdirección cerro rap" <

@asse.com.uy>

Enviados: Jueves, 26 de Junio 2014 20:39:27 GMT -03:00 Montevideo

Asunto: Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

3-Nivel de Instrucción:

- > Analfabeto
- > Enseñanza primaria incompleta
- > Enseñanza primaria completa
- > Enseñanza secundaria incompleta
- > Enseñanza secundaria completa
- > Enseñanza terciaria

4-Situación laboral

- > Trabajo formal
- > Trabajo informal
- > Desocupada

5-Situación conyugal

- > No tiene pareja

Anexo N°3

Montevideo..... de..... 2014

Entrevista N°.....

1-Edad-

2-Número de hijos

- 1 hijo
- 2 hijos
- 3 hijos

3-Nivel de Instrucción

- Analfabeto
- Enseñanza primaria incompleta
- Enseñanza primaria completa
- Enseñanza secundaria incompleta
- Enseñanza secundaria completa
- Enseñanza terciaria

4-Situación laboral

- Trabajo formal
- Trabajo informal
- Desocupada

5-Situación conyugal

- No tiene pareja

-
- Convive en pareja
 - No convive en pareja

6- Nucleo Familiar

- Familia nuclear
- Familia extensa
- Familia monoparental
- Familia ensamblada
- Familia homoparental

7-Fuentes de conocimiento

- Internet
- TV
- Radio
- Campaña de la semana mundial de la lactancia.
- Folletos
- Libros
- Revistas
- Enfermería
- Ginecólogo
- Partera
- Pediatra
- Algún integrante de su entorno familiar.

8-Lactancia actual

- Exclusiva
- Mixta

9.1) Conocimientos sobre las prácticas de lactancia materna exclusiva.

¿Qué entiende Ud. por lactancia materna exclusiva?

- Es dar solo leche materna de día y noche.
- Es dar leche materna más agua.
- Es dar leche materna más leche artificial.

¿Hasta qué edad debe dar lactancia materna exclusiva a su bebé?

- Hasta los 6 meses
- Hasta los 9 meses
- Hasta los 12 meses
- Más de 12 meses.

¿Cada cuánto tiempo debe mamar su bebé?

- Cada vez que el niño lllore (a libre demanda)
- Cada 3 horas
- Cada 4 horas

Si ud. trabaja o estudia o estuvo fuera de casa ¿Cómo debe alimentar a su bebé menor de 6 meses?

- tendría que darle leche artificial.
- le daría leche materna cuando esté con él y artificial cuando me separe de él.
- tendría que darle leche materna extraída en el hogar.

Si su bebé lloró por hambre durante la noche

- le daría solo pecho
- le daría leche artificial
- le daría leche materna más agua

¿Si su bebé tuviera diarrea?

-
- le suspendería la lactancia materna
 - le daría agua
 - le daría leche materna más suero oral
 - le daría pecho con más frecuencia

Si Ud. recibiera antibióticos u otro medicamento cree que:

- le disminuiría la cantidad de leche
- aumentaría la cantidad de leche
- no influiría en la producción de leche

9.2- Conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna.

¿Puede Ud. decirme las razones de por qué la lactancia materna es buena para su bebé?

- crecen más sanos e inteligentes
- es como su primera vacuna
- contiene todos los nutrientes y agua necesaria
- está siempre limpia

¿Podría Ud. decirme las razones de por qué la lactancia materna es buena para la mamá?

- tenemos menor riesgo de adquirir cáncer de seno y útero.
- nos evita la hinchazón y dolor de los pechos

Además de las razones antes mencionadas ¿cuál sería la razón principal por la cual Ud. mantiene lactancia materna?

- el niño tiene placer
- se ahorra tiempo
- ayuda a que la madre y el niño se quieran más
- se ahorra dinero

9.3- Conocimientos sobre la técnica de lactancia materna.

¿Cuál es la posición del bebé y la madre al amamantar?

- cuerpo de la madre hacia el bebé panza con panza
- en cualquier posición

¿cómo coloca la boca del niño al pecho para la lactancia?

- boca abierta y estimula que busque el pezón
- pezón y mayor parte de la areola dentro de la boca
- espero que el niño se prenda solo a pecho

¿Cuándo su bebé se alimenta?

- inicia la lactada con cualquier seno
- inicia con el seno que en la mamada anterior le dio al final

¿Para interrumpir la succión?

- tira del pezón para que el bebé lo suelte
- introduce el dedo en la boca para que suelte el pezón

¿Cuál es la posición para extraer leche materna manualmente?

- Tomo la mama con una mano, el dedo pulgar por encima de la areola y el resto por debajo.
- Tomo la mama como sea más cómodo.
- Presiono hacia las costillas hasta obtener un chorro de leche.
- la leche sale espontáneamente.

¿Como almaceno la leche materna?

- en recipientes de vidrio con tapa previamente hervidos y rotulados.
- en cualquier recipiente con tapa y sin rotular.

¿Puede usted decirme cual de estas opciones concidera correcta para el descongelado de la leche materna?

- baño maria o bajo el chorro de agua caliente.
- hervido o microondas.

¿Puede ud. decirme cual de las opciones considera correcta para el uso de la leche luego de descongelarla?

-puede luego de descongelada usarse en las siguientes 24 horas.

-puede usarse luego de las 24 horas de descongelada.