



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

Sede Regional Rosario

"Nivel de conocimiento de enfermería y factores que obstaculizan o favorecen la lactancia exclusiva en adolescentes tardías primerizas en neonatología de un hospital público de Rosario".

Autor: Marcela L. Barrionuevo

Tutor: Lic. Florencia Miralles

Trabajo final presentado para optar por el título de

Licenciada en Enfermería

Septiembre, 2025

Resumen. El presente estudio de caso, con enfoque cualitativo y cuantitativo, se llevó a cabo en el servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario. Tuvo como objetivo principal evaluar los conocimientos y actitudes frente a la lactancia materna exclusiva (LME) en madres adolescentes primerizas, así como relevar características sociodemográficas y el conocimiento del equipo de enfermería asistencial que las acompaña. Se aplicaron dos instrumentos: una escala tipo Likert para medir actitudes, y el cuestionario de Muñoz et al. (2022) para evaluar conocimientos sobre lactancia materna. La muestra estuvo conformada por 132 madres adolescentes de entre 15 y 19 años y 23 enfermeros/as del servicio. Los resultados evidencian que una parte significativa de las madres posee conocimientos insuficientes sobre lactancia materna, aunque la mayoría manifiesta actitudes positivas hacia la LME, especialmente en cuanto a sus beneficios inmunológicos y afectivos. El estudio destaca la importancia del rol del equipo de enfermería como agente clave para fortalecer el vínculo madre-hijo y promover prácticas saludables, subrayando la necesidad de implementar estrategias educativas dirigidas a este grupo poblacional. Se garantizó el respeto por los principios éticos, asegurando la confidencialidad y voluntariedad de los participantes.

Palabras clave. lactancia materna exclusiva, madres adolescentes, conocimientos, actitudes, neonatología, enfermería

Indice

Resumen.....	2
Introducción.....	5
Definición del problema.....	¡Error! Marcador no definido.
Justificación	8
Planteo del problema/caso	¡Error! Marcador no definido.
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
Marco teórico	11
Capítulo 1: Lactancia materna exclusiva.....	11
1.1 Inmunoterapia con calostro oral	14
1.2 Técnica de extracción manual de calostro	15
1.3 Beneficios de la administración de calostro de manera precoz.....	16
Capítulo 2: Lactancia materna en el recién nacido prematuro tardío y en el recién nacido término precoz.....	17
2.1 Dificultades en la lactancia.....	17
2.2 Estrategias y abordaje	18
2.3 Prácticas y estrategias que favorecen la lactancia materna	19
2.4 Planificar el alta	20
2.5 Seguimiento	21
Capítulo 3: Actitudes y conocimientos hacia la lactancia materna en madres adolescentes.....	22
3.1 Factores de riesgo para el abandono de la lactancia exclusiva y su promoción	22
3.2 Prácticas de lactancia materna en las unidades neonatales.....	23
3.3 Cuidados orientados a favorecer la lactancia en neonatos	23
Capítulo 4: Concepto de adolescencia	25
4.1 Desarrollo de la adolescencia	25
4.2 Influencia de los estilos de vida	25

4.3 Condiciones de las madres adolescentes	26
4.4 Promoción de la salud.....	26
4.5 Factores de vulnerabilidad y riesgo.....	27
Capítulo 5: Embarazo no intencional en la adolescencia.	28
5.1 El embarazo adolescente a nivel mundial	29
Capítulo 6: Preparación de las madres primerizas para el cuidado efectivo del recién nacido	31
Abordaje metodológico	32
Diseño	32
Área de estudio	32
Participantes	32
Criterios de inclusión y exclusión	33
Técnicas e instrumentos.....	33
Consideraciones éticas	34
Procedimientos.....	34
Análisis e interpretación del material relevado	35
Conclusión.....	50
Referencias	51
Anexos	54

Introducción

La lactancia materna exclusiva (LME) es reconocida a nivel mundial como el pilar fundamental de la nutrición en los primeros meses de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019) recomiendan mantener la LME desde la primera hora de vida hasta los seis meses de edad, y su continuación junto con otros alimentos adecuados hasta los dos años o más. Esta práctica no sólo aporta beneficios nutricionales, sino que también contribuye al desarrollo inmunológico, emocional y cognitivo del recién nacido. En consecuencia, su promoción se ha convertido en una prioridad de salud pública, al reducir significativamente la morbilidad y la mortalidad infantil en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

En Argentina, a pesar de que la mayoría de los recién nacidos inician la lactancia en las primeras horas de vida, la prevalencia de LME se limita a medida que pasan los meses. Según la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2019), mientras que el 96,9% de los niños recibió leche materna al nacer, sólo el 43,7% continuaba en LME a los seis meses. Esto evidencia la existencia de factores sociales, culturales, económicos y emocionales que interfieren en la continuidad de la lactancia, especialmente en poblaciones vulnerables como las madres adolescentes.

Las adolescentes en etapa tardía (15 a 19 años) atraviesan un período de transición caracterizado por cambios biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la manera en que asumen la maternidad. Tal condición puede generar dificultades para sostener la LME debido a diferentes factores como, falta de experiencia, la dependencia económica y la necesidad de apoyo social y familiar (Muguercia et al., 2022). A ello se suman mitos culturales, conocimiento en lactancia, técnicas adecuadas de amamantamiento y la publicidad de las fórmulas lácteas, (Torres Salazar, 2023).

En este contexto, el rol del equipo de enfermería resulta central, ya que se constituye en el primer contacto de apoyo y educación para la madre y su familia. Diversos estudios demuestran que el acompañamiento profesional permite identificar tempranamente factores de riesgo (Santana González et al., 2022; Olvera Álvarez et al., 2022).

La enfermería neonatal, en particular, se encuentra en una posición estratégica para implementar acciones educativas, brindar contención emocional y garantizar prácticas centradas en la familia que promuevan el vínculo madre-hijo.

Sin embargo, investigaciones recientes en Latinoamérica han evidenciado que existen brechas en el conocimiento y la práctica del personal de salud respecto a la LME, lo que repercute en la calidad de la atención brindada (Muñoz, Rojas & Castillo, 2022). Por ello, resulta fundamental indagar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en torno a la lactancia, con el fin de diseñar nuevas estrategias educativas que fortalezcan su rol y mejoren el acompañamiento a madres adolescentes primerizas.

Considerando esta problemática, la presente investigación propone analizar los factores que obstaculizan o favorecen la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes de etapa tardía, atendidas en un servicio de neonatología de un hospital público de Rosario, así como evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería que las asiste. Este estudio se enmarca en la necesidad de generar evidencia que contribuya a la formulación de políticas públicas y programas de capacitación que garanticen el derecho a la lactancia y promuevan la equidad en salud.

Definición del problema

Se centraría en la no lactancia materna exclusiva de madres adolescentes primerizas tardías en neonatología valorando, el conocimiento y las actitudes de estas madres frente a la LME, así como también el nivel de conocimiento de enfermería.

Justificación

Este estudio de caso tiene como objetivo investigar los conocimientos del equipo de enfermería en LME aplicado a madres adolescentes primerizas y evidenciar los factores que obstaculizan la LME, puesto que las mismas se encuentran expuestas a diversos riesgos, no sólo biológicos, sino también psicológicos, emocionales, laborales y sociales, que afectarían la responsabilidad del cuidado del recién nacido en LME para la prevención de enfermedades a corto y largo plazo (OPS, 2022).

Por ello, es de suma importancia indagar acerca de los conocimientos con los que cuenta el equipo de enfermería de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, en el servicio asistencial brindado a estas adolescentes, puesto que se trata de prevenir el abandono de la LME, antes de los dos años de vida del recién nacido. Para evidenciar esto se han encontrado diversos estudios dentro de los cuales se hizo referencia a la OMS donde se recomienda LME como alimentación única (Valle, García, & Álvarez, 2020).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, existen razones que llevan al abandono de la LME, es por ello por lo que se analizó fuentes relevantes para comprender mejor este fenómeno (Carrillo, Gallegos, & Barragán, 2020).

Motivo por el cual, queda de manifiesto la importancia en mantener una formación continua del personal asistencial para prevenir consecuencias a futuro.

De esta forma es de suma importancia que el equipo de enfermería asistencia actual, se actualice frecuentemente para asegurar la adecuada educación a estas madres primerizas adolescentes en lo que respecta a lactancia exclusiva previniendo obstáculos y favoreciendo sus beneficios.

Teniendo en cuenta esta situación y en el marco de este proyecto de investigación, es oportuno mencionar que el hospital que forma parte de este estudio de caso dispone de algunos recursos para la implementación de una lactancia materna exclusiva.

Planteo del problema/caso

¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de enfermería y que factores obstaculizan o favorecen la LME en adolescentes primerizas tardías en neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, desde comienzos de marzo 2022 hasta fines de febrero 2023?

Objetivo general

Investigar el nivel de conocimientos del personal de enfermería y los factores que obstaculizan y/o favorecen la lactancia exclusiva en adolescentes tardías primerizas en neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario.

Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos y actitudes frente a la lactancia exclusiva en adolescentes tardías primerizas en neonatología.
- Analizar los factores que obstaculizan y/o favorecen la lactancia exclusiva en adolescentes tardías primerizas en neonatología.
- Evaluar el nivel de conocimientos en enfermeros de neonatología en relación con la lactancia exclusiva en adolescentes tardías primerizas en neonatología.
- Explorar la posible relación entre características sociodemográficas de los enfermeros de neonatología y su nivel de conocimiento en LME de adolescentes tardías primerizas en neonatología.

Marco teórico

Capítulo 1: Lactancia materna exclusiva

Desde una perspectiva de corresponsabilidad, la lactancia materna debe ser comprendida como una práctica cultural y colectiva, puesto que presenta un gran impacto en la salud de la madre y del recién nacido, en el corto y largo plazo. En este sentido, la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida y su continuidad por dos años constituye un derecho inherente del binomio, cuya consolidación y fortalecimiento en la sociedad requieren de compromiso por las repercusiones positivas para la salud pública a futuro.

Mantener durante el tiempo la LME, requiere no solo el apoyo de la pareja, la familia y el entorno en general, sino que también es necesario contar con el ámbito laboral y social, una vez dada el alta hospitalaria.

Se han creado espacios adecuados para el amamantamiento, para la extracción de leche. Contamos en nuestro país con leyes y políticas públicas que aseguran el derecho a la lactancia para las madres que amamantan a sus recién nacidos.

Entre ellas se encuentra la Ley N° 26.873, que promueve y protege la lactancia, y la recientemente sancionada Ley de los 1000 Días, que brinda cuidado de salud integral a gestantes durante el embarazo y en los primeros tres años de vida de sus hijos.

En algunas provincias ya se han implementado leyes que tienen mayores licencias laborales; sin embargo, resulta imprescindible continuar la gestión en los derechos que favorecen y facilitan la práctica de la LME.

En este contexto, la promoción y consolidación de los “Espacios Amigos de la Lactancia”, en los entornos laborales se vuelve de vital importancia, ya que la finalización de la licencia por maternidad no necesariamente implique la finalización de esta.

En nuestro país, la 2da. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2018-19) muestra que la prevalencia de lactancia al momento del nacimiento es del 96,9% y más de la mitad de los niños (56,5%) fue puesto por primera vez en el pecho materno durante la primera hora de nacidos. Sin embargo, a los seis meses, la lactancia exclusiva se reduce bruscamente al 43,7%. Según datos relevados en dicho documento, 1 de cada 10 lactantes se pierden esto por motivos relacionados con el trabajo materno.

Otros datos de la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (2017) indican que más de 23.000 casos en todo el país, la lactancia materna exclusiva se mantiene a los dos meses en 6 de cada 10 niños (58%); a los cuatro meses en 5 de cada 10 (51%); y a los seis meses en 4 de cada 10 niños (42%).

La leche materna exclusiva brinda beneficios únicos para el recién nacido y la madre, debe iniciarse en la primera hora de vida del bebé, constituye una estrategia de salud pública de alto impacto ya que reduce la morbilidad y mortalidad neonatal.

Respecto a los lactantes, disminuye la incidencia de infecciones respiratorias y diarreas, reduciendo el riesgo de hospitalización, prevalencia de sobrepeso y diabetes tipo 2.

También podemos decir que la lactancia materna favorece el vínculo del binomio, obviamente con efectos positivos en el neurodesarrollo infantil. Por lo tanto, debe ser aceptada no solo como una práctica en la alimentación, sino como una respuesta eficaz en salud pública que beneficiara a largo plazo.

Ciertamente al inicio de la lactancia pueden aparecer dificultades que requieran el abordaje adecuado del personal sanitario capacitado tanto técnicamente como profesionalmente. Asimismo, resulta necesario investigar y reconocer aquellas prácticas institucionales establecidas, para darles una nueva estructura y ajustarlas a las necesidades de las familias.

De esta manera, se deben promover acciones como el contacto piel a piel y el inicio inmediato del amamantamiento después del parto, obviamente sino existen contraindicaciones médicas; donde también se debe priorizar el fortalecimiento de la libre demanda al pecho materno, para una mejora en la producción de leche.

Además, es crucial la educación a las familias para garantizar la autonomía en la toma de decisiones en torno a la alimentación del recién nacido.

Los enfoques que favorecen el bienestar materno-infantil, promoviendo las prácticas basadas en la experiencia de un modelo centrado en la familia, hacen que el equipo de salud desempeñe un papel fundamental en la implementación de estrategias donde se comparten la responsabilidad en el acompañamiento y cuidado de la madre y el recién nacido.

Para el fortalecimiento de la LME se requiere de una gran variedad de factores que deben tenerse en cuenta. Es importante que el equipo de salud comprenda tanto el deseo como las posibilidades que tiene la madre ante la lactancia, ya que cada binomio posee sus propias particularidades, resultando imprescindible reforzar la escucha activa para proporcionar un acompañamiento adecuado.

Asimismo, es clave identificar de manera oportuna aquellas situaciones que puedan aparecer en el período inmediato al parto, tales como depresión, temor, angustia, frustración o falta de confianza materna, ya que estos son factores que obstaculizan la práctica de la lactancia. Es primordial también analizar el entorno familiar y social, dado que el apoyo y la contención resultan fundamentales.

Cuando la lactancia materna es una elección propia, las probabilidades de éxito aumentan significativamente; en cambio, en la lactancia no deseada, es importante no culpabilizar y si, de alguna manera sutil promover la lactancia y acentuar la escucha activa, omitiendo juicios, pero garantizando la educación adecuada que permita a cada madre tomar una decisión respecto a la alimentación de su hijo/a.

La observación en el momento de la prensión y el agarre al pecho materno resulta importante para evitar diferentes complicaciones, como dolor, grietas en el pezón, mastitis, si los profesionales de salud detectan estas complicaciones de manera temprana, se implementarían estrategias adecuadas que favorezcan la continuidad de la lactancia que prevengan su abandono precoz.

La igualdad de derechos y oportunidades de las madres que deseen dar de lactar es siempre la mejor opción en cuanto a calidad y seguridad.

Por otro lado, la Ley 20744 de Contrato de Trabajo, art.179, establece que toda trabajadora, madre en período de lactancia tienen dos pausas de 30 minutos durante su jornada laboral para dar de lactar, este derecho permanece solo por un año después del nacimiento, salvo que existan indicaciones médicas que justifiquen la prolongación de la lactancia.

Ley N°26.873 de Lactancia Materna; Promoción y Concientización Pública, hace referencia a que si no es posible llevar el lactante al lugar de trabajo donde se encuentra su madre, la obligación del empleador es de contar con espacios adecuados, higiénicos, cómodos, privados, que permitan la extracción y conservación segura de la leche materna.

La lactancia materna tiene beneficios en el binomio y a nivel colectivo, haciendo de esto una responsabilidad social. Las políticas y programas tanto a nivel mundial como nacional han demostrado mayor eficacia en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna a través de los cuidados maternos de calidad, el acceso a licencias laborales remuneradas y la regulación en la comercialización de la leche formulada. Estas estrategias resultan fundamentales para fortalecer el derecho a la lactancia y garantizar condiciones adecuadas para su continuidad (Sociedad Argentina de Pediatría [SAP], 2022).

La leche de madre aporta múltiples beneficios nutricionales, lípidos, proteínas, carbohidratos, vitaminas, fósforo, calcio e inmunoglobulinas para el desarrollo y crecimiento del RN.

La lactancia materna colabora con la recuperación del peso materno, disminuye el sangrado uterino postparto, reduce la probabilidad del cáncer de mama y de ovario; también reduce la osteoporosis. Estimula el vínculo entre madre/RN y colabora con la economía familiar (Santana González et al., 2022).

Para obtener una LME y duradera, los profesionales de salud deben actualizarse mediante las recomendaciones vigentes, asumir el compromiso y la responsabilidad, en las habilidades técnicas-prácticas del amamantamiento (Olvera Álvarez et al., 2022).

1.1 Inmunoterapia con calostro oral

La terapia con calostro orofaríngeo consiste en aplicar la primera leche materna, denominada, “calostro”, a cada lado de la mucosa oral. La absorción de este, durante los primeros días de vida del recién nacido mejora el funcionamiento del sistema inmunológico a través del tejido linfático situado en la orofaringe. En el caso que se administre por medio de una sonda enteral, esto no ocurre.

El calostro suele ser un líquido espeso, amarillento que contiene nutrientes esenciales y fundamentalmente anticuerpos maternos; es secretado por las glándulas mamarias, su producción ocurre a partir de la semana 18 - 20 y se prolonga durante los primeros días posteriores al nacimiento, en algunos casos se prolonga hasta una semana.

Esta técnica está indicada, sobre todo, en recién nacidos prematuros que pesan alrededor de 1500 gramos y/o 32 semanas gestacionales que no pueden lactar.

La administración es en la mucosa yugal, se procede a tomar 0,1 ml de calostro con una jeringa de insulina, desde el nacimiento del prematuro hasta que se disponga de él. Generalmente la indicación más frecuente suele ser cada tres horas, previamente a la alimentación enteral. Lo más recomendable es continuar con el tratamiento durante siete días consecutivos e incluso en algunas oportunidades puede extenderse hasta el día 14, donde debiese ser fraccionado y congelado para su conservación (SIBEN, 2023).

1.2 Técnica de extracción manual de calostro

La Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN, 2023) recomienda el siguiente procedimiento:

a. Preparación y masaje:

- Realizar un masaje circular desde la base de la mama dirigiéndose hacia el pezón.
- Colocar la mano en forma de "C" aproximadamente a dos centímetros por detrás del pezón.
- Empujar los dedos suavemente hacia atrás, en dirección a las costillas.
- Apretar el pecho entre los dedos.

b. Duración y frecuencia:

- Repetir el proceso cada dos horas.

c. Recolección:

- En un recipiente adecuado, como: una jeringa de insulina, un recipiente con boca ancha, lisa y con tapa o una cuchara.

d. Identificación:

- Etiquetar el recipiente con: nombre y apellido del recién nacido, fecha y hora, letra clara.

e. Almacenamiento:

- A temperatura ambiente: cuatro horas.
- Refrigerado (2-8 °C): 5 – 8 días Congelado (-20 °C): 3 – 4 meses (ciertas enzimas y proteínas se pierden en el proceso de congelación y descongelación).

f. Administración:

- Aplicar 0,1 ml a cada lado en la mucosa yugal.
- Si se encuentra refrigerado templar.

g. Registro y seguimiento:

- Fecha, hora y cantidad.

h. Recomendaciones:

- Podría iniciar la extracción de calostro lo más pronto posible en las primeras dos horas de vida del recién nacido.
- Antes de las seis horas postparto.

1.3 Beneficios de la administración de calostro de manera precoz

- menor estadía hospitalaria.
- menos gastos hospitalarios.
- menor tiempo para la alimentación enteral.
- beneficios contra: enterocolitis necrotizante, sepsis tardía, neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- inclusión de la familia.
- establecimiento de la lactancia materna.
- empoderamiento de la familia en el cuidado (previa educación).
- la pareja es una figura clave en el éxito de la práctica, siendo un apoyo fundamental para la madre.
- la participación del cuidado reduce el estrés y la ansiedad (EDISIBEN, 2023).

Capítulo 2: Lactancia materna en el recién nacido prematuro tardío y en el recién nacido término precoz

El recién nacido prematuro tardío nace entre la semana 34 y la 36 de gestación siendo relativamente inmaduros y vulnerables, presentando riesgos de morbilidad y mortalidad teniendo que sobrellevar a menudo problemas relacionados con hipotermia, hipoglucemia, eliminación tardía de líquido pulmonar, dificultad respiratoria, ictericia, sepsis, etc. Algunos de estos riesgos están relacionados directamente con la dificultad de amamantarse, en una asistencia intrahospitalaria predisponiendo a las madres a una producción deficiente de leche.

El abandono de la lactancia o la mala implementación de la técnica puede generar en recién nacido hipoglucemias, hiperbilirrubinemia, falta de crecimiento, hipernatremia y/o deshidratación, motivo que provoca gran preocupación en el sistema de atención médica afectando directamente la autoconfianza de las madres en la capacidad de amamantamiento.

Si bien la succión es un atributo que el feto desarrolla desde la vida intrauterina, este reflejo innato fundamental para la supervivencia es el que le permite garantizar la alimentación, de forma efectiva desde su nacimiento, además, genera confort, promueve el estado de alerta, le permite la exploración, es por eso que en las unidades de cuidados intensivos neonatales es de suma importancia la gestión del cuidado de estos RN internados orientados hacia la lactancia materna exclusiva.

2.1 Dificultades en la lactancia

Promover y apoyar la lactancia involucra un gran desafío en las acciones y en las estrategias a implementar. La lactancia puede ser más difícil para algunos bebés, evidenciando signos de amamantamiento ineficaz por su condición de recién nacido pretérmino, menor tiempo de alerta, tono muscular que aún no se ha desarrollado como en el de los recién nacidos a término, dificultad para el agarre al pecho, ya sea por la relación del tamaño boca/pezón, por dificultad en la coordinación succión/deglución/respiración.

Otra de las dificultades frecuentemente avistadas, denotan que las madres precisen algún tipo de asistencia postparto y se vea demorado el inicio de la lactancia.

Los RNPT tienen períodos de somnolencia y sueño más largos, produciendo en las madres una falsa percepción, donde asumen que la succión del bebé fue la adecuada para una ingesta suficiente y que no tiene hambre, esto podría causar descenso de peso, desnutrición, hipoglucemias, deshidratación e hiperbilirrubinemia. Generalmente esto ocurre en madres primerizas.

Los RNPT son una población que tienen un mayor riesgo de lactancia de corta duración. Esto se debe a que son menos maduros fisiológica y metabólicamente que los RNT y tienen mayor riesgo de morbilidad, como mencionamos anteriormente.

Por otra parte, el alta hospitalaria comúnmente se dispone antes de que la lactancia este establecida completamente, cosa que no garantiza una LME exitosa, ocasionalmente los padres no cuentan con los conocimientos y el apoyo apropiado para el mantenimiento y la instauración de la lactancia garantizada.

En un trabajo que describe la evaluación de un protocolo de apoyo a la lactancia materna en recién nacidos pretérmino realizado en el Hospital Joan XXIII de Tarragona mediante el seguimiento de más de 100 de estos RNPT, los autores encontraron cuatro valoraciones en la forma de amamantar:

- aquellos que no se agarran al pecho y/o no succionan.
- aquellos que tienen escasas succiones superficiales, que se duermen.
- aquellos que hacen succiones profundas con patrón inmaduro.
- aquellos que succionan como si fuesen RNT.

Exponiendo de esta manera dos situaciones, donde se detallan los recién nacidos que realizan tomas ineficientes que requieren suplementos y los recién nacidos que realizan tomas eficaces. Por lo tanto, es de suma importancia brindar apoyo adicional para el establecimiento y la implementación de lactancia materna.

2.2 Estrategias y abordaje

Educar a las madres y apoyarlas en esta etapa es crucial, se deben tener pautas específicas y diferentes en lo que respecta a los RNT. Para el manejo correcto del amamantamiento se debe:

- preservar el abastecimiento de leche materna.

- garantizar el aporte adecuado de nutrientes.
- brindar apoyo y contención a la familia, hasta que él bebe pueda amamantarse por sí solo.

Desde hace unos años, organismos nacionales e internacionales han documentado a través de recomendaciones como realizar el manejo de la alimentación de este grupo de RNPT, la Sociedad Española de Neonatología (SENEO), la academia Americana de Medicina de la Lactancia (AMB), el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (ESPSGAN), la IHAN internacional (BFHI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tomando como referencia estos documentos, y teniendo en cuenta las consideraciones descriptas sobre las dificultades para el establecimiento de la lactancia en los RNPT, a continuación, se recopilan y detallan las prácticas que facilitan la instauración de una lactancia materna eficaz en este grupo de niños.

2.3 Prácticas y estrategias que favorecen la lactancia materna

- En el parto, facilitar el contacto piel a piel, colocando de manera inmediata al RN sobre el pecho de su madre, si clínicamente ambos se encuentran estables, esto permite el agarre temprano al pecho materno.
- Favorecer el apego precoz e ininterrumpido, evitando el alejamiento del RN de su madre.
- En caso de la separación madre-hijo por cuestiones necesarias, iniciar de manera precoz la extracción de calostro, proporcionando educación y apoyo adecuados a la madre.
- Valorar si estamos frente a un RNPT o RNT.
- Valorar frecuentemente constantes y también el peso; donde la pérdida mayor al 3% en las primeras 24 hs al nacimiento y un 7% posterior a los tres días de nacido, nos dará cuenta si es necesario intensificar la lactancia, por otra parte, la coloración de la piel, el número de micciones y de deposiciones nos aportaran información acerca de la ingesta de leche.
- Educar a la madre con respecto al RNPT, sobre sus expectativas, las posibles dificultades, por ejemplo, los estadios de sueño/alerta, donde despertar a un RNPT generalmente es dificultoso y cuando esto se logra, se duerme rápidamente:
- Cuáles son las señales de hambre, duración del tiempo entre tomas, etc.

- Educar, en lo que respecta a “libre demanda” en lactancia.
- En el servicio de neonatología y aunque no sea posible la prensión al pecho, animar a la madre a efectuar extracciones frecuentes de calostro, para asegurar la producción de leche a futuro.
- Es fundamental valorar la succión y documentarla.
- Si es necesario suplementar, siempre como primera opción se utilizará leche de madre por extracción.
- Dentro de los métodos de administración, se evitará la tetina utilizando en su lugar, cucharita, vasito, etc.
- En caso de administración por sonda nasogástrica, se recurrirá a la técnica madre canguro que facilita la búsqueda del pecho del bebé y la estimulación a la producción de leche por parte materna.
- Valorar la postura durante el amamantamiento para facilitar el agarre del pecho, mediante la optimización de recursos como la almohada en forma de C, que brinda apoyo y confort.
- Valorar y registrar el número de deposiciones y diuresis, que aportan datos sobre la real ingesta de leche.
- Control de peso e hidratación.
- Utilizar de manera transitoria pezoneras siliconadas para favorecer la prensión.
- Educar para garantizar el control pediátrico 48 hs post alta hospitalaria.
- Valorar el estado de las mamas.
- Valorar signos de hambre.
- Fortalecer la confianza materna, dar apoyo, animar.
- Recomendar el método canguro ya que no solo estimula la lactancia, sino que también fomenta el bienestar del bebé y ambos padres.

2.4 Planificar el alta

La educación previa al alta; sirve para reconocer de manera oportuna, inmediata y rápida todo signo de alarma como, por ejemplo, irritabilidad, letargia, ictericia, deshidratación, inestabilidad térmica, pérdida de peso.

2.5 Seguimiento

La coordinación del hospital y el centro de salud más cercano a su domicilio, para asegurar la continuidad de la LME y el cuidado del recién nacido brindando apoyo a la familia (Lalaguna Mallada et al., 2023).

Capítulo 3: Actitudes y conocimientos hacia la lactancia materna en madres adolescentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la lactancia materna exclusiva debe comenzar desde la primera hora de vida hasta los seis meses del RN, período después del cual comenzara a alimentarse con otros tipos de alimentos.

El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) también hace referencia a la alimentación exclusiva a través del pecho materno durante el mismo período, detallando las implicancias tanto para la madre como para el RN, en beneficios psicológicos, emocionales, nutricionales e inmunológicos. También detalla la reducción de gastos familiares.

Conforme a lo establecido por Krech y Crutchfield (2021) las actitudes comprenden los procesos motivaciones que explican porque las madres actúan de determinada manera frente a la lactancia y el RN en su accionar.

De acuerdo con López y Fuentes (2021) las actitudes negativas hacia la lactancia materna se incluye el rechazo a la lactancia exclusiva. Algunas madres creen que amamantar podría generarles aumento del apetito y con ello aumento de peso a futuro, también afectar la forma de sus senos, provocar una pérdida de calcio en sus huevos y provocar la perdida de sus dientes.

De la misma manera, Villacis y Col (2021) señalan que la causa más común es la falta de producción láctea, el rechazo al pecho materno por parte del recién nacido, enfermedad materna, actividad laboral materna.

3.1 Factores de riesgo para el abandono de la lactancia exclusiva y su promoción

Según la Organización Panamericana de la Salud, los obstáculos más documentados al momento abarcan: la percepción de escasa producción de leche, falta de confianza materna en su rol, la recomendación de fórmulas lácteas o el exceso de publicidad con fórmulas mágicas de super alimentación para el RN y su fácil acceso, la inexistencia de lugares apropiados para la extracción de leche en el ámbito laboral y políticas que respalden el cumplimiento de la norma del cuidado materno, (Torres Salazar, 2023).

3.2 Prácticas de lactancia materna en las unidades neonatales

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al nacimiento y a la Lactancia en las unidades neonatales, lleva a cabo las buenas prácticas de LME en la población más vulnerable, que ha requerido del cuidado de las unidades neonatales y con ello, lo que conlleva la separación del binomio, motivo por el cual se definieron, “tres principios básicos y los diez pasos para una lactancia exitosa”, dentro de estas unidades. Los tres principios básicos:

- las actitudes de los profesionales deben centrarse de manera particular en la madre y su situación actual.
- la institución hospitalaria debe ofrecer un entorno amigable, seguro brindando cuidados centrados en la familia.
- el sistema de salud debe garantizar el seguimiento continuo desde el embarazo hasta el alta del recién nacido.

Los 10 pasos para una lactancia exclusiva exitosa:

- Protocolizar el cuidado de lactancia exclusiva.
- Instruir, capacitar e incluir prácticas específicas sobre lactancia exclusiva.
- Educar a las embarazadas hospitalizadas acerca de la importancia de la lactancia y el amamantamiento, en caso de parto prematuro.
- Promover el contacto piel a piel entre el binomio, a través del método canguro.
- Comenzar la lactancia y el amamantamiento ni bien el RN se encuentre estable.
- No facilitar leches formuladas, salvo necesidad por indicación médica.
- Favorecer las unidades neonatales abiertas.
- Promover la lactancia a libre demanda.
- Sólo utilizar biberón, chupetes y pezoneras en circunstancias justificadas.
- Educar a los padres en la importancia de la continuidad de la lactancia materna exclusiva tras el alta hospitalaria (Cabrera-Lafuente et al., 2021).

3.3 Cuidados orientados a favorecer la lactancia en neonatos

En la vida intrauterina el feto utiliza el reflejo involuntario de la succión; al nacer el RN es capaz de succionar para alimentarse por sus propios medios del pecho materno.

La succión no nutritiva, la motivación a la extracción del calostro, fortalece el vínculo del binomio y la transición a la lactancia exclusiva; de aquí la importancia de las residencias de madre, el lactario y el equipamiento necesario para la extracción diaria de leche.

Durante la permanencia en la sala de neonatología existen alternancias en cuanto a la producción de leche vinculadas al estado de salud del RN, preocupaciones obvias maternas, cansancio, estrés.

El COPAP como mencionamos anteriormente, además de facilitar el apego, estimula el reflejo de succión, algunos lamen el pezón materno iniciando la alimentación no nutritiva y otros con el estímulo táctil y olfativo comienzan con la succión al pecho materno (Revista Neonatal, 2023).

Capítulo 4: Concepto de adolescencia

La adolescencia es una etapa donde el ser humano experimenta importantes cambios a nivel biológico, psicológico, emocional y social. Es un período crítico, donde se busca consolidar la identidad, tanto mental como sexual; aparecen las relaciones amorosas, se forjan los valores, las creencias, tiene sentido firme la propia individualidad, la autoestima. Las decisiones son basadas en ideales; aparecen los proyectos de vida, las ilusiones; donde lo social juega gran importancia.

La adolescencia proviene del latín “adolescere”, que significa crecer para alcanzar la madurez. Existen muchas y variadas formas de definir a la adolescencia.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud divide la adolescencia en:

- adolescencia temprana que abarca desde los 10 años hasta los 14 años.
- adolescencia tardía desde los 15 años a los 19 años.

4.1 Desarrollo de la adolescencia

La pubertad, período de cambios físicos y hormonales marca el inicio de la transición de la niñez a la adultez, este se extiende aproximadamente entre 12 y los 21 años.

Desde lo sociológico podemos decir que al formar parte de la sociedad comienzan los derechos y con ello las responsabilidades en su conjunto.

4.2 Influencia de los estilos de vida

En las últimas décadas se han experimentado muchas transformaciones en la sociedad haciendo que esto repercuta directamente sobre la salud y las oportunidades de los adolescentes. De la misma manera, los cambios sociales, culturales y la evolución poblacional hacen que los estilos de vida de los jóvenes se vean influenciados por la comunicación.

4.3 Condiciones de las madres adolescentes

Esta etapa se caracteriza por una activa vida social, el disfrute de eventos, fiestas, el compartir con sus pares; por lo que la maternidad temprana genera frustración durante los primeros meses de vida del recién nacido que justamente requiere de cuidados permanentes. (Suarez-Villa et al.2020).

La adolescencia vista como un acontecimiento biológico inicia con la madurez sexual y termina con la integración a su medio social (Muguercia et al.2022).

Ante la situación del embarazo en la adolescencia se debe orientar hacia la concientización de la nueva situación y sus nuevas responsabilidades (González Nava et al. 2020).

Las situaciones de embarazo, maternidad temprana, lactancia, pueden generarse en la adolescente cambios emocionales que alteren su autoestima provocando depresión, estados de vulnerabilidad (Tolozá et al.2020).

Por otro lado, el bienestar psicológico del adolescente dado por la satisfacción personal asociadas a “una experiencia emocionalmente positiva”, a pesar de un embarazo no deseado, acompaña el hecho de convivir con el futuro padre (Meline-Quñones et al.2020).

4.4 Promoción de la salud

La promoción de la salud confronta cambios sociales y dificultades en lo que refiere a desigualdades de oportunidades para los adolescentes, en salud, educación, recreación, trabajo y responsabilidades.

La OMS tiene como objetivo el bienestar y el desarrollo de los individuos, en particular mediante intervenciones explícitamente dirigidas a los adolescentes, forjando cambios de hábitos higiénicos, estilos de vida; concientización sobre aquellas conductas de riesgo, fortaleciendo el autocuidado.

4.5 Factores de vulnerabilidad y riesgo

El adolescente trae consigo experiencias, conocimientos y actitudes vivenciadas de su familia que pueden ser de afecto o rechazo. El abandono del hogar, debido a situaciones intolerables, abusivas, familias disfuncionales, los expone a conductas de riesgo. El abandono escolar los margina de la sociedad, quedan sin protección, sin normas elementales, en desamparo y expuestos a riesgos potenciales que conducen a la larga a delincuencia, abuso, maltrato, drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, violencia, promiscuidad sexual (Falke & Pellegrino, 2020).

Capítulo 5: Embarazo no intencional en la adolescencia.

El embarazo adolescente trae también por su parte aparejado la maternidad temprana y con ello situaciones de desigualdad económica, discriminación, pobreza, más exclusión social, comprometiendo primeramente la salud de la gestante, del niño/niña por nacer y secundariamente; la educación de ambos padres y las oportunidades laborales de éstos.

Argentina presenta el bono demográfico¹ debilitado, puesto que consta con una tasa específica de fecundidad adolescente alta, afectando el desarrollo económico/social del país y la región. Esto es debido a que cada vez, más mujeres adultas retrasan su maternidad, dejando a la vista una mayor proporción de embarazos adolescentes, esto demostrado en diferentes estudios realizados. Desde este punto de vista, no solo se ve perjudicado la situación económica de un país o de una región sino también se observa la inequidad social y de género que involucra la vulnerabilidad de los derechos humanos de las madres adolescentes.

El embarazo no intencional, es aquel que sucede de manera inesperada e inoportuna, se produce sin el deseo o la planificación previa, ante la ausencia o el fallo de los anticonceptivos, ante la ineffectividad de los métodos de anticoncepción de emergencia; entre otras multiplicidades de dimensiones, todo esto tiene un fuerte impacto negativo sobre la calidad de vida de las madres adolescentes.

En lo que respecta a la deserción escolar, afecta a futuro la posibilidad de inserción al mercado laboral con acceso a empleos bien remunerados, generando inseguridad económica, pobreza.

De igual manera, el EA y la MT, afectan al sistema público de salud del Estado, ya que la atención sanitaria, ocurre no solo a los embarazos adolescentes, sino también a sus hijos/hijas ya que pueden presentar mayores riesgos y complicaciones asociadas a la edad materna.

Según el ministerio de salud de la Nación en el año 2020 en Argentina se observó que 43.210 mujeres menores de 20 años fueron madres durante la adolescencia, un

¹ El Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) define el bono demográfico como una oportunidad de crecimiento económico.

promedio de cinco cada hora, siendo 84.768 adolescentes en etapa temprana (UNFPA, 2018; OPSUNFPA-UNICEF, 2018).

5.1 El embarazo adolescente a nivel mundial

Cada año, 21 millones de niñas y adolescentes de entre 15 y 19 años que viven en regiones del mundo en desarrollo quedan embarazadas. A escala global, la tasa de nacimientos en la adolescencia (de edades comprendidas entre 15 y 19 años) ha disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres en 2000, a 41,3 por cada mil en 2023.

El embarazo adolescente y la maternidad temprana constituyen la tasa específica de fecundidad adolescente que se divide en:

- A) Tasa específica de fecundidad adolescente temprana de 10 a 14 años.
- B) Tasa específica de fecundidad adolescente tardía de 15 a 19 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

Los factores biopsicosociales que obstaculizan y/o favorecen la lactancia de manera particular en este grupo etario. Los motivos de abandono de la lactancia son multifactoriales, depende de las características de la adolescente que asume primeramente el embarazo o no y luego la maternidad.

- Determinantes biológicos, salud materna.
- Escasa producción de leche, creencia errónea de que no se produce la calidad adecuada de leche.
- Características psicológicas como los sentimientos, las emociones y el instinto que muestran la predisposición a lactar materna.
- Actitud positiva de la madre favorece la lactancia materna.
- Identidad cultural, el vínculo existente entre la etnia y las prácticas de lactancia dependen de la concepción materna.
- Apoyo sociofamiliar, puede brindar colaboración con la práctica exclusiva de lactancia.
- Motivación, determinada por el vínculo amoroso entre madre y recién nacido.

- Dinámica familiar, es de suma importancia ya que la forma en la que se vinculan emocionalmente, la capacidad de adaptarse al nuevo integrante y la comunicación permite identificar fortalezas y debilidades, ayudando a mejorarlas.
- Condiciones sociales, interacción social tiende a acortar la lactancia exclusiva.
- Elemento cultural, las creencias, valores, comportamientos y los estilos de vida determinan el accionar de la madre adolescente.
- Comunidad educativa, el nivel de escolaridad.
- Conocimientos, pocos o inadecuados de lactancia exclusiva.
- Situación económica, es un factor determinante puesto que las madres adolescentes no cuentan con los medios económicos, ni las facilidades para dar de lactar durante un tiempo prolongado.
- Costumbres, la cultura que se transmite de generación en generación, son el principal referente para las madres adolescentes primerizas.
- Pobreza, al presentarse la maternidad temprana en la adolescencia, suele suceder que ciertas obligaciones maternas lleven al descuido del RN.
- Creencias y mitos heredados por familiares.
- Violencia intrafamiliar es una forma de impedimento para que la madre adolescente no cuente con un espacio de tranquilidad para dar de lactar a su hijo.
- Consumismo, consiste en dar leche de fórmula (García-Moreno 2021).

Capítulo 6: Preparación de las madres primerizas para el cuidado efectivo del recién nacido

El cuidado y la sobrevivencia de los recién nacidos dependen del compromiso de cada madre. Su éxito se basa, en gran medida, en brindar cuidado de manera adecuada, favoreciendo la calidad de vida, contribuyendo a reducir la tasa de mortalidad infantil.

Generalmente las madres adolescentes primerizas en etapa tardía manifiestan temor, poca información detallada acerca de cómo preparar y cuidar el pezón, como aumentar la producción de leche, qué importancia tiene el calostro, la lactancia materna exclusiva, el estímulo del COPAP, cada cuánto tienen que dar de lactar y en tiempo, técnicas de amamantamiento, signos de alarma, prevención de enfermedades y riesgo de muerte súbita del RN (Reascos Paredes et al., 2023).

Abordaje metodológico

Diseño

El presente estudio adoptó un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo), de tipo observacional, descriptivo, de campo, de corte transversal.

Observacional, descriptivo. De corte transversal.

Se indagó sobre los factores específicos que influyen en la LME en el grupo de adolescentes primíparas tardías, según Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista (2014).

Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en el Servicio de Neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, que cuenta con 24 unidades funcionales distribuidas en sectores según la complejidad del paciente. El equipo asistencial está compuesto por 41 enfermeros/as de diferentes niveles educativos (auxiliares, técnicos y profesionales). El servicio se organiza en:

- **Cuidados intensivos:** siete incubadoras con sensores de piel y sistemas de humedad para prematuros extremos.
- **Cuidados intermedios:** seis incubadoras de menor complejidad y un área de aislamiento con cuatro unidades.
- **Baja complejidad:** siete cunas.

De manera complementaria, se dispone de una residencia para madres, abierta las 24 horas, que favorece el alojamiento y el contacto permanente con sus bebés.

Participantes

Estuvo conformada por 2 muestras:

- muestra 1: 132 madres adolescentes tardías primerizas.
- muestra 2: 41 enfermeros/as asistenciales con diferente nivel de formación; (auxiliares, técnicos y profesionales pertenecientes al servicio de neonatología), de los cuales se trabajó con aquellos que respondieron, siendo real un total de 23 enfermeros/as.

Durante el período comprendido desde comienzos de marzo 2022 hasta febrero 2023.

Criterios de inclusión y exclusión

- *Madres*: se incluyeron adolescentes primerizas en etapa tardía. Se excluyeron madres multíparas adolescentes y aquellas con lactancia contraindicada por consumo de sustancias.
- *Enfermeros/as*: se incluyeron quienes pertenecieran al servicio de neonatología y realizaran funciones asistenciales (auxiliares, técnicos y profesionales). Se excluyeron los ajenos al servicio y aquellos que estuvieran de licencia especial o médica.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para el personal de enfermería de neonatología se utilizó una encuesta mediante un cuestionario estructurado de 30 preguntas en distintos formatos, V o F, preguntas cerradas, múltiples opciones, preguntas abiertas, sobre los “Conocimientos en lactancia”, una versión adaptada de ECoLaE, que midió beneficios, técnicas, problemas comunes y manejo de LME; su duración aproximada fue de 10-15 minutos, donde se dejó en claro que no se podía contestar en diferentes momentos; por ello se debió asegurar el tiempo disponible antes de comenzar.

Puntaje de 0 - 10 puntos: nivel de conocimiento bajo de 11 - 20 puntos: nivel de conocimiento medio y de 21 puntos o más: nivel de conocimiento alto. El tiempo que se empleo fue de aproximadamente 10 minutos por cuestionario.

También se utilizó una ficha de datos sociodemográficos, donde se recopiló información como edad, sexo, número de hijos, experiencia, etc.

Para las madres adolescentes primerizas se utilizaron entrevistas semiestructuradas, que permitirán valorar las “Actitudes frente a la LME”, mediante 5 preguntas ; puntuándolas mediante la escala de Likert, siendo 1 punto para las que estaban “totalmente en desacuerdo”, 2 puntos para las “indecisas”, 3 puntos para las que estaban “de acuerdo” y 4 puntos para las que estaban “totalmente de acuerdo”, obteniéndose como valor final, de 0 a 10 puntos, las que presentaron “actitud negativa” y de 11 a 20 puntos, las de “actitud positiva”.

Se realizó también un cuestionario con preguntas abiertas, que fueron transcritas textualmente sobre los “Conocimientos en lactancia materna exclusiva”.

Los resultados fueron agrupados según el nivel de conocimiento en “conocimientos insuficientes” y “conocimientos suficientes”.

Consideraciones éticas

Se les informó a todos los participante que sus respuestas eran confidenciales y se les agradeció por tan valiosa colaboración ya que su opinión fue sumamente importante para recabar información en el estudio de caso, aceptaron voluntariamente participar.

Se amparó el bienestar y el respeto hacia la integridad de los profesionales y de los participantes, realizando el procedimiento de manera correcta para obtener los máximos beneficios posibles y reducir al mínimo el daño a cada uno de ellos.

La recolección de datos no representó daños psicológicos, ni físicos, y fueron obtenidos en total reserva.

Se declaró firmemente que toda información recopilada era confidencial, únicamente utilizada para el estudio de este caso, con el fin de encontrar datos útiles, de uso exclusivo.

Procedimientos

En un principio para la recolección de datos de este estudio de caso, se solicitó la autorización previa al comité de ética del hospital público de la ciudad de Rosario, mediante una nota presentada por mesa de entrada y un consentimiento informado a todos los participantes, en el cual se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información adquirida, pudiendo interrumpir su participación cuando lo deseen, utilizando un espacio privado y seguro.

Se invitó a participar a las madres adolescentes y a los enfermeros presentes en el período mencionado y a todos aquellos que cumplieron con los criterios.

Análisis e interpretación del material relevado

El análisis de los resultados permitió identificar una serie de problemáticas y tendencias en relación con los conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna exclusiva (LME) en madres adolescentes primerizas, así como en el equipo de enfermería que las acompaña.

En primer lugar, los datos obtenidos a través del cuestionario aplicado a las 132 madres adolescentes evidencian un nivel insuficiente de conocimientos en la mayoría de los casos. La información errónea sobre el tiempo recomendado de lactancia, las técnicas correctas de prensión al pecho y la higiene de los pezones revela que gran parte de las participantes no dispone de herramientas adecuadas para sostener la práctica de la LME. Por ejemplo, muchas de ellas refirieron que la leche “pierde calidad” después del primer año, o bien que la higiene de los pezones debía realizarse con agua y jabón en cada toma, lo que refleja la persistencia de mitos y prácticas desactualizadas. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que señalan la influencia de las creencias culturales y de la falta de educación en el mantenimiento de la lactancia (OPS, 2020; UNICEF, 2019).

A pesar de estas limitaciones, se observó que la mayoría de las adolescentes mantienen actitudes positivas hacia la lactancia, reconociendo sus beneficios inmunológicos, nutricionales y emocionales. Este hallazgo resulta alentador, ya que indica que, si bien el conocimiento técnico es escaso, existe disposición y motivación para amamantar, lo cual puede potenciarse mediante intervenciones educativas adecuadas. Sin embargo, también se detectó una fuerte influencia del entorno familiar y social en la decisión de continuar o interrumpir la lactancia. En muchos casos, las abuelas o parejas incentivaban el uso de fórmulas lácteas, lo que contribuye al abandono precoz de la LME.

En lo referente al equipo de enfermería, los resultados de la encuesta (n=23) muestran que la mayoría presenta un nivel de conocimiento intermedio respecto a la lactancia materna. Si bien reconocen los beneficios de la LME y las recomendaciones internacionales, se identificaron vacíos en aspectos prácticos, como la resolución de dificultades en el agarre y la extracción manual de calostro. Esto refuerza la necesidad de capacitaciones periódicas para fortalecer el rol educativo y de acompañamiento que cumple el personal de salud. De acuerdo con Santana González et al. (2022) y Olvera Álvarez et al. (2022), la actualización profesional resulta clave para brindar un asesoramiento basado en la evidencia y prevenir el abandono temprano de la lactancia.

Un aspecto relevante que surge de la interpretación de los datos es la relación entre las condiciones socioeconómicas y culturales de las adolescentes y la continuidad de la lactancia. Muchas de ellas señalaron la necesidad de trabajar, la falta de apoyo de sus parejas o la influencia de creencias familiares como factores que dificultan mantener la LME. Esta situación coincide con lo reportado por García-Moreno (2021), quien sostiene que la dinámica familiar, la pobreza y los mitos heredados constituyen barreras significativas en la práctica de la lactancia materna.

En síntesis, el análisis permite afirmar que la problemática no radica únicamente en la falta de conocimientos de las madres adolescentes, sino en un entramado de factores biopsicosociales que intervienen en la decisión y sostenimiento de la lactancia. El equipo de enfermería, aunque con limitaciones en su formación, se constituye como un agente clave para la promoción de la LME, siempre que cuente con instancias de capacitación y recursos institucionales que respalden su accionar.

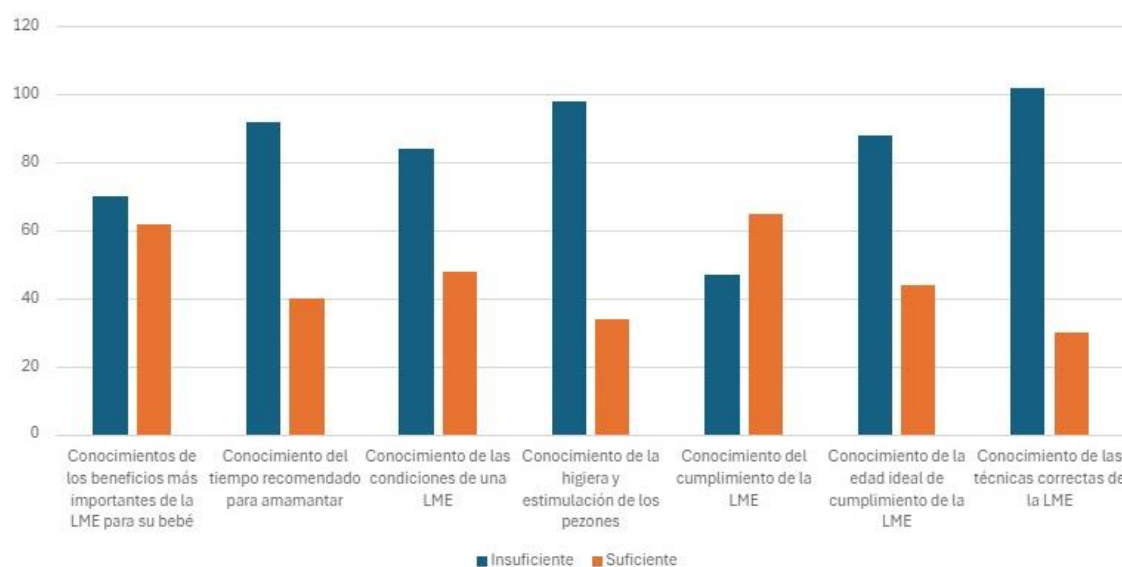
Tabla 1. Conocimientos sobre lactancia materna en madres adolescentes primerizas en un hospital público de la ciudad de Rosario (n = 132)

Criterio que se mide: El conocimiento sobre lactancia materna de las madres, evaluado a través de un cuestionario preguntas abiertas (transcriptas textualmente en anexos).

Nivel de conocimientos	n=132			
	Insuficientes	Porcentaje	Suficientes	Porcentaje
Conocimientos de los beneficios más importantes de la LME para su	70	53%	62	47%
Conocimientos del tiempo recomendado para amamantar	92	70%	40	30%
Conocimientos de las condiciones de una lactancia materna exitosa	84	64%	48	36%
Conocimientos de la higiene y estimulación de los pezones	98	74%	34	26%
Conocimientos del cumplimiento de la LME	47	36%	65	49%
Conocimientos de la edad ideal de cumplimiento de la LME	88	67%	44	33%
Conocimientos de las técnicas correctas de la LME	102	77%	30	23%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 1. Conocimiento sobre LME



Fuente: elaboración propia.

De las 132 madres adolescentes primerizas encuestadas se observó que la mayor proporción de ellas tenía conocimientos insuficientes 53% en temas específicos de lactancia y aproximadamente la mitad demostró tener los conocimientos básicos 47%.

La LME contiene anticuerpos que fortalecen el sistema inmune del RN, por ello lo protege de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, además facilita las deposiciones y previene de cólicos, favorece la recuperación materna en el postparto, reduce el riesgo de cáncer de útero/mama.

En lo que respecta al tiempo recomendado para amamantar; la mayoría tenía conocimientos insuficientes 70%.

Algunos datos transcritos textuales:

“Después de pasado el año la leche ya no sirve porque se queda como aguaba, el bebé se queda con hambre, mi pareja quiere que le dé mamadera. No sé cuántas veces le tengo que dar de día. No sé si de noche también le tengo que dar o lo dejo que duerma.”

En lo referente a las condiciones para una LME se observó que los conocimientos en su mayoría eran insuficientes 64%, ya que dependían en gran medida del entorno materno (pareja, familia, condición económica).

En la pregunta referida a la higiene y estimulación de los pezones, algunas respuestas fueron, “me lavo los pechos y los pezones con agua y jabón, le pongo crema para que estén suaves, no me baño hasta pasada una semana, hace mal”.

Teniendo en cuenta lo recabado, pudimos notar que en casi la totalidad de los casos 74%, las madres desconocen la estimulación de los pezones y con respecto a la higiene, fue notorio la falta de conocimiento. La poca frecuencia del baño de las madres, por motivo de costumbres o mitos inculcados (por ejemplo, la cuarentena) o por condiciones precarias (por ejemplo, agua fría como impedimento).

Si las madres obtuviesen la información adecuada sabrían que un baño diario es suficiente para la higiene correcta.

Al lavar los pezones antes y después de cada toma, podría quitar la protección natural de las glándulas haciendo que se agrieten o resequen. En lo que concierne a la estimulación de los pezones generalmente se realiza con anterioridad, conlleva esfuerzo y constancia, esto facilitaría la prensión al pecho para un amamantamiento eficaz.

Si bien el feto desde su vida intrauterina comienza con prácticas de succión, es necesario la preparación del pezón para favorecer el amamantamiento.

En lo que concierne al cumplimiento de la LME, se notó una predominancia de conocimientos suficientes (58%), sobre los insuficientes (42%), donde las madres demostraron comprender que para garantizar la LME necesitan inevitablemente el apoyo no solo del personal de enfermería sino también de su entorno familiar.

En lo referido a la edad ideal para el cumplimiento de una LME, la gran mayoría de las madres (67%), tenían conocimientos insuficientes.

Queda de manifiesto la falta de conocimiento, su bajo nivel educativo, su falta de experiencia en el tema y la vulnerabilidad a las que las expone su entorno social.

La OMS recomienda un período no menor a seis meses y hasta los dos años o más de LME.

En el conocimiento sobre las técnicas correctas, la gran mayoría, “no sabía cómo prender al pecho al bebé, no conocían las posiciones maternas, ni las posiciones en las que se coloca el bebé para el buen vaciado del pecho, no sabían cómo sostener la mama para prender al bebé, no sabían cómo sacar el pezón de la boca del bebé para evitar dolor y grietas”.

La gran mayoría mostro problemas con las técnicas de amamantamiento (77%), por ello es imprescindible el conocimiento del personal de enfermería en Neonatología de las técnicas indicadas para asegurar el agarre de la boca del bebe al pecho materno; es crucial ya que sabemos que el bebé debe tomar no solo el pezón sino también gran parte de laaréola, por ello es necesario una apertura importante de la boca, una postura cómoda de la madre para que esta sea una experiencia exitosa y gratificante para ambos.

Tabla 2. Actitudes frente a la lactancia materna en madres adolescentes primerizas de un hospital público de la ciudad de Rosario (n = 132)

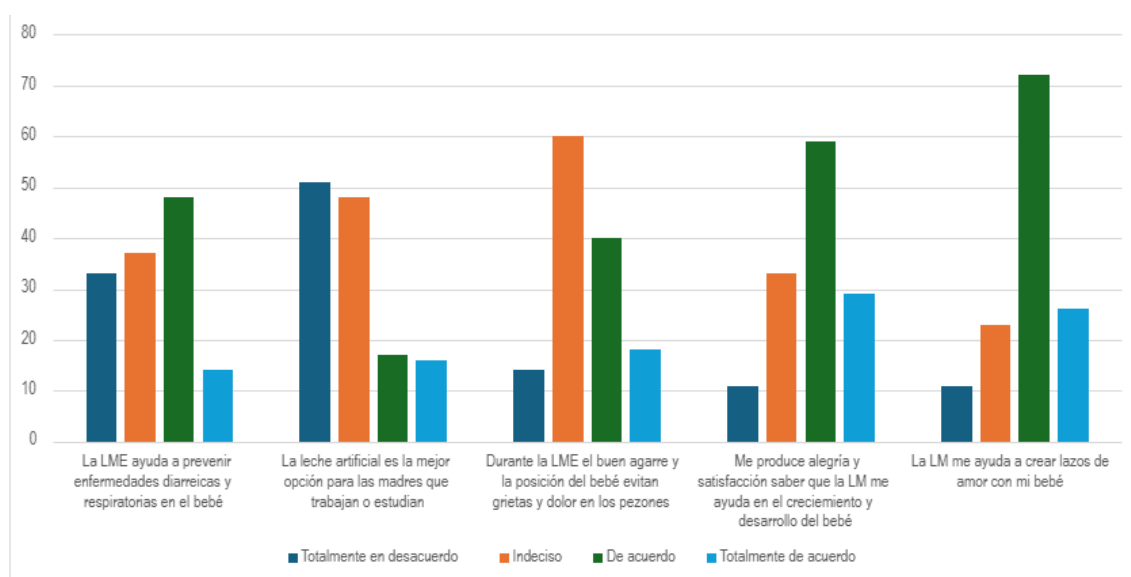
Criterio que se mide: Actitudes frente a la lactancia, evaluado a través de una escala de actitudes que constaba de cinco afirmaciones, valorando el porcentaje de “totalmente en desacuerdo”, “indeciso”, “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”.

Actitudes frente a la LME	Totalmente en desacuerdo	%	Indeciso	%	De acuerdo	%	Totalmente de acuerdo	%
La LME ayuda a prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias en el bebé	33	25%	37	28%	48	36%	14	10%
La leche artificial es la mejor opción para madres que trabajan o estudian	51	39%	48	36%	17	13%	16	12%
Durante la LME el buen agarre y la posición del bebé evitan grietas y dolor en los pezones	14	11%	60	45%	40	30%	18	14%
Me produce alegría y satisfacción saber que la LME me ayuda en el crecimiento y desarrollo del bebé	11	8%	33	25%	59	45%	29	22%
La LME me ayuda a crear lazos de amor con mi bebé	11	8%	23	17%	72	55%	26	20%

Fuente: según encuesta realizada.

Nota: Las columnas con el símbolo %, se refieren al porcentaje del total, correspondiente al dato de la columna inmediata anterior.

Gráfico 2. Actitud frente a la LM



Fuente: elaboración propia.

Por un lado, se observó en lo referido a si la LME ayuda a prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias en el bebé que la mayoría de las participantes están de acuerdo,

con esta afirmación, el 36% está “de acuerdo” y el 10% está “totalmente de acuerdo”, sumando un 46% de opiniones favorables. Y, por otro lado, el 25% esta “totalmente en desacuerdo” y el 28% está “indeciso”.

La leche artificial como mejor opción para madres que trabajan o estudian, predominan las respuestas “totalmente en desacuerdo” en un 39%, mientras que otras se mostraron “indecisas” en un 36%, habiendo mencionado la influencia de los medios de comunicación donde publicitan la idea de que con la leche formulada se adquiere mejor salud, que se logra más rápidamente el aumento de peso del bebé (esto produce desconfianza y duda), sumado que al alta del bebé observamos la distribución de leche de fórmula por parte del efector.

Respecto al buen agarre y la posición del bebé para evitar grietas y dolor en los pezones, se observa que el 45% de “ indecisas”, lo cual indica una clara tendencia al desconocimiento del tema.

Alegría y satisfacción al saber que la LM ayuda en el crecimiento del bebé, el 45% de las madres se manifestó “de acuerdo” y un 22% se manifestó “totalmente de acuerdo”, la suma deja en claro que el 67%, la mayoría de las madres encuestadas poseen una actitud emocional positiva de la lactancia vinculada con el bienestar del bebé.

Crear lazos de amor con el bebé mediante la lactancia, se observó un “de acuerdo” del 55%, la mayoría de ellas considera el vínculo afectivo que se crea con el bebé durante esta práctica.

En resumen, se evidencia una actitud mayormente favorable hacia la lactancia materna, tanto desde el punto de vista de sus beneficios para la salud como del vínculo emocional que se crea.

Sin embargo, también se observan dudas o desconocimiento sobre aspectos prácticos como puede ser en el agarre al pecho.

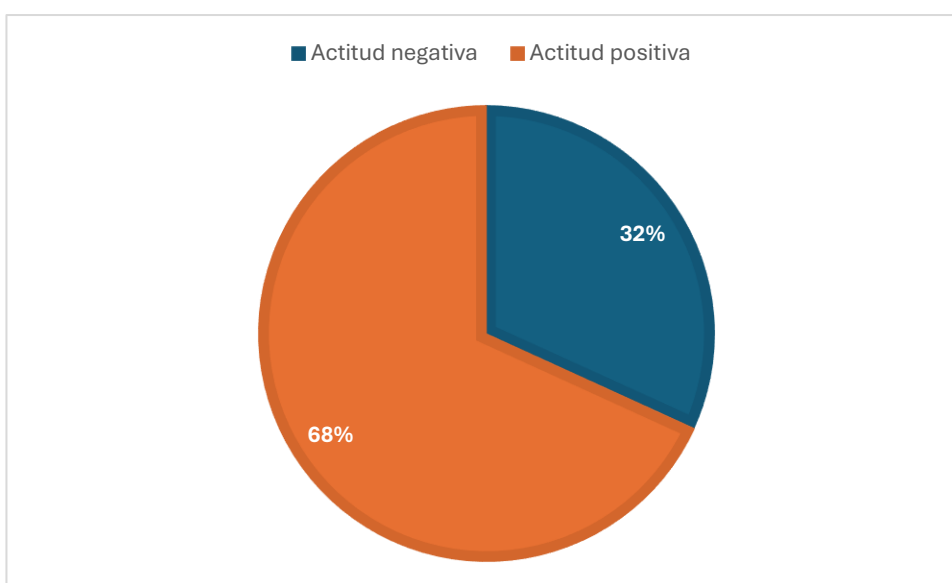
Tabla 3. Distribución de actitudes (positivas y negativas) frente a la lactancia materna en madres adolescentes primerizas de un hospital público de la ciudad de Rosario (n = 132)

Criterio que se mide: Tipo de actitud de las madres adolescentes frente a la lactancia materna exclusiva, positiva o negativa en porcentaje.

Actitud de madres adolescentes frente a la LM	Cantidad	%
Actitud negativa	42	32%
Actitud positiva	90	68%

Fuente: según encuesta realizada.

Gráfico 3. Distribución del tipo de actitudes sobre lactancia en madres adolescentes.



Fuente: elaboración propia.

Las actitudes fueron positivas en un 68% sumando aquellas que se encontraron “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”, en la satisfacción que sintieron las madres al dar de mamar a sus bebés y saber que favorece el crecimiento, también un 75% en la suma de las que estuvieron “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”, en que se crean lazos de amor al dar de mamar al bebé.

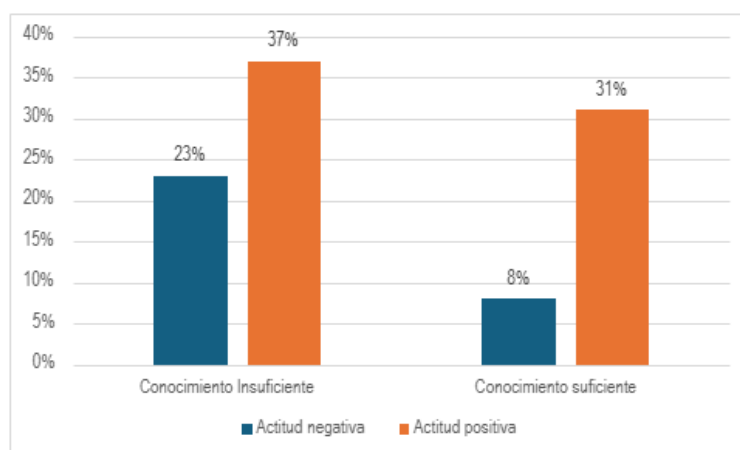
Tabla 4. Nivel de conocimiento y actitudes frente a la lactancia materna en madres adolescentes primerizas de un hospital público de la ciudad de Rosario (n = 132)

Criterio que se mide: Asociación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y las actitudes (positivas o negativas) de las madres adolescentes.

Nivel de conocimiento en madres adolescentes sobre LME	Actitud negativa		Actitud positiva		Total	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Conocimiento insuficiente	31	23%	49	37%	80	61%
Conocimiento suficiente	11	8%	41	31%	52	39%
Total	42	32%	90	68%	132	100%

Fuente: según encuesta realizada.

Gráfico 4. Nivel de conocimiento y actitudes de madres adolescentes sobre lactancia.



Fuente: elaboración propia.

Dentro de las madres adolescentes que tenían conocimiento suficiente, había mucha más predominancia de madres con actitud positiva que con actitud negativa.

En cambio, en los conocimientos insuficientes se observó un mayor contraste de actitudes por lo cual se vio una relación entre actitud y conocimiento, es decir que las madres con un mayor conocimiento en lactancia parecieran vincularse con una actitud más positiva.

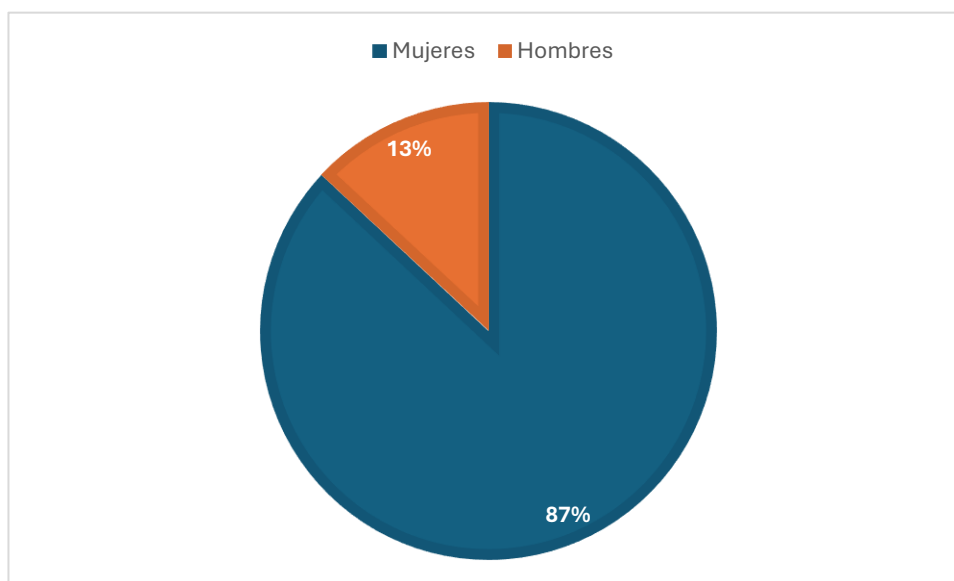
Tabla 5. Datos demográficos del personal de enfermería neonatal de un hospital público de la ciudad de Rosario (n = 23)

Criterio que se mide: Distribución por género del personal de enfermería del servicio de neonatología.

Género	Valor absoluto	Valor relativo
Mujeres	20	87%
Hombres	3	13%

Fuente: según encuesta realizada.

Gráfico 5. Género del personal de enfermería neonatal de un hospital público de la ciudad de Rosario (n=23)



Nota: la figura representa los porcentajes de los géneros que fueron clasificados según los datos obtenidos.

De los 23 encuestados se observó que el 87% marcó tendencia el género femenino, mientras que el 13% género masculino. Se puede obtener mayor información y precisión con respecto a sus vivencias.

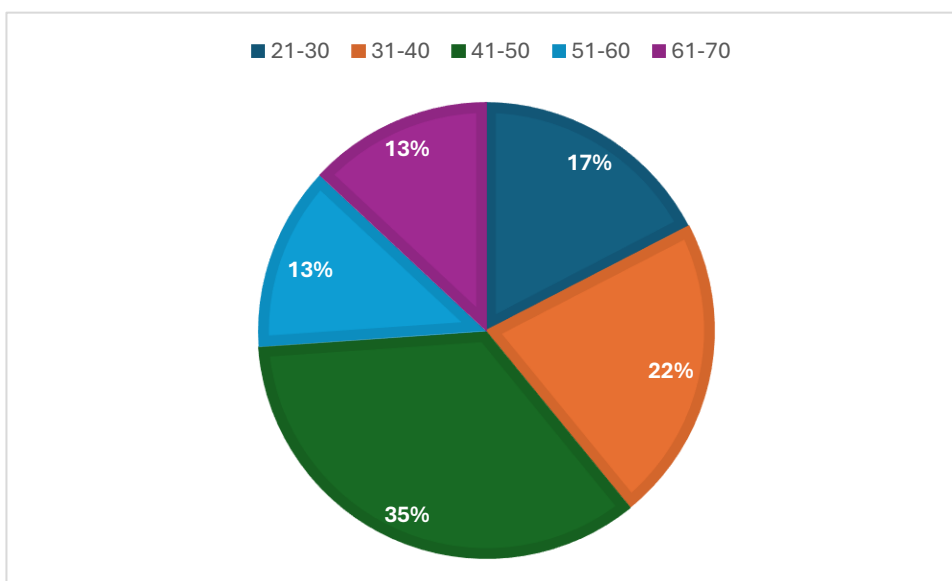
Tabla 6. Distribución por edad del personal de enfermería neonatal de un hospital público de la ciudad de Rosario (n = 23)

Criterio que se mide: datos obtenidos en encuesta al personal de enfermería del servicio de neonatología, agrupado en intervalos de edades cada 10 años.

Edad del plantel de enfermería	Valor absoluto	Valor relativo
21-30 años	4	17%
31-40 años	5	22%
41-50 años	8	35%
51-60 años	3	13%
61-70 años	3	13%

Fuente: según encuesta realizada.

Gráfico 6. Rango etario del personal de enfermería de neonatología



Nota: la figura representa los porcentajes de rango de edades que fueron clasificados según los datos obtenidos.

Podemos decir que existe diversidad en cuanto a edades, pero las franjas de 21 - 30 y de 31 - 40 años son mayoritarias con respecto a las de 51 – 60 y 61 – 70 años. Siendo la franja etaria más abundante la de 41- 50.

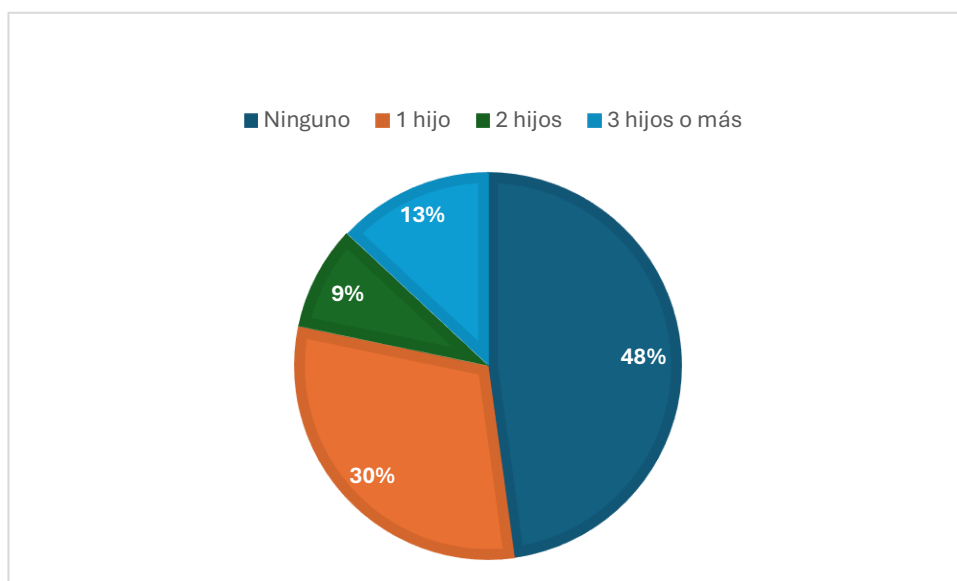
Tabla 7. Número de hijos del personal de enfermería neonatal de un hospital público de la ciudad de Rosario (n = 23)

Criterio que se mide: Número de hijos de los enfermeros/as del servicio de neonatología, en porcentaje de: ningún hijo, un hijo, dos hijos o más de tres hijos.

Nro hijos del plantel de enfermería	Valor absoluto	Valor relativo
Ninguno	11	48%
1 hijo	7	30%
2 hijos	2	9%
3 hijos o más	3	13%

Fuente: según encuesta realizada.

Gráfico 7. Número de hijos del personal de enfermería.



Fuente: según encuesta realizada.

Los encuestados que no tiene hijos abarcan el 48%, pero si sumamos los que, si tienen hijos, nos da un total del 52%.

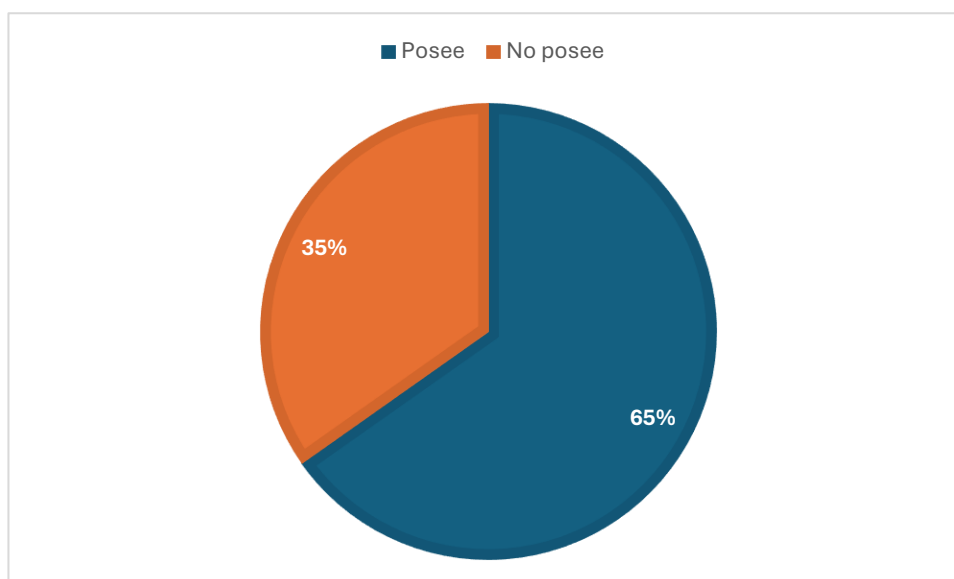
Tabla 8. Experiencia propia en lactancia del personal de enfermería neonatal de un hospital público de la ciudad de Rosario (n = 23)

Criterio que se mide: indica el porcentaje del personal que posee experiencia propia en lactancia o de la pareja vs los que no la poseen.

Experiencia propia de lactancia (o de la pareja)	Valor absoluto	Valor relativo
Posee	15	65%
No posee	8	35%

Fuente: según encuesta realizada.

Gráfico 8. Experiencia propia del personal en lactancia del equipo de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario (n=23)



Nota: la figura representa los porcentajes de la experiencia del personal de enfermería.

Se observa una predominancia en los encuestados que afirman poseer experiencia personal en lactancia, en el caso de las mujeres por ser mayoría.

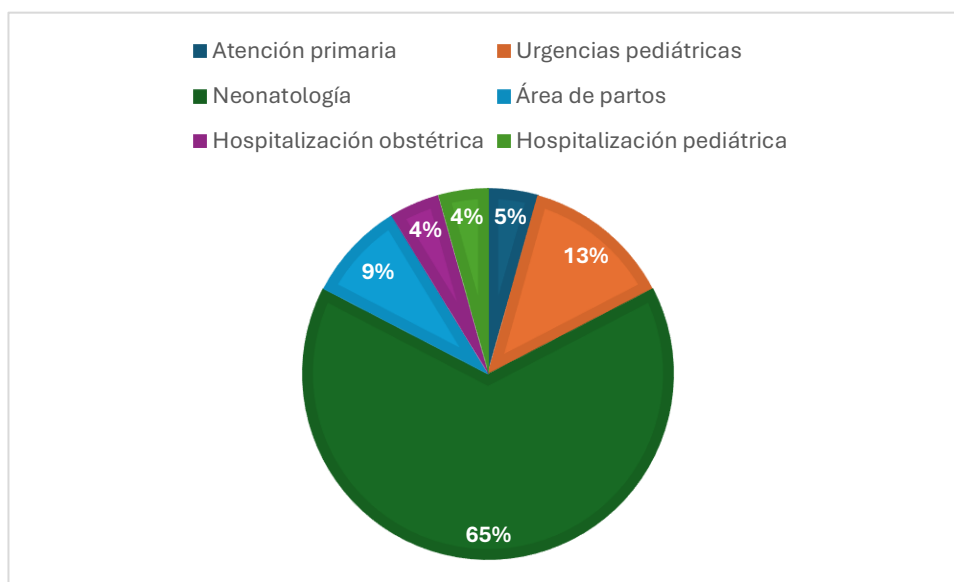
Tabla 9. Distribución del personal de enfermería según lugar de trabajo en un hospital público de la ciudad de Rosario (n = 23)

Criterio que se mide: Sector o área de trabajo del personal de enfermería dentro del hospital, en porcentaje.

Lugar de trabajo	Valor absoluto	Valor relativo
Atención primaria	1	4%
Urgencias pediátricas	3	13%
Neonatología	15	66%
Área de partos	2	9%
Hospitalización obstétrica	1	4%
Hospitalización pediátrica	1	4%

Fuente: según encuesta realizada.

Gráfico 9. Lugar de trabajo del personal de enfermería de un hospital público de la ciudad de Rosario (n=23).



Fuente: según encuesta realizada.

La gran mayoría de los individuos eran pertenecientes al servicio de neonatología y unos pocos provenientes de otros servicios.

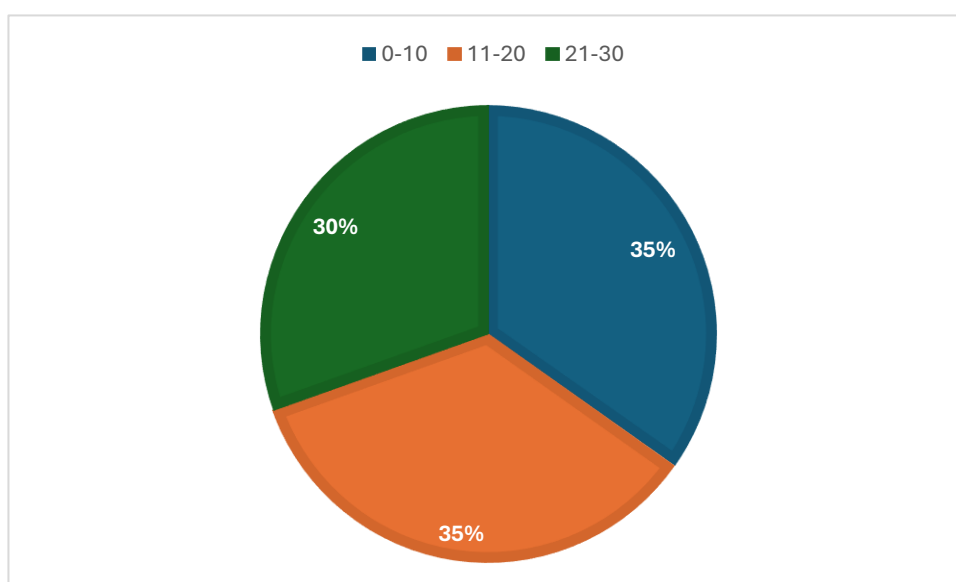
Tabla 10. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna del personal de enfermería de un hospital público de la ciudad de Rosario (n = 23)

Criterio que se mide: Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre lactancia materna, evaluado mediante un cuestionario de 30 preguntas en distintos formatos, luego se tomó el porcentaje de quienes respondieron correctamente: 0 a 10 preguntas, 11 a 20 preguntas y 21 a 30 preguntas.

Nro. de preguntas respondidas correctamente	Valor absoluto	Valor relativo
0-10	8	35%
11-20	8	35%
21-30	7	30%

Fuente: según encuesta realizada.

Gráfico 10. Número de preguntas respondidas correctamente de un cuestionario sobre formación en lactancia materna al personal de enfermería de un hospital público de la ciudad de Rosario (n=23).



Fuente: según encuesta realizada.

Se observó una distribución equitativa en cuanto a los rangos de puntaje obtenido por los encuestados. La mayoría de los participantes, 70% respondió correctamente entre 0 y 20 preguntas, el 30% restante mostró un nivel de conocimiento más alto, respondieron correctamente entre 21 y 30 preguntas.

Conclusión

El presente estudio permitió identificar que la mayoría de las madres adolescentes primerizas en etapa tardía presentan conocimientos insuficientes en relación con la lactancia materna exclusiva (LME), a pesar de mostrar actitudes generalmente positivas hacia esta práctica. Las creencias erróneas, la influencia del entorno familiar y social, así como las condiciones socioeconómicas adversas, constituyen factores determinantes que obstaculizan el mantenimiento de la LME hasta los seis meses recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020).

Por otra parte, los resultados obtenidos en el equipo de enfermería evidencian un nivel de conocimientos intermedio, con fortalezas en el reconocimiento de los beneficios de la lactancia, pero con vacíos en técnicas específicas de apoyo y resolución de dificultades. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de reforzar la capacitación continua de los profesionales de enfermería en neonatología, para que puedan cumplir de manera eficaz su rol educativo y de acompañamiento.

Asimismo, el análisis de los datos confirma que la decisión y el sostenimiento de la lactancia materna exclusiva no depende únicamente de la madre, sino de un conjunto de factores biopsicosociales, que involucran al apoyo social, a la familia, al sistema de salud, al entorno laboral, a la escuela y al contexto cultural, como estableció Ramona Mercer en su teoría de la “Adopción del rol maternal”.

En este sentido, el rol del personal de enfermería adquiere especial relevancia como agente promotor de la salud, capaz de brindar información basada en la evidencia, apoyo emocional y contención a las madres adolescentes primerizas.

En conclusión, los hallazgos de este trabajo resaltan la importancia de implementar estrategias educativas dirigidas tanto a las madres adolescentes como al equipo de salud, orientadas a fortalecer los conocimientos, derribar mitos y favorecer entornos de apoyo que permitan incrementar la prevalencia y la duración de la lactancia materna exclusiva. Este estudio, además, contribuye a la generación de evidencia local que puede servir de base para el diseño de políticas públicas y programas institucionales que garanticen el derecho a la lactancia y promuevan la equidad en salud.

Referencias

- Álvarez Gallardo, L.; Baldazar, A.; China Jiméñez, B.; Flecha, M.; Gil Castañeda, A.; Grosso, Z.; Inmunoterapia con calostro oral. (SIBEN, 2023) <https://siben.net/wp-content/uploads/2024/06/sibenrecomiendaivinmunoterapiaconcalostrooral.pdf>
- Amnistía Internacional. (2001). *El embarazo no intencional en la adolescencia- Apuntes sobre los resultados positivos del Plan ENIA*. https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2024/09/AMNISTIA_PlanEnia-VF.pdf
- Asociación Española de Pediatría (AEP). (2019). *Lactancia materna: Guía práctica*. https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf
- Benancio, V., Medalit, L. (2022). Actitudes y conocimientos hacia la lactancia materna en madres adolescentes usuarias de un hospital materno infantil. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 4(1), 21-27. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.1.366>
- Carrillo, A., Gallegos, R., & Barragán, L. (2020). Factores maternos que influyen en el abandono de la lactancia exclusiva. *Revista Salud en Tabasco*, 26(1-2),44-47. https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/44_1.pdf
- Falke, G., Pellegrino, J., (2020). Salud integral del joven y del adolescente. Medicina preventiva y social. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 133(4), 24-29. https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/2022/Rev-4-2020_pag-24-29_Falke.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021) Lactancia Materna. <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2022). Situación de Salud de las Adolescentes en la Provincia de Santa Fe. https://www.unicef.org/argentina/media/22821/file/SaludAdolescenciasVF_11JULIO.pdf.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2019). El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.5_el_embarazo_y_la_maternidad_en_la_adolescencia.pdf

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Lalaguna Mallada, P.; San Feliciano Martín, L.; & Gómez Papí, A.; (2023). Lactancia materna en el recién nacido prematuro tardío y en el recién nacido término precoz. Puesta al día. *Revista de Lactancia Materna*, 1(1), 1, 1-16. <https://revistas.usal.es/cinco/index.php/lamater/article/view/31140/30334>

Muñoz, A., Rojas, P., & Castillo, V. (2022). Factores sociales que interfieren en la lactancia materna. *Revista Latinoamericana de Salud Materno Infantil*, 20(2), 87-96. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-ecolae-validacion-un-cuestionario-sobre-S0212656719302252>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/601a8af5-0919-4ffb-a11d-fb534d96ed03/content>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño*.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a8b5e234-8370-4225-846e-ca7cdcaf7cbe/content>

Reascos Paredes, Y., Hidrobo Guzmán, J., Bermeo Córdova, B., Andrade Hernández, E., (2023). Preparación de madres primerizas para el cuidado efectivo del recién nacido: Una perspectiva sobre conocimientos, habilidades y actitudes. *Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 10297-10315.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.6120

Anexos



Carta de solicitud de permiso para la recolección de datos

Rosario, 10 de mayo 2023

A quien corresponda:

Por medio de la presente me dirijo a usted/es, con la finalidad de solicitarle/es su permiso para efectuar la recolección de datos correspondientes al proceso de elaboración del Trabajo Final, para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Abierta Interamericana de la estudiante Marcela Barrionuevo con DNI 22087893. El mismo tiene como objetivo “Conocer los factores que obstaculizan y/o favorecen la lactancia en madres adolescentes primerizas, en el servicio de neonatología en el Hospital Provincial de Rosario”.

El proceso de recolección de datos consistirá en utilizar como instrumento la encuesta a puericultoras, psicólogos y asistentes sociales de la institución.

La participación del estudio será de carácter voluntario y se solicitará la firma de un consentimiento informado, la información recopilada será estricta y exclusivamente para nuestro trabajo, y solo nosotros tendremos acceso a la misma. Asimismo, la información que proporcionen los participantes no estará identificada con su nombre, para resguardar el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

Estudiante: Marcela Barrionuevo

Firma:

Responsable /s de la institución:

Firma y aclaración:

Consentimiento Informado para madres

Rosario, 06 de junio 2023

Estimada participante:

El propósito del siguiente documento es invitarla a participar del estudio de investigación titulado “Nivel de conocimiento de enfermería y factores que obstaculizan o favorecen la lactancia exclusiva en adolescentes tardías primerizas en neonatología de un hospital público de Rosario”.

Su colaboración en el estudio consistirá en una entrevista con preguntas abiertas sobre “Actitudes frente a la lactancia materna” y un cuestionario sobre los “Conocimientos frente a la lactancia materna”, se transcribirán sus palabras textualmente. Usted tiene total libertad de participar o no en esta recolección de datos, así como también de abandonar su colaboración en cualquier momento del proceso.

La información recopilada será estricta y exclusivamente para nuestro trabajo, y sólo nosotros tendremos acceso a la misma. Asimismo, la información que proporcione no estará identificada con su nombre, para resguardar el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

Su participación en esta investigación no implica ningún beneficio monetario o de otra clase. No obstante, su colaboración es muy importante para el éxito de este estudio y de futuros estudios relacionados con el tema de investigación.

Expreso de manera voluntaria y consciente mi deseo de participar en el estudio

☐

No deseo participar del estudio

☐

Firma:

Aclaración:

Algunas respuestas transcritas textuales de las entrevistas a las madres adolescentes con respecto a los conocimientos de la lactancia materna exclusiva.

1- ¿La LME le da al bebé los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo durante los primeros meses de vida?

- “Obvio que la leche de madre es la mejor”, (adolescente 16 años).
- “Sí, es natural”, (adolescente 15 años).
- “La leche que me saco y guardo en la heladera se ve grasosa y amarilla yo creo que por ser la primera es buena y lo va a hacer crecer sano”, (adolescente 16 años).

2- ¿La LME fortalece el sistema inmunológico del bebé protegiéndolo de algunas enfermedades?

- “Sí, le da vitaminas y esas cosas para no enfermarse”, (adolescente 17 años).
- “Sí le da defensas para que no se enferme”, (adolescente 18 años).
- “Sí seguro que sí, por eso la leche de madre es lo mejor”, (adolescente 17 años).

3- ¿La LME está siempre disponible, a temperatura justa para alimentar al bebé en cualquier momento, mejorando su digestión y a la vez evitando gastos en leche formuladas?

- “No sabía lo de la temperatura pensé que salía fría, jaja”, (adolescente 19 años).
- ¿El bebé aprende a reconocerte a través de tu voz?
- “Sí desde la panza”.

4- ¿La LME fortalece el vínculo emocional entre madre-hijo y de esa manera promueve el apego?

- “Sí, porque aparte de la teta tenemos esa conexión”, (adolescente 15 años).

5- ¿Qué es el apego?

- “No sé qué es el apego” (17 años).

6- ¿La LME protege de ciertas enfermedades como el cáncer y la depresión postparto?

- “No sabía que a mí también me ayuda”, (adolescente 17 años).

7- ¿Cuál es el tiempo recomendado para amamantar al bebé?

- “Que se yo, hasta que se llene”, (adolescente 17 años).

- “No sé, yo le doy el tiempo que quiera, (adolescente 16 años).
- “Con 1 hora está bien, ¿no?”, (adolescente 18 años).
- “Tengo mucha así que un ratito”, (adolescente 15 años).
- “Acá te dicen 15 minutos de cada lado, pero no sé...”, (adolescente 17 años).
- “Depende a veces toma una y a veces las dos, no sé”, (adolescente 16 años).
- “Este se queda con hambre me llaman a cada rato, no sé”, (adolescente 15 años).
- “Se duerme, no toma así que estoy rato...”, (adolescente 18 años).
- “Yo le doy lo que ella quiera no hago otra cosa, total estoy acá en la residencia de madres”, (adolescente 17 años).
- “Y tardo porque es enojona, no sé, no le calculo”, (adolescente 16 años).

8- ¿Cómo se mantiene la LME una vez dada de alta? ¿Hay colaboración por parte de la familia o de la pareja?

- “Mi mamá me va a ayudar, para que pueda darle el pecho lo más que pueda porque yo trabajo en casa de familia”, (adolescente 17 años).
- “Mi abuela me dijo que no le dé mamadera, sólo mi leche que así se va a poner fuerte”, (adolescente 15 años).
- “Sí me van a dar una mano”, (adolescente 18 años).

9- ¿Fue suficiente la ayuda brindada por enfermería?

- “Ahora que me ayudaron a que el agarre mejor, le puedo dar bien, antes lloraba y se ponía malo”, (adolescente 16 años).
- “Acá las enfermeras te ayudan y te enseñan algunas a darle la teta, otras te encajan la mamadera”, (adolescentes 18 años).

10- ¿Existe un lugar de residencia de madres?

- “Por eso me quedo en la residencia de madres, para darle solo teta, después veré”, (adolescente 18 años).
- “Me quedo no tengo plata para andar yendo y viniendo todos los días, vivo en Villa”, (adolescente 16 años).
- “Cuando puedo le doy mi leche, pero cuando me tengo que ir a mi casa toma de la otra, (me voy con mi pareja a buscar ropa)” (adolescente 19 años).
- “Estuve con fiebre entonces no vine y le dieron de la que tienen acá y ahora no quiere más pecho”, (adolescente 17 años).

- “No sé qué tiene que vomita y le dan una leche especial que le preparan y a mí se me corto”, (adolescente 16 años).
- “Le doy de las dos porque se queda con hambre es una angurriente”, (adolescente 18 años).
- “El padre me dice que se queda hambreada con la teta y entonces le pide a la enfermera una mamadera y así se queda llena”, (adolescente 17 años).

11- ¿Higienizas tus pechos antes de amamantar al bebe? ¿Estimulaste tus pezones anteriormente?

- “Me lavo los pechos antes de ir a la neo y no me estimule los pezones, no sabía que se hacía”, (15 años).
- “No hace falta lavarme los pechos y los pezones no me los estimule”, (19 años).
- “No me baño porque el agua sale helada y no hice nada en los pezones y si me pongo crema de ordeño que me trajo mi hermana porque me crecieron los pechos y no quiero que me salgan estrías”, (16 años).
- “No me baño por la cuarentena, mi abuela me dijo que se me va a cortar la leche y los pezones no hace falta”, (17 años).
- “Sí, me baño todos los días sino no me aguanto, pero los pezones no sabía que se hace”, (19 años).
- “Me baño según me sienta olor y no hice nada con los pezones”, (19 años).
- “Mi abuela me dijo que no me bañe después del parto y no estimule los pezones nadie me dijo nunca nada de eso”, (16 años).
- “Me baño a veces y me paso el calostro en los pezones”, (17 años).
- “No te podés bañar, te podes infestar con toda esa sangre que te baja y de los pezones... no, no sabía de eso”, (17 años).
- “El agua te puede entrar por abajo y te podes morir, no para que sería?”, (16 años).

12- ¿Durante cuánto tiempo se da el pecho?

- “Le voy a dar hasta que empiece a trabajar”, (S. L, 17 años).
- “No sé hasta cuando le voy a dar porque tengo poca”, (E. M, 17 años).
- “Lo que dé”, (L.P, 17 años).
- “Todo el tiempo que pueda”, (L. T, 18 años).
- “Hasta que tenga leche”, (F. C, 16 años).
- “Espero me den una mano en mi casa, no sé”, (R. A, 15 años).
- “Y, depende, no sé yo tengo que trabajar”, (M. R, 17 años).

- “Creo que con mi suegra que vivimos juntas me va a ayudar”, (L. A, 19 años).
- “Me dijo la doctora que hasta los 2 años o más tiempo, pero no sé si voy a poder con mis hermanitos, porque yo los cuido”, (G. E, 17 años).
- “Y... no sé porque nosotros salimos con mi pareja, somos jóvenes y no creo que pueda”, (L. C, 17 años).

13- ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva?

- “No sé, hasta el año”, (A. B, 18 años).
- “Hasta el año, porque después la leche se queda aguada”, (C. C, 15 años).
- “Cuando empiece a comer, ahí aprovecho y le saco”, (adolescente, 17 años).
- “Cuando ya camine, listo”, (A. M, 17 años).
- “Hasta los 5 años, mi mamá le dio a mi hermana”, (M. A, 15 años).
- “Hasta que quiera, no sé”, (V. T, 16 años).
- “No sé, hasta que salga de la neo, después lo cuida mi hermana y veremos como hago”, (P. T, 15 años).
- “Hasta que pueda, mi mama me va a ayudar”, (Y. G, 17 años).
- “Hasta que mi pareja me deje, él se pone nervioso porque ella llora y reniega ... pero es hasta que agarra, así que no sé”, (E. H, 18 años).
- “No sé, hasta que empiece a trabajar”, (S. F, 15 años).

14- ¿Conoce sobre las posiciones correctas y cómo es el agarre correcto al pecho?

- “No se nunca le di el pecho”, (S. L, 16 años).
- “No sé yo lo pongo así, y él solito busca”, (N. C, 18 años).
- “Mi pareja me ayuda, y me lo tiene, sino no puedo”, (L. M, 17 años).
- “Mis amigos dicen que no es nada del otro mundo, pero a veces se me complica mal jajaja”, (P. B, 17 años).
- “No quiero que me lastime, le salió un dientecito y a veces me agarra fuerte y me hace doler”, (N. G, 15 años).
- “Me van a quedar todas caídas y arrugadas y no quiero”, (N. M, 17 años).
- “Llora y me pone muy nerviosa, aparte me da vergüenza”, (C. F, 15 años).
- “El bebe no sabe y yo menos, así que entre los dos vemos que hacemos”, (J. B, 18 años).
- “Es difícil no tengo pezón y con la tetina es un tema, es incómodo”, (G. T, 17 años).

- “No quiere porque no me sale, llora y se fastidia, se duerme es todo un lio”, (T. P, 17 años).
- “Yo no sé” (M. L, 15 años).
- “Para mí sí” (K. J, 17 años).
- “Ni se, creo que la leche puede ser la mejor, pero a prevenir la diarrea no creo” (D. V, 16 años).
- “No me parece” (S. C, 15 años).
- “Puede ser, no sé, para las defensas sí, pero para eso no se” (V. M, 16 años).
- “Mmmm y no se puede ser” (L. T, 19 años).
- “Que se” (L. T, 15 años).
- “Creo que sí” (M. B, 17 años).
- “No sé, a lo mejor” (A. B, 16 años).
- “Para mi puede que si” (E. G, 17 años).

Encuesta sobre las Actitudes frente a la LME en madres adolescentes primerizas

1. ¿La LME ayuda a prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias en el bebé?
2. ¿La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian?
3. ¿Durante la LME el buen agarre y la posición del bebé evitan grietas y dolor en los pezones?
4. ¿Me produce alegría y satisfacción saber que la LM me ayuda en el crecimiento y desarrollo del bebé?
5. ¿La LM me ayuda a crear lazos de amor con mi bebé?

Puntaje: 1 punto para “totalmente en desacuerdo”, 2 puntos para “indeciso”,

3 puntos para “de acuerdo” y 4 puntos para “totalmente de acuerdo”.

Consentimiento Informado para enfermeras/os

Rosario, 19 de junio de 2023

Estimada/o colega:

El propósito del siguiente documento es invitarlo a participar del estudio de investigación titulado “Nivel de conocimiento de enfermería y factores que obstaculizan o favorecen la lactancia exclusiva en adolescentes tardías primerizas en neonatología de un hospital público de Rosario”.

Su colaboración en el estudio consistirá en contestar dos cuestionarios, uno a desarrollar y otro de opciones múltiples, actividad que le tomará alrededor de 15 minutos. Usted tiene total libertad de participar o no en esta recolección de datos, así como también de abandonar su colaboración en cualquier momento del proceso.

La información recopilada será estricta y exclusivamente para nuestro trabajo, y sólo nosotros tendremos acceso a la misma. Asimismo, la información que proporcione no estará identificada con su nombre, para resguardar el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

Su participación en esta investigación no implica ningún beneficio monetario o de otra clase. No obstante, su colaboración es muy importante para el éxito de este estudio y de futuros estudios relacionados con el tema de investigación.

Expreso de manera voluntaria y consciente mi deseo de participar en el estudio

☐

No deseo participar del estudio

☐

Firma:

Aclaración:

Cuestionario sobre lactancia materna para enfermeras/os (ECoLaE)

Le solicitamos su colaboración completando este cuestionario anónimo para evaluar la formación en lactancia materna exclusiva que forma parte de un trabajo final de investigación en el efector de salud en el que trabaja. No es un examen. Por favor, contestar sin consultar las respuestas. Se requiere de su consentimiento informado. Gracias por su participación.

Consta de preguntas en distintos formatos. Su duración aproximada es de unos 10-15 minutos. No se puede guardar para contestarlo en diferentes momentos, por ello comprobar la disposición del tiempo necesario antes de empezar.

Código de identificación. Por favor, introduce los 3 últimos números de tu DNI (ej: 789). Nos sirve para identificar de forma anónima la encuesta.

DATOS DEMOGRAFICOS

Edad: _____ años

Sexo: F _____ M _____ Otros _____

Número de hijos:

☐ Ninguno

☐ 1

☐ 2

☐ 3 o más

Experiencia personal en lactancia (o de la pareja)

☐ si

☐ no

Duración global de la lactancia (meses): _____

Categoría profesional

☐ Enfermera/o

☐ Enfermera/o especialista en enfermería obstétrico-ginecológica

☐ Enfermera/o especialista en pediatría

☐ Enfermera/o especialista en enfermería familiar y comunitaria

Lugar de trabajo

☐ Atención primaria

☐ Urgencias pediátricas

☐ Neonatología

☐ Área de partos

- Hospitalización obstetricia
- Hospitalización pediatría

Cuestionario sobre la formación en lactancia materna para enfermeros/as

1. En caso de mastitis se debe suspender la lactancia de forma temporal.
☐ Verdadero ☐ Falso
2. Se debe recomendar que las tomas sean de 15 minutos en cada pecho cada 2-3 horas.
☐ Verdadero ☐ Falso
3. La alimentación exclusiva a base de leche de fórmula conlleva un riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad.
☐ Verdadero ☐ Falso
4. La mayoría de los bebés nacidos por cesárea necesitan suplementación con fórmula las primeras horas de vida.
☐ Verdadero ☐ Falso
5. En el caso de que un lactante amamantado tenga problemas con la lactancia y precise un suplemento (de leche materna o artificial), se desaconseja por regla general administrarlo con biberón, especialmente en las primeras semanas de vida.
☐ Verdadero ☐ Falso
6. En un recién nacido amamantado: una frecuencia elevada de tomas disminuye el riesgo de precisar fototerapia.
☐ Verdadero ☐ Falso
7. En un recién nacido sano, antes de la primera toma de pecho en paritorio se le debe pesar, comprobar el Test de Apgar en una cuna con calor radiante y realizar una correcta profilaxis óculo-hemorrágica.
☐ Verdadero ☐ Falso
8. En grandes prematuros (<32 semanas) es de elección la leche materna (fortificada cuando lo precise), siendo la segunda mejor opción la leche humana de banco; y dejando la suplementación con fórmula especial para prematuros sólo como última alternativa.
☐ Verdadero ☐ Falso
9. En la Maternidad, un recién nacido de más de 15 horas de vida al que hay que despertar para mamar en todas las tomas es un lactante de riesgo.
☐ Verdadero ☐ Falso
10. A partir de los 12 meses el contenido en nutrientes de la leche materna disminuye significativamente con respecto al primer año de lactancia.
☐ Verdadero ☐ Falso

11. Si un niño amamantado, con buen estado general, presenta como único hallazgo una escasa ganancia de peso, el primer paso es suplementar las tomas con leche de fórmula y revalorar.

☐ Verdadero ☐ Falso

12. A partir de los 6 meses, las tomas deben reducirse a 2-3 al día, complementadas con el resto de los alimentos.

☐ Verdadero ☐ Falso

13. La “leche aguada” es en realidad la leche de la primera parte de la toma.

☐ Verdadero ☐ Falso

14. El siguiente dibujo muestra cómo debería ser un enganche eficaz.

☐ Verdadero ☐ Falso

15. ¿Cuáles son las recomendaciones actuales de la OMS sobre lactancia?

☐ Lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 4 meses de edad, complementada con otros alimentos hasta que deseen madre e hijo.

☐ LME hasta los 6 meses de edad, pudiendo mantener la lactancia, complementada con otros alimentos, hasta un máximo de 2 años.

☐ LME hasta los 6 meses y posteriormente complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más, según deseen madre e hijo.

16. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es la más importante a realizar en una madre lactante que tiene grietas en los pezones?

☐ Valoración de la toma.

☐ Recomendar el uso de pezoneras.

☐ Aplicación de lanolina pura después de cada toma ☐ Lavado con agua y jabón.

17. Unos padres traen a su bebé de 17 días a la urgencia por llanto. Sólo toma pecho y hasta ahora todo iba bien, pero refieren que desde hace 24 horas llora y pide pecho muy a menudo, a veces cada 30-60 minutos. En el pecho se calma y succiona vigorosamente. El niño no tiene apariencia de enfermedad, la ganancia ponderal es buena y la exploración es normal, pero la madre tiene la sensación de que se queda con hambre. ¿Qué te sugiere y cómo lo abordarías?

☐ Brote de crecimiento. Observaría la toma, recomendaría tomas a demanda y controles habituales por su pediatra.

☐ Cólicos del lactante. Recomendaría masajes abdominales y balancear al niño en decúbito prono hasta que le toque la siguiente toma.

☐ Hipogalactia. Suplementaría las tomas con 60 ml de fórmula y control con su pediatra.

☐ Hipogalactia. Recomendaría pesar antes y después de la toma y suplementar con fórmula para completar en cada toma la cantidad necesaria para 150 ml/kg/días repartidos en 8 tomas.

18. Enumera 5 características de un agarre eficaz que podrías utilizar para evaluar una toma:

No se darán por válidas respuestas amplias o ambiguas (ej. labios o postura labios), se pide ser concreto, aunque en 2 o 3 palabras. Si no puedes rellenar todas, pon un 0 ("cero")

Tu respuesta

Tu respuesta

Tu respuesta

Tu respuesta

Tu respuesta

19. ¿Qué le dirías a una mujer embarazada que te comenta en la consulta que se está planteando la lactancia artificial?

☐ Nada, puesto que se trata de una opción personal y la respetaría.

☐ Le pediría que me hablara más sobre el tema para conocer sus razones e información y desde el respeto valoraría animarle a replantearlo.

☐ Que, dada la absoluta superioridad de la leche materna, es una irresponsabilidad no amamantar cuando no hay contraindicaciones.

☐ Que no se sienta culpable, porque la mayoría de los niños se crían igual de bien con pecho que con biberón.

☐ Todas las anteriores son correctas.

20. Acerca de que se proporcionen muestras gratuitas de leche de inicio a las madres, en centros sanitarios:

☐ Es una violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

☐ Es aceptable como apoyo parcial si la familia es de bajos recursos

☐ Es aceptable si ponen claramente que la leche materna es el mejor alimento para el lactante.

☐ Es adecuado para ayudar a madres con dificultades en su lactancia.

☐ Todas las anteriores son correctas.

21. Eres la enfermera y estás en la Maternidad. Una auxiliar está preocupada por la lactancia de un recién nacido, cree que algo no va bien y quiere que vayas a observar una toma.

- ☐ He observado tomas numerosas veces y me vería capaz de identificar y ofrecer soluciones a los problemas más habituales.
- ☐ Creo que nunca lo he hecho y no sabría exactamente qué observar.
- ☐ No me siento seguro. Me fijaría más en cuánto peso ha perdido y en la glucemia. En caso de duda, recomendaría un suplemento para evitar la pérdida de peso.
- ☐ He observado alguna toma, pero no tengo mucha experiencia. Creo que identificaría solamente problemas muy evidentes.

22. ¿Consideras apropiado que una mujer dé de mamar en público? *

- ☐ Si ☐ No

23. Valora la calidad de la formación recibida sobre lactancia materna durante los últimos años de formación.

Muy deficiente 1 2 3 4 5 Muy satisfactoria

24. ¿Has recibido algún curso específico de lactancia materna durante los años de formación?

- ☐ Si ☐ No

25. En caso afirmativo, indica el número de cursos recibido: (respuesta numérica).

Tu respuesta _____

26. Duración total aproximada, en horas: (respuesta numérica).

Tu respuesta _____

27. ¿Cuál es tu mayor fuente de conocimiento en lactancia materna?

(puedes marcar varias opciones).

- ☐ Cursos
- ☐ Libros / artículos
- ☐ Conocimientos del pregrado
- ☐ Mis residentes mayores (o adjuntos)
- ☐ Otros compañeros de trabajo
- ☐ Mi experiencia personal ☐ Otro

28. ¿Crees que deberías ser un experto en identificar y aportar soluciones a los problemas específicos de la lactancia?

- ☐ Si ☐ No

29. ¿Por qué?

- ☐ Porque es un motivo de consulta frecuente
- ☐ Por el bien de mis pacientes y sus familias
- ☐ Porque es parte de mi trabajo

☐ Porque no es parte de mi trabajo

30. ¿Te sientes preparado para ello?

No, en absoluto 1 2 3 4 5 Si, totalmente