

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA**

**Facultad “General Calixto García Iguíñez”**

**Policlínico Universitario Dr. Enrique Betancourt Neninger**

**Tesis para optar por el título de especialista en Medicina General Integral**

**CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN  
MUJERES EN EDAD FERTIL.**



**Autora:** Dra. Edith Yucra Alania

Residente de Segundo año de Medicina General Integral

**Tutora:** Dra. Hilda Arrabal Miranda  
Especialista de primer grado en Pediatría  
Diplomada en nutrición.

Profesora Asistente de la Facultad “Calixto García”

**Asesoras:**

Dra. C. Patricia María Herrera Santí.  
Profesora Titular de Psicología del Policlínico Neninger.

MSc. Nilde López Gutiérrez  
Máster en Matemática Aplicada.  
Profesora Auxiliar de la Facultad “Calixto García”

La Habana, 2015

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por ser mí guía y orientarme en todo momento, por darme la fe y la fuerza para seguir adelante.

La autora desea expresar un sincero agradecimiento a la República de Cuba, al proyecto de la Escuela Latinoamericana de Medicina, fundado el primero de marzo de 1999 por el comandante en jefe Fidel Castro Ruz, y facultades de Medicina que han sido parte de mi formación científico y académico, por brindarme la oportunidad de seguir mi superación profesional. Además a mis padres que han sido un gran apoyo emocional y económico desde la lejana distancia, a mis tutores, a todos mis compañeros y amigas que aportaron su apoyo incondicional para que esto haya sido posible y poder concluir la especialidad.

**A todos muchas gracias.**

## **DEDICATORIA**

A mis queridos padres: Eusebio Roger y Dionicia, por su guía y ejemplos maravillosos, quienes han sido la máxima inspiración para seguir incorporando nuevos conocimientos durante mi vida profesional. A la memoria de mi hermano.

Un recuerdo feliz, el más tranquilo y apaciguador de los recuerdos, el recuerdo de la leche nutricia, el recuerdo del regazo maternal.

El agua y los sueños. Gastón Bachelard.

## RESUMEN

La leche materna es el alimento ideal para el ser humano. Sus componentes de proteínas, vitaminas, minerales, agua, grasas, carbohidratos y alto porcentaje de anticuerpos, ofrecen múltiples ventajas a la salud y calidad de vida. Desde tiempos antiguos se ha incentivado sobre su importancia, sin embargo a nivel mundial se registra solo un 38 % de recién nacido con lactancia materna hasta los seis meses. En el último año, la Organización Mundial de la Salud estima que 1,5 millones de lactantes murieron debido a no recibir lactancia materna y se incrementa de 4 a 6 veces el riesgo de mortalidad en los que no recibieron la misma. Esta investigación se realizó con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en mujeres en edad fértil, en el consultorio 2 del policlínico Dr. Enrique Betancourt Neninger, de Habana del Este. Se hizo un estudio cuantitativo, de corte transversal, correlacional, observacional, descriptivo. El universo estuvo constituido por 176 mujeres en edad fértil de las cuales se tomó una muestra de 100 mujeres, en el 2014. Se aplicó una encuesta sobre lactancia materna, prueba de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL, y una entrevista semi-estructurada para recoger datos socios demográficos que permitieron evaluar las variables en estudio. Predominó el grupo de edades de 25 a 29 años, con nivel de conocimiento de muy bajo, la mayor información la recibieron a través de los medios de comunicación y proceden de familias moderadamente funcionales, sin mostrar relación estadística significativa entre estas variables.

**Palabras claves:** lactancia materna, conocimiento, mujeres en edad fértil.

## INDICE

	Pág.
Introducción.....	7
Objetivos.....	11
Capítulo I: Fundamentación teórica.....	14
1.1 Antecedentes históricos de la lactancia materna.....	15
1.2 Lactancia materna en el mundo actual.....	20
1.3 Actualidad en Cuba.....	25
1.4 Actualidad en Perú.....	27
1.5 Actualidad Científica.....	28
1.6 Conocimiento sobre lactancia materna.....	31
1.7 Lactancia materna y el apoyo familiar.....	32
1.8 Consideraciones generales de la lactancia materna.....	35
Capítulo II: Fundamentos metodológicos.....	50
Criterios de inclusión, exclusión y salida.....	51
Operacionalización de las variables.....	55
Aspectos éticos.....	59
Capítulo III: Análisis y discusión de los resultados.....	61
Conclusiones.....	78
Recomendaciones.....	79
Bibliografía.....	80

## INTRODUCCION

Desde tiempos remotos de la historia siempre se ha tenido controversia sobre la importancia de la lactancia materna, y la constante perseverancia por mantener la supervivencia de la vida humana, por lo que hasta el presente siglo sigue siendo una gran preocupación a pesar del apoyo que brinda el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desde 1989, la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Creando estos en 1991 hospitales amigos del niño y de la madre en diversos países, para mantener una lactancia natural y por consiguiente disminuir los altos índices de mortalidad y morbilidad a nivel mundial; así como reducir los gastos económicos en países con deuda externa y en vías de desarrollo.

Teniendo en cuenta que la leche materna es única e idónea para la alimentación humana desde el nacimiento hasta los 2 años para alcanzar un desarrollo y crecimiento adecuado, además de ser un producto biológico natural y esencial que contiene numerosos componentes inmunológicos, tanto humorales como celulares, conforman su función protectora y preservan al lactante de infecciones tanto respiratorias (asma, alergia, bronquitis, otitis), gastrointestinales (colitis ulcerosa, Crohn), enfermedades crónicas tales como: infarto del miocardio, aterosclerosis, hipertensión arterial, enfermedades cerebro vasculares, niveles altos de colesterol, diabetes mellitus, obesidad y algunos tipos de cáncer y ayuda a alcanzar un desarrollo neurológico óptimo, elevando el coeficiente intelectual. Además contiene componentes que favorecen la maduración del sistema inmune del lactante por lo que permite amplificar la respuesta humoral y celular después de la vacunación y estimular de manera temprana la producción de anticuerpos de tipo Inmunoglobulina A (IgA) en mucosas, cuya función es proporcionar la protección local intestinal<sup>1,2</sup>. Por otra parte cumple un papel importante en la función tímica influyendo en el repertorio celular y la función inmune de este órgano<sup>2</sup>. De la misma manera tiene ventajas para la madre con involución rápida

del útero, disminución del sangrado pos-parto, retrasa la ovulación y reduciendo los riesgos de cáncer de mama, ovario, útero y osteoporosis<sup>2</sup>, favoreciendo con estos beneficios a la familia y el país con la consiguiente reducción de gastos económicos en la salud y una propicia planificación familiar.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, podrían salvarse más de un millón de vidas al año si las madres mantuvieran la lactancia materna exclusiva. Los últimos estudios realizados en Ghana, la India y Perú reportan que los niños que no reciben lactancia materna exclusiva tienen la probabilidad de morir diez veces más<sup>3</sup>.

Se reportan datos a nivel mundial donde solo un 38 % de bebés reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses<sup>4</sup>. En Cuba se ha logrado que un 98,8% aproximadamente de recién nacidos reciban lactancia materna en los primeros días de vida, durante la estancia hospitalaria, después existe una declinación alarmante, llegando solo hasta los 4 meses un promedio de 46,9%<sup>3</sup>. Recientes datos revelan que uno de cada dos niños en Cuba recibe lactancia materna exclusiva hasta los seis meses<sup>5</sup>. En Perú el 55% en la primera hora de vida, por el momento se ha mantenido con esa cifra, no hay tendencia al incremento sobre todo en zonas urbanas<sup>4</sup>. Por todo lo expuesto anteriormente y conociendo la situación a nivel internacional, nacional y en particular en el área de salud donde se desempeña la autora como médico de familia, es que nos decidimos a realizar esta investigación teniendo como **objeto de estudio**: Conocimiento de la importancia de la lactancia materna.

Se sabe que la alimentación con productos sucedáneos ha ido afectando la salud y la economía de los países. Hay grandes evidencias de la relación existente entre la lactancia materna y los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil en todo el mundo. A inicios del siglo XX con el auge de la era moderna y de la alimentación

artificial, se intensificó el abandono de la lactancia materna, fenómeno que afectó a países desarrollados y subdesarrollados, desencadenando grandes epidemias como: enfermedades diarreicas agudas, respiratorias, alérgicas con repercusión en la salud de los niños y niñas y con frecuencia, diferentes grados de desnutrición<sup>3,6</sup>. Por tal sentido se quiere conocer, sobre la práctica de la lactancia materna en el área de salud, donde se observó una tendencia al incremento de la lactancia mixta, desde el egreso hospitalario; así como el destete precoz, situación que se considera, está asociada al desconocimiento que tienen las mujeres en edad fértil sobre lactancia materna, las técnicas adecuadas de lactar y las conductas óptimas en este sentido.

Los elementos expuestos anteriormente permitieron identificar como **problema científico**:

¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil, sobre la importancia de la lactancia materna en el consultorio N° 2?

Los médicos de familia vinculados a la atención primaria de salud, son los encargados de promocionar la importancia de la lactancia materna, en toda la población. Destacar la necesidad, de que las mujeres en edad fértil tengan un adecuado conocimiento sobre la lactancia materna, para influir positivamente en el crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas, y una mejor calidad de vida en los próximos años.

Para lograr el objetivo definido y analizar el problema planteado de forma analítica, se plantean las siguientes **preguntas científicas**:

- ¿Qué nivel de conocimiento tienen las mujeres en edad fértil sobre la lactancia materna, del consultorio N° 2?

- ¿Qué factores socios demográficos caracterizan a estas mujeres?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna y las variables socios demográficas estudiadas?
- ¿Dónde adquieren los conocimientos sobre lactancia materna?

Se estudió el comportamiento de la variable, conocimiento de la lactancia materna, donde se analizará la relación que existe con las variables sociodemográficas tales como: la edad, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil. Además de otras variables como: fuentes de información, presencia de hijos o no, tiempo de amamantamiento. Todas estas variables serán operacionalizadas para su estudio en el Capítulo II.

Para la realización de esta investigación se comenzó a recopilar información sobre el tema durante un periodo determinado, posteriormente se realizó una entrevista estructurada para la obtención de datos sociodemográficos y se procedió a aplicar las encuestas para la evaluación de las variables y así, poder realizar el análisis y discusión de los resultados.

Se realizó una prueba de percepción del funcionamiento familiar a las mujeres en edad fértil, con mayor énfasis en la categoría de la comunicación y permeabilidad. También se les aplicaron encuestas que permitieron la evaluación del nivel de conocimiento sobre la lactancia materna.

Para esto se realizó un estudio de tipo no experimental, cuantitativa, descriptivo, transversal, correlacional y observacional.

## **OBJETIVOS**

Es por ello que en la investigación se define como Objetivo General:

Evaluar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna que tienen las mujeres en edad fértil, del consultorio N° 2 del Policlínico Enrique Betancourt Neninger del Municipio Habana del Este.

Objetivos específicos:

- 1.- Caracterizar la muestra estudiada según variables socios demográficas como: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación y estado civil.
- 2.-Evaluar la percepción que tienen las mujeres estudiadas sobre el funcionamiento de sus familias y establecer la relación entre este funcionamiento y los conocimientos sobre la lactancia materna.
- 3.- Identificar la relación existente entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y las variables socios demográficas estudiadas.
- 4.- Determinar las fuentes de información más frecuentes para la obtención de dicho conocimiento.

En Cuba las políticas del estado relacionadas con la salud y la creación del Programa Nacional de Atención Materno-Infantil han favorecido la priorización de la atención prenatal y posnatal del futuro niño con el incremento de la tasa de natalidad y disminuyendo la tasa de mortalidad infantil. Dentro del programa el médico de familia tiene la obligación de fomentar la importancia de la lactancia materna absoluta durante los seis primeros meses y complementaria hasta los 2 años recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Por tanto la autora de este trabajo se siente motivada a conocer más sobre los aspectos relacionados con la lactancia materna en las primeras etapas de vida para contribuir a la salud de los niños y niñas además que crezcan sanos, seguros y fuertes para el futuro del país.

## **JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

¿Cuál es la importancia de evaluar el nivel de conocimiento?

Diversos puntos pueden abordarse para resaltar la importancia de la evaluación del conocimiento sobre la lactancia materna en mujeres. Pues puede ser utilizada por el médico de familia, el pediatra y el ginecoobstetra, como una herramienta valiosa en la evaluación inicial de una puérpera y/o gestante. Los resultados obtenidos nos darán a conocer el nivel de conocimiento y las deficiencias en diversos aspectos, lo cual posibilita establecer estrategias para promover actividades, charlas y campañas, para lograr el cumplimiento eficaz de la lactancia materna.

Puede ser útil la evaluación del conocimiento sobre lactancia materna en las mujeres, para la formulación de políticas nacionales dirigidas a la población en general y a otras más específicas, como la población femenina.

El estudio sobre la importancia del conocimiento de la lactancia materna es cada día más necesario, y en especial en una población femenina en edad reproductiva, por los beneficios que brinda a la madre, al niño(a), a la familia y al país, además de la composición que tiene la leche materna, única para la especie humana, es vital y fundamental en los primeros seis meses de vida. El resultado de este estudio y la intervención oportuna en cada etapa, aporta y ayuda a mejorar el estado de salud del individuo en el futuro.

Por todo lo planteado, consideramos necesario promover la evaluación del nivel de conocimiento en las mujeres en edad reproductiva, con métodos y materiales adecuados para esta población. Al evaluar el conocimiento se podrán identificar las deficiencias en diversos aspectos y establecer estrategias de intervención de forma individual y/o a nivel poblacional para la modificación de conductas y/o inclusión de políticas de salud.

# **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

## **CAPITULO I: MARCO TEORICO**

### **1.1 Antecedentes históricos de la lactancia materna.**

A lo largo de la historia, el uso y desuso de la lactancia materna siempre ha generado una polémica en el mundo. Debido a las consecuencias que esta acarrea en la salud del niño y la niña, hechos que se reflejan en la actualidad con altos índices de mortalidad y morbilidad infantil. Sin embargo desde tiempos remotos hay evidencias de la práctica de la alimentación artificial, encontrándose biberones de barro, en tumbas de niños romanos. Los primeros biberones fueron cuernos de vaca ahuecados, que usaban como mamila ubres de vaquillas, las que se descomponían con rapidez a pesar de ponerlas en alcohol. Con el tiempo se inventó la mamila de hule, lo que mejoró la higiene de la alimentación artificial<sup>6</sup>. También en toda Europa se han encontrado recipientes para alimentación con boquilla, en tumbas de niños, 2000 años antes de Cristo. Posteriormente surge la lactancia mercenaria, como una forma de empleo, convirtiéndose la leche humana en un producto de mercado y las mujeres que la ofertan en nodrizas. La práctica de esta alternativa estaba muy extendida en la antigüedad, al extremo de que se promulgaron regulaciones en su ejercicio: en las Leyes de Esnunna en la antigua Mesopotamia, que datan de las postrimerías en el siglo XIX. Alrededor de los años 1800 antes de Cristo el código de Hammurabi, contenía regulaciones sobre las nodrizas, que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero. La situación provocó un incremento de la morbilidad y mortalidad infantil relacionado, sobre todo, con infecciones transmitidas por las nodrizas, lo que dio lugar a fuertes cuestionamientos<sup>7</sup>.

Desde tiempos lejanos existieron culturas, como la espartana, que establecían, por ley, la obligatoriedad de amamantar la descendencia, al punto que se afirma que, la esposa del rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor. Plutarco explica que el segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta, sólo, porque su madre le había dado pecho. El hijo mayor había sido amamantado, por una extraña, y por tanto fue rechazado<sup>3,7</sup>.

El papiro de Ebers, se alude a técnicas de estimulación del flujo de leche en las madres lactantes y desde el siglo II a.n.e. existe documentación referida a lactancia materna<sup>7</sup>.

Hipócrates escribió sobre el tema de la lactancia "la propia leche es beneficiosa, la de otros es perjudicial"<sup>3</sup>.

En 1458, Thomas Muffett escribe sobre el uso medicinal y terapéutico de la leche materna, para hombres y mujeres "en sus años de madurez debilitados por la edad o la enfermedad" y en 1472 Paul Bagellardus escribe el primer incunable pediátrico francés: "Características de una buena nodriza, aconseja sobre el hijo, la diarrea y el vómito"<sup>3</sup>.

En 1606 Juan Alonso Ruyzes de Fontecha, edita su obra "Diez privilegios para mujeres preñadas" donde explica las características de una madre para poder dar de lactar a su bebe. Sobre ¿Qué era mejor la leche de la madre o la del ama? Casi todos los autores y con ellos desde Hipócrates a Galeno están de acuerdo que aunque la de la madre fuera peor era preferible tomarse esa antes que de otra mujer.

El imperio Romano consideraba que una buena madre lactaba a su hijo; convicción que durante los siglos XVI y XVII se enraizó en los países bajo<sup>7</sup>.

En Norteamérica, en el siglo XVII, la norma de la alimentación en los niños era la lactancia materna<sup>7</sup>.

Entre los siglos XVI y XVII en Inglaterra las madres no amamantaban a sus hijos, de acuerdo a Fildes, quien revisó la historia de la alimentación infantil en Gran Bretaña. La lactancia era un método bien reconocido para retrasar un nuevo embarazo, pero se creía que estropeaba la figura y envejecía. En la Francia del siglo XVIII la alimentación infantil incluía: Lactancia Materna, Alimentación Artificial, Papilla y Nodrizas. Se ponen entonces en vigor nuevas reglamentaciones

encaminadas, por un lado, a proteger a los niños amamantados por nodrizas y, por otro, a avalar su paga, creándose en 1769 la Oficina de Nodrizas, subordinada al gobierno. Para 1780, la abrumadora mayoría de los nacidos en París, eran alimentados recurriendo a la lactancia mercenaria. Entre tanto, en Alemania se mantuvo como costumbre generalizada hasta finales del siglo XIX, en que fue siendo sustituida por las emergentes fórmulas artificiales.<sup>3,7</sup>

Las creencias y tabúes sobre el calostro se remontan al despertar de la civilización: la mayoría de los pueblos primitivos dejaban pasar varios días antes de poner al niño al pecho, con detallados horarios y rituales. Se ofrecían líquidos en forma de infusiones, algunas muy potentes, otras sin valor nutritivo. Las posiciones para dar el pecho también varían, la mayoría de las culturas se sientan con el niño en el regazo. Algunos pueblos asiáticos se inclinaban sobre el niño que estaba acostado, apoyándose en una barra situada sobre la cuna. Otros pueblos llevan sus hijos a la espalda y los ponen al pecho con frecuencia, método todavía muy usado<sup>3</sup>.

La lactancia se relaciona con la tradición, la edad, la paridad, la escolaridad, el grupo racial, la ocupación materna, sus hábitos tóxicos, nivel sociocultural y económico, lugar donde ocurre el nacimiento, tipo de parto y madurez, peso y estado de salud del neonato<sup>7</sup>.

### Lactancia Materna en Latinoamérica

No obstante la llegada de los españoles al continente americano en 1492 determina una modificación en el desarrollo de las ciencias médicas. Se enfrentan dos culturas absolutamente desconocidas entre sí, diferentes no solamente por el grado y estilo de formación, sino también por el ambiente natural que les toca vivir

y sus circunstancias ecológicas. Al cambiar de ámbito, el conquistador tuvo que incorporar necesariamente nuevos hábitos de vida para sobrevivir y, a su vez, imponer los suyos. Es allí donde tiene su origen la Pediatría Latinoamericana, en la forma como los aborígenes de la época precolombina actuaban frente a la madre, al niño y la familia, y que los primeros conquistadores recogieron, integrándolas a su propio acervo: Hábitat, costumbres, herboristería, ritos, supersticiones, curas mágicas, profundamente interiorizadas a través de los siglos, fueron transmitidas de padres a hijos, se conservan todavía entre las pautas culturales de la medicina popular, que a veces vemos en las puertas de las grandes ciudades de América Latina y que el pediatra debe aprender, interpretar, orientar y si es preciso corregir.

Los aztecas adoraban a una diosa de la medicina que llamaba Izapohatenan, a la que ofrecían sacrificios humanos en ciertas oportunidades. El Dios Ope protegía al recién nacido y Xoathiciti velaba las cunas durante las noches. Piltzustenetli era un Dios de "élite", destinado a los niños nacidos de matrimonios legales y especialmente nobles. A pesar de los cruentos sacrificios humanos que ofrecían a los dioses, esta civilización distante e ignota, también tenía normas de vida y principios morales similares a los de culturas más evolucionadas.

Después de nacer, el niño era bañado al tiempo que se pronunciaba una oración especial. Al cuarto o quinto día se efectuaba el segundo baño antes de la salida del sol con una ceremonia y maniobras de orden práctico rodeadas de un halo de misterio y de temor que inspiraban los conjuros y las súplicas. El niño era puesto al pecho al segundo día de vida. Lo tomaba durante dos o tres años; si la madre no podía alimentarlo se recurría a una nodriza. El destete constituía asimismo una ceremonia.

Viajantes, cronistas y misioneros coinciden en describir el trato amoroso dado por las madres aborígenes brasileñas a sus hijos. Tanto el “cavalheiro” Pigafetta en 1519, como Staden en 1557 y el padre capuchino Claude d’Abbeville, al referirse a la primitiva madre tupinambá o a las indias de Maranhão señalan que “cariñosas y vigilantes” cargan a sus hijos al lado de sus cuerpos, casi siempre prendidos al pecho, con una faja de algodón, la “tipoia”, y así, con ellos, trabajan. Los niños duermen y van contentos, por más que ellas se agachen o se muevan nunca los abandonan ni les dan castigos. Destacan la asombrosa energía física de las mujeres que paren en los campos y rápidamente después del parto se lavan con su niño en el río más próximo y no reposan más de 2 o 3 días. Mientras que el hombre se acuesta en la hamaca de su choza para recibir visitas, mimos de su mujer y comidas especiales, como si fuera él quien va a parir los niños pueden llegar a mamar 7 u 8 años.”

Los guaraníes, uno de los grupos más numerosos del Paraguay y del litoral argentino no fajaban a los niños como en el Norte y les daban el pecho hasta los 3 o 4 años, y hasta los 8 en ocasiones. Al comenzar el destete se agregaba a su alimentación frutas y miel de abeja. También comían mandioca previamente masticada por la madre y rápidamente incluían como alimento el “tambú asado”, que es el gusano que se cría en el carozo de coco. Esta costumbre ha continuado hasta hoy entre los campesinos.

Su sabiduría natural les inspiró una especie de incubadora para colocar a los prematuros. Consistía en una olla de barro “yapepo”, recubierta de plumas por dentro y colocada no muy alejada del fuego. Los alimentaban con agua, miel y grasa de tambú.

Los senos de la mujer ona (Patagonia) estaban bien desarrollados, no obstante ser muy delgadas y producían cuantiosa leche. En el ritual del amamantamiento

participaban todas las mujeres de la tribu. Lo hacían de la misma forma que la mujer civilizada, el pezón entre el dedo índice y mayor; la lactancia se prolongaba hasta los 3 o 4 años<sup>3</sup>.

En 1761, por Real Cédula de Carlos III se fundó la Casa de Huérfanos, que cobijaba a niños, lactantes, que vivían junto a sus amas de leche; había también una sala para parturientas y un torno para expósitos. Hasta hace 200 años, es decir, antes de la era industrial, teníamos muy poca información escrita sobre la lactancia materna. Se supone que las madres amamantaban a sus hijos sin descanso durante un período comprendido entre 2 y 4 años. Tal como se observa todavía hoy en algunos pueblos primitivos<sup>3</sup>.

A principios del siglo XX, las Instituciones de Protección a la Infancia y los Patronatos crearon lactarios, centros para inspecciones de nodrizas, Institutos de puericultura y Dispensarios de lactantes que fueron la reproducción de las "Gotas de leche". En las décadas del 20 y del 30, las diarreas y los llamados trastornos nutritivos del lactante, fueron una gran preocupación de los pediatras. Comenzó el desarrollo de la industria de la alimentación en la infancia. Fue tanto el progreso que la industria se sobredimensionó y llegó a prescribirse la lactancia artificial, aún en las situaciones de normalidad, en las cuales la lactancia natural era posible.

## **1.2 Lactancia materna en el mundo actual**

Diferentes países actualmente han experimentado un cambio favorable en la duración de la lactancia materna; desde los países nórdicos en Europa como Suecia, donde el 80 % de las madres todavía amamantan a sus hijos hasta los 6 meses o Finlandia donde más del 90 % de las madres dan el pecho en los primeros 4 a 6 meses de vida de sus hijos; como ejemplo en América se cita

Cuba, donde se reportan datos que oscilan desde el 60 % hasta el 80 % de niños alimentados al pecho hasta el 4<sup>o</sup> mes de vida de forma exclusiva.

Lo opuesto se observa, por ejemplo, en España donde inician la alimentación a pecho solo el 60 % de las madres, y a los 2 meses solo la mantienen el 20 %.

Sólo en años recientes se han identificado en el mundo las causas del aumento de las enfermedades infecciosas, no infecciosas e incluso de la mortalidad infantil desde que se introdujo la lactancia artificial: la manipulación, los chupos, los biberones, la dilución de la leche <sup>3</sup>.

Todos los años nuevas investigaciones reafirman la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.

Los gobiernos, los grupos de madres, las sociedades científicas, las escuelas, las organizaciones internacionales, los hospitales, los individuos están usando las más diversas formas (reuniones, boletines, radios, teatros, pinturas, música, cultura popular, video, etc.), para comunicar la importancia de la lactancia materna para los niños, las madres, las familias y el planeta.

Aproximadamente 15000 hospitales en 128 países de todo el mundo han alcanzado tal categoría. Reportes de los cinco últimos años, refieren que entre los 10 países con mayores tasas de lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses, destacan Chile con 77%, Cuba con 76% y Eritrea con 66%<sup>3</sup>.

Un análisis reciente de estudios llevados a cabo en Ghana, India y Perú, muestra que los lactantes no alimentados a pecho tenían diez veces más probabilidades de morir que los que recibieron leche materna como alimento predominante o exclusivo<sup>3</sup>.

A pesar de que se reconocen los beneficios de la lactancia materna en la primera hora de vida, de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, y de la lactancia materna durante 2 años o más, hay una gran diferencia entre las prácticas actuales en América Latina y el Caribe y aquellas recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. En consecuencia, ni los niños pequeños ni sus madres disfrutan plenamente de sus beneficios a corto y a largo plazo.

A nivel mundial, un 38% de los bebés reciben lactancia materna como alimentación exclusiva durante seis meses. En algunos países, la lactancia materna exclusiva ha sido particularmente resistente al cambio. Por ejemplo, durante los 20 últimos años se ha estancado en la República Dominicana, que ya tenía el porcentaje más bajo de la Región (8%), y en México disminuyó de 20% a 14,5%; sin embargo, en el mismo período, otros países han mostrado un extraordinario progreso, como Colombia, donde aumentó de 15% a 43%. Por término medio, en América Latina y el Caribe los niños son alimentados exclusivamente con leche materna durante 14 meses, aunque al igual que con otras prácticas de lactancia materna hay una gran variabilidad en la duración, que va de 7 meses en la República Dominicana y el Uruguay hasta 18 meses o más en Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras y el Perú. En algunos países ha aumentado de forma extraordinaria, como en el Brasil, donde entre 1986 y el 2006 aumentó de 6 a 14 meses (OPS/OMS, 2013). En otros países, como México, durante más de 20 años ha permanecido estable en 10 meses. El inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida reduce la mortalidad neonatal, sin embargo, en la Región de las Américas solo la mitad de los recién nacidos reciben este beneficio y los países pueden presentar tasas de tan solo 26,4%<sup>9</sup>.

Según la OMS podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año, si todas las madres amamantaran a sus hijos de forma exclusiva durante los primeros cuatro meses de vida<sup>3</sup>.

La OPS señala que el riesgo de morir de los niños alimentados artificialmente, es de tres a cinco veces mayor, que para los bebés alimentados al seno materno<sup>3</sup>.

Por lo tanto, la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud recomiendan<sup>10</sup>:

- Empezar a amamantar en la primera hora de vida.
- Dar el pecho como alimentación exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Introducir alimentos sólidos a los 6 meses, prolongando la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más.

Sin embargo, existen evidencias de estudios experimentales y cuasi experimentales, donde se demuestra los efectos positivos de la consejería y el apoyo permanente a través de visitas domiciliarias, en el logro de la lactancia materna exclusiva. Esto quiere decir que se puede aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva, ello depende de la capacitación personalizada y del apoyo permanente, para conocer la problemática de cada mujer. Depende también de un trabajo conjunto y muy interesado de todo el personal de salud involucrado directa o indirectamente con la atención de la madre y del niño<sup>3</sup>.

En este aspecto los pediatras desempeñan un papel muy importante, al igual que los ginecólogos y obstetras. La promoción de la lactancia materna exclusiva involucra también la educación de la población sobre el tema, el apoyo de los medios de comunicación, un marco legal que apoye a todas las madres trabajadoras-lactantes<sup>3</sup>.

La posición social y el estado en que se encuentran las madres, incluyendo su nutrición, su salud y supervivencia, son principales determinantes del bienestar

infantil. Es preciso que las mujeres reciban el poder como derecho propio para cuidar de sus hijos e hijas de manera apropiada. Las mujeres pueden cuidarse a sí mismas y amamantar a sus hijos/as, si se les garantiza que tengan acceso a información completa y precisa, a una alimentación adecuada, y a servicios sanitarios de calidad, oportunidades económicas y al apoyo de la familia y del ámbito laboral. La promoción y la defensa de la lactancia materna deberían respetar los derechos humanos de la madre y del niño y la niña en el contexto de la igualdad de géneros<sup>3</sup>.

Los contaminantes químicos pueden ingresar en el organismo a través de los alimentos y la exposición a sustancias tóxicas. Para lograr el derecho de toda la salud y a una alimentación adecuada, es sumamente importante proteger la seguridad del suministro de alimentos, comenzando por el alimento de la madre y la leche que ella produce.

Fomentar la alimentación del lactante y del niño pequeño es vital para lograr las Metas de Desarrollo para el Milenio (MDM), en especial aquellas metas vinculadas a la reducción del hambre, y de la mortalidad infantil. Los recursos deberían abocarse a los programas ligados a la lactancia materna y a la alimentación complementaria, promoviendo así a su contribución al logro de las MDM. La lactancia materna exclusiva representa una de las principales intervenciones preventivas para la supervivencia infantil. Cada año, aproximadamente dos millones de vidas podrían salvarse a través de la lactancia materna exclusiva, y la lactancia materna continuada con alimentación, apropiada hasta los dos años o más. El perdurable impacto de mejores complementaria prácticas alimentarias se traduce en niños y niñas saludables, que pueden lograr todo su potencial de crecimiento y desarrollo<sup>3</sup>.

La Estrategia Mundial reafirma la relevancia y la urgencia de los cuatro objetivos operativos de la Declaración de Innocenti, añade objetivos operativos destinados a reflejar un enfoque abarcativo, que incluye una política nacional, la reforma de sistemas de salud, y la movilización de la comunidad, identifica intervenciones ya comprobadas tales como consejería en lactancia materna llevada a cabo por personal de salud, y trabajadores comunitarios capacitados, vuelve a poner énfasis en la importancia de la alimentación complementaria, la salud y la nutrición de la madre y la alimentación en circunstancias excepcionalmente difíciles, incluyendo la alimentación de lactantes de muy bajo peso al nacer, lactantes y niños/niñas pequeños/as afectados por emergencias naturales o humanas y lactantes de madres infectadas por el VIH<sup>3</sup>.

### **1.3 Actualidad en Cuba**

En Cuba existe una situación favorable para el desarrollo de la infancia, y la adolescencia como resultado de la política mantenida durante 56 años, centrada en la justicia social y la equidad. El bienestar de los niños y niñas es un propósito inherente al proyecto social cubano. El respeto y la atención a sus derechos constituyen una estrategia que, de manera consciente y planificada, permite la proyección de acciones en favor de la infancia.

Los derechos de las niñas y los niños cubanos son protegidos mediante el diseño, ejecución y evaluación de políticas sociales, programas y proyectos en las áreas de la salud, la educación, la seguridad social y otras. Entre los que más se destacan, el Programa Nacional de Atención Materno-Infantil, que incluye diversos objetivos y que para su desarrollo han adquirido la estructura de programas; entre ellos: el Programa de Promoción de la Lactancia Materna.

La alimentación y nutrición de los niños y las niñas comienza a ser atendida mediante la promoción de una mejor y natural forma de alimentación de la especie humana. Los incalculables beneficios de la lactancia materna justifican todos los esfuerzos realizados en Cuba, en favor de la salud y el desarrollo de su infancia, lo cual le ha permitido elevar los porcentajes de recién nacidos/as que mantienen hasta el 4to mes de vida la lactancia exclusiva y que, incluso continúan consumiendo leche materna, complementada con otros alimentos, hasta los 6 meses de edad.

A la salida de las maternidades cubanas, el 98,8% de los niños salen con lactancia materna exclusiva, aunque solo la mantienen un 46,9% al llegar al cuarto mes, según las encuestas nacionales que tienen una validación internacional, que es una cifra privilegiada si se compara con el resto del mundo, aunque distante de nuestras expectativas<sup>3</sup>.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba se ha trazado como propósito lograr las condiciones óptimas de nutrición para el lactante, y la mayor protección contra las infecciones a las que éste es vulnerable en la primera infancia, mediante la promoción y prolongación de la lactancia materna, al menos hasta los seis meses y que ésta beneficie a todos los recién nacidos, con excepción de las circunstancias en las que esté realmente contraindicada.

El programa de atención al niño y a la madre está bien estructurado dentro de la maternidad. Se basa fundamentalmente en la educación a la embarazada y en la promulgación de la lactancia materna durante el tiempo que está la madre en el hospital. Otras medidas importantes son: el alojamiento conjunto, poner al bebé al seno materno inmediatamente que nace para la estimulación temprana de la lactancia, no dar otro alimento dentro del hospital. Todo esto conjuntamente con la preparación del médico y otro personal hace que el programa se mantenga y

perpetúe en los hospitales, y que la madre salga lactando del hospital, lo cual se continua en la atención primaria de salud<sup>11</sup>.

#### **1.4 Actualidad en Perú**

En Perú, la tasa de lactancia natural exclusiva aumentó espectacularmente durante la década de los noventa, de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en 2000. Gracias al esfuerzo desplegado a nivel nacional para capacitar a los trabajadores sanitarios y poner en práctica la iniciativa de hospitales amigos del niño y de la madre, que certifica el apoyo de los centros de salud a la lactancia materna. En consecuencia, la tasa de Perú está muy por encima de la mundial, pero en los últimos años los progresos se han frenado (2012: 67,5%). En algunas zonas, sobre todo en las ciudades, hay indicios de una tendencia a la baja.

Actualmente, poco más de la mitad de los niños nacidos en Perú (55%) empiezan a tomar el pecho en la primera hora de vida. Las tasas son más bajas entre los nacidos en centros de salud, los atendidos en el parto por profesionales sanitarios, los nacidos en zonas urbanas, y los hijos de madres con mayores ingresos y nivel educativo. Esto puede parecer sorprendente, ya que en los países de ingresos altos la situación suele ser a la inversa: las madres con mayor ingreso y nivel educativo tienden más a dar el pecho a su niño. “En Lima Metropolitana, en los últimos cuatro o cinco años ha habido una reducción de 15% de lactancia materna exclusiva. Esto tiene que ver con dos momentos críticos, uno es en el nacimiento por cesárea y otro es el creciente acceso de la mujer al mundo laboral, que es un derecho que no se puede negar”, sostuvo el doctor Mario Tavera, especialista en salud del Unicef.

Con el de cursar del tiempo la mercadotecnia de leches maternizadas, es una amenaza continúa .Aunque Perú es un país que ha destacado como regulador de la promoción de la lactancia materna, se han constatado un aumento de

donaciones de leches maternizadas a las madres y de la promoción y entrega de 'regalos' al personal de los centros de salud y los servicios de salud por parte de los fabricantes de preparaciones para lactantes", señaló Fernando Leanes, Representante de la OPS/OMS en Perú. "Esto socava los éxitos de las últimas décadas. La OPS/OMS, UNICEF y un amplio grupo de organizaciones no gubernamentales están colaborando con el gobierno para intensificar su apoyo a la lactancia materna una vez más." Por lo tanto el Plan Estratégico Multisectorial para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna 2013-2021 reforzará la aplicación de la normativa existente sobre la alimentación de los lactantes, garantizará la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, y reevaluará los hospitales que hayan obtenido el certificado de "amigos de la madre y el niño" para confirmar que siguen apoyando la lactancia natural.

Mediante esas medidas, Perú intentará aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuación de la lactancia hasta los 24 meses en un 2% anual hasta 2021<sup>10,12</sup>.

## **1.5 Actualidad científica**

En el simposio de lactancia materna, realizado en abril del 2014 en España, encontramos un estudio realizado por el Dr. Von Hauner, Hospital Infantil, Complejo Médico de la Universidad de Múnich, sobre los lípidos de la leche materna, desarrollo cerebral y otros resultados para la salud; donde se destaca que los lípidos aportan entre el 45 y 55% del total de energía de la leche materna, dentro de esta se encuentran: los ácidos grasos poliinsaturados, junto a estos omega 6 y omega 3, que ayudan al desarrollo neurológico, en todas sus esferas, aumentando el índice intelectual de los infantes<sup>13</sup>.

Los últimos estudios realizados en la universidad de Brown en el 2013, descubrieron que los niños, que recibieron lactancia materna por encima del año,

alcanzaron un mayor rendimiento del lenguaje, de la recepción visual y el control motor. Descubrieron que presentaban un desarrollo más destacado, en especial en las regiones del cerebro, vinculadas con la función motora, en comparación con los que lactaron menos de un año. Datos obtenidos a través de neuroimágenes, muestran las diferencias cerebrales relacionadas con el tiempo de lactancia materna en los primeros meses de vida, en niños sanos y muy pequeños. Demostrando que esta potencia el desarrollo cerebral en el niño y los cambios suceden de forma inmediata<sup>14</sup>.

La lactancia materna, se vuelve más eficiente entre el primer y el tercer mes de vida del bebé, ya que durante esos meses disminuye progresivamente la cantidad de tomas, mientras que aumenta la cantidad de leche ingerida en cada una de ellas. Además, entre el tercer y el sexto mes de vida, la frecuencia en las tomas y la cantidad de leche ingerida se mantiene constante. Estos son resultados del estudio liderado por la doctora e investigadora del Grupo Hartmann, de Investigación en Lactancia Materna de la Universidad Western Australia, Jacqueline Kent<sup>15</sup>.

Otros estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna, obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y comportamiento en la edad adulta, que los bebés alimentados con fórmula<sup>16</sup>.

EL profesor Rafael Pérez Escamilla se hace la siguiente interrogante: ¿Se puede prevenir la obesidad con lactancia materna? Se ha observado que los niños alimentados con leche materna tienen mejores perfiles de insulina y leptina y pueden tener una mayor capacidad para autorregular la ingesta energética que los niños alimentados con fórmula. Por lo tanto, es plausible desde el punto de vista biológico esperar que haya una relación entre la lactancia materna y el riesgo de obesidad infantil. En algunos estudios observacionales, aunque no en todos, se ha

observado una asociación entre la lactancia materna y un menor riesgo de obesidad infantil. En tal sentido se comparó la presencia de obesidad en los niños nacidos en hospitales del niño y la madre y los hospitales que no pertenecían a dicha iniciativa, donde no se corroboró dicha relación. Para explicar la falta de consistencia en los hallazgos de los distintos estudios, en esta presentación se discutirán varios posibles factores que pueden modificar la relación entre lactancia materna y obesidad infantil. Entre ellos están: a) exclusividad y duración de la lactancia materna; b) diferentes tipos de alimentos y bebidas complementarios a los que se introduce a los lactantes menores de 6 meses de edad cuando ya no reciben exclusivamente leche materna o cuando se les ha destetado; y c) peso materno previo a la concepción y aumento excesivo de peso durante el embarazo. La forma en la que estos factores contextuales pueden modificar la relación de interés es clave para arrojar más luz sobre la posible relación entre la lactancia materna y la prevención de la obesidad infantil<sup>17</sup>.

Afirmó el jefe de la Unidad de Cuidados Neonatales de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia número 3 del Centro Médico Nacional La Raza, Leonardo Cruz Reynoso. Alimentar con leche materna al recién nacido y hasta los seis meses de edad ayuda a prevenir la obesidad, debido a la hormona leptina que produce la madre durante la lactancia. Dicha hormona, explicó el especialista del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), evita que las grasas se acumulen en el cuerpo, influye en el apetito y en el gasto energético, funciona como indicador para la saciedad del bebé al ser amamantado y transmite defensas naturales que lo protegen contra diversas enfermedades.

Añadió que por cada mes de lactancia materna se reduce el porcentaje de obesidad futura del niño. La recomendación estandarizada para alimentarlo al seno materno es de cuatro a seis meses como mínimo.

Precisó que al multiplicar ese porcentaje por los meses que lacte el bebé, se tendrá un rango más amplio de protección contra la obesidad infantil, si se toma en cuenta que se tienen identificadas tres etapas críticas de obesidad: durante el

primer año de vida cuando está involucrada la lactancia e inicio de alimentación diferente a la leche. Posteriormente, de los cinco a siete años, que corresponde a la formación de adipositos y, por último, en la pubertad y la adolescencia con el brote hormonal y desorden en la alimentación, razón por la que se puede prevenir y cuidar al niño en estas etapas e impulsar la lactancia materna.

Cruz Reynoso insistió en los beneficios a nivel nutricional como el aporte completo de proteínas, carbohidratos y lípidos, vitaminas, minerales y algunas hormonas, como la leptina que regula el apetito del recién nacido; ayuda a la digestión de los alimentos y evita la obesidad<sup>18</sup>.

## **1.6 Conocimiento sobre lactancia materna**

En el estudio realizado por Mariana de Oliveira Fonseca Machado sobre amamantamiento materno: conocimiento y práctica, donde caracterizó las prácticas de promoción del amamantamiento materno por profesionales de enfermería de la estrategia de salud de la familia y analizar la correlación entre sus conocimientos al respecto y la frecuencia con que se realizaban orientaciones sobre el tema en actualidad, desarrollado en unidades de salud de la familia del municipio de Uberaba - SP Brasil 2010, con 85 profesionales de enfermería, mediante cuestionarios. La mayoría de los profesionales afirmó que, frecuentemente, abordaba el amamantamiento en las actividades prácticas investigadas. Entretanto, existió una débil correlación entre las frecuencias de tal abordaje y la media de aciertos del test de conocimiento. Las declaraciones de los profesionales de enfermería indican que las orientaciones sobre amamantamiento materno se hacían independientemente del conocimiento que poseían sobre el tema.

Esta situación puede ser justificada por la falta de orientación en estas actividades, en cuanto a necesidades que aborden sobre amamantamiento materno desde el

inicio de su formación profesional, enfermeros y técnicos de enfermería. Además es esperado por las mujeres que, en sus contactos con los profesionales de enfermería de la estrategia de salud de la familia, durante el ciclo grávido puerperal, estas orientaciones estén presentes. Del mismo modo los resultados del presente estudio permiten la sensibilización de los profesionales de enfermería de la estrategia de salud de la familia y de gestiones en cuanto a la necesidades de un programa de educación permanente en amamantamiento materno, lo que permitirá la efectividad de las actividades de promoción de esta práctica social y consecuentemente el aumento de su prevalencia y duración. Debido a la escasez de estudios cuyo enfoque sea el conocimiento de las prácticas de promoción del amamantamiento materno de profesionales de enfermería de la estrategia de salud de la familia<sup>19</sup>.

### **1.7 Lactancia materna y el apoyo familiar**

Un estudio realizado en Madison, Wisconsin, sobre los factores que influyen en la decisión de amamantar, reveló lo siguiente<sup>20</sup>:

1. El conocimiento solo no garantiza ninguna decisión.
2. El Apoyo de la Familia es el más determinante, seguido del apoyo del profesional de la salud.
3. La satisfacción física y psicológica en la elección del método es importante.

**“Consideramos que el factor determinante en la decisión y mantención de una lactancia exitosa es el apoyo de la familia”.**

Por tanto no basta educar a la madre sino que es vital incorporar en la educación y fomento de la lactancia materna al esposo o pareja, y, a todas las personas que conviven con la madre para que le brinden apoyo y protección, y así facilitar una lactancia exitosa.

La Lactancia materna es un fenómeno biocultural; se trata de un proceso biológico determinado por la cultura. Además es el reflejo de normas, creencias y prácticas culturales diversas; las que se reflejan en las diferencias en el comportamiento de las familias en la crianza de sus hijos.

El comportamiento de una madre y de un padre frente a su hijo deriva de una combinación compleja de su bagaje genético, la respuesta del niño frente a ellos, una larga historia de relaciones interpersonales con sus propias familias y entre ellos, las experiencias vividas durante éste embarazo y en embarazos previos, la internalización de prácticas y valores de su cultura y, lo que probablemente sea más importante, la forma en que ellos fueron criados por sus padres.

En el mundo globalizado, donde prima lo económico sobre lo social, la familia ha quedado relegada y con ello su bagaje cultural, por lo tanto se ha ido perdiendo la función protectora de la familia y se han copiado costumbres foráneas que perjudican la unidad familiar.

En éste sentido nos parece relevante destacar la educación como una herramienta fundamental para rescatar y mantener tradiciones culturales que resultan beneficiosas para la salud de la familia, destacándose entre otras la lactancia materna.

Es indudable que existen momentos cruciales en que la motivación por aprender es mayor. En el caso de lactancia las decisiones fundamentales se toman cuando se enfrenta el hecho concreto de amamantar. Sin embargo, iniciar la tarea educativa cuando se tiene el niño puesto al pecho, es llegar demasiado tarde. La decisión de amamantar se habrá tomado probablemente incluso antes del embarazo.

En la instancia de decidir, se lo hará portando una serie de cargas afectivas, que estarán valorando o desvalorando el hecho de lactar. Se trata básicamente de actitudes aprendidas en la vida familiar, en el contacto con parientes o amigos o en el comentario de pasillo en la escuela. Son creencias que podrán apoyar o afectar la decisión.

Un esfuerzo educativo que pretenda alcanzar un éxito razonable, debe enfrentar la situación enfocada en el lugar donde ocurre. La lactancia se produce en la relación madre-hijo; sin embargo, ellos están inmersos en un hogar, donde la mayoría de las veces hay un padre y otras personas que habitan con él.

Por esta razón es de suma importancia el rol de la familia, quienes le proporcionarán los elementos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, destacándose entre ellas la de Seguridad, dado que ella y el niño se encuentran en una etapa de gran vulnerabilidad. Especial consideración tendrían en éste sentido las familias disfuncionales, por ejemplo hogares donde se vive violencia intra familiar (en Chile 1 de cada 4 mujeres), donde la necesidad de seguridad está muy alterada y por lo tanto no satisfecha, impidiéndole a la madre trasladarse al otro nivel que sería dar amor a su hijo.

Una mujer tensa y angustiada, se siente incompetente para criar y amamantar, no se puede comunicar con su hijo, porque el miedo no le permite entender las claves comunicacionales como el llanto de hambre, sueño, dolor, etc. Todo esto la deprime y pierde la motivación de amamantar, terminando la lactancia, a veces le pierde el amor al niño y puede llegar al maltrato infantil.

Una mujer fisiológicamente sana, con una familia cálida, protectora, que le brinda apoyo, puede disfrutar lo que la naturaleza le ha legado y eso es la hormona oxitocina, quien regula la salida de la leche, asociándose a la sensación de calidez y amor que estimula el comportamiento maternal; por lo mismo se ha denominado la “Droga del Amor”, ya que contribuye a que se exprese el sentimiento a raíz del acto de amamantar. Y la prolactina que es la responsable de la producción de la leche, producirá sensación de bienestar de la madre, al sentirse competente en la crianza de su hijo.

Las madres que reciben apoyo emocional durante el parto, responden más a sus hijos dentro de la primera hora de vida, hablándoles, acariciándolos y sonriendo más a sus hijos que las madres que no han recibido apoyo emocional.

Se ha demostrado que si el recién nacido succiona dentro de la primera hora de vida, tanto la madre como el niño serán mucho más exitosos en la lactancia, con una alta probabilidad de que la madre decida amamantar por varios meses<sup>20,21</sup>.

## **1.8 Consideraciones generales de la lactancia materna**

Concepto: La lactancia materna es un término usado en forma genérica para señalar que es la alimentación del recién nacido y lactante a través del seno materno<sup>6</sup>.

### Fisiología de la lactancia materna

Al final del embarazo (segundo y tercer trimestre) y después del parto la glándula mamaria produce el calostro; líquido espeso y amarillento, rico en proteínas y con un alto contenido en sustancias anti infecciosas. Al tercer o cuarto día se produce la leche de transición, previo paso a la aparición de la leche madura, que se manifiesta con la «subida de la leche». Después del alumbramiento desaparecen los esteroides placentarios (estrógenos y progesterona), mientras que los niveles de prolactina se mantienen elevados. Esto condiciona la lactogenia o producción de leche, proceso por el cual las glándulas mamarias comienzan a secretar leche. La hormona oxitocina (se produce en el hipotálamo y la hipófisis la secreta) actúa sobre las células mioepiteliales mamarias contrayéndolas, lo que permite el paso de leche de los alvéolos a los conductos y, posteriormente, a los senos galactóforos. Este proceso es el reflejo de eyección. La oxitocina también produce la contracción de la musculatura uterina. A continuación, el mantenimiento de la producción de leche depende de la succión continua, y ocurre posterior al parto, alrededor del noveno día hasta el principio de la involución de la leche: proceso conocido como galactopoyesis. Cuanto más succiona el lactante, más leche se

produce, por estimulación de receptores nerviosos que están localizados alrededor de la areola y el pezón. Estas sensaciones táctiles crean impulsos que llegan al cerebro. También se puede estimular la producción de leche mediante la extracción manual o con saca leches. Al principio de la lactancia, la prolactina es la principal responsable de la producción de leche. Una vez establecida, su mantenimiento depende más de una buena succión que consiga vaciar completamente los pechos. Existe un péptido «inhibidor» producido en el hipotálamo, el llamado factor inhibidor de prolactina (PIF), que reduce la producción de leche. Si las tomas son frecuentes, mediante la succión se elimina este inhibidor y aumenta la producción de leche. El principal PIF es la dopamina.<sup>1,6</sup>

### **Composición de la leche materna**

Los principales componentes de la leche materna son: proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas liposolubles e hidrosolubles. Su pH es de 7 (neutro) y su aporte energético está entre 70 a 76 Kcal. /dl (100ml o 3.5 onzas).

Sobre los nutrientes, que forman parte de la leche materna y sus funciones, los autores: Christian, (2011)<sup>22</sup>; Licata, (2014)<sup>23</sup>; y Martínez, (2014)<sup>24</sup>; coinciden en que son:

Agua : Contiene el 88 %, aportando la cantidad necesaria para el bebe durante los primeros 6 meses, teniendo en cuenta que, la carga renal de solutos es 3 veces menor a la de cualquier fórmula comercial, lo que permite que el riñón (que sólo tiene una capacidad de filtración del 25%), mantenga su función adecuadamente. Por ello, los bebes que están bajo lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida no necesitan beber agua en forma adicional, aún en países con temperaturas altas. Si se le da agua u otra bebida durante los primeros 6 meses se corre el riesgo, que el bebe contraiga diarrea y otras enfermedades.

Proteínas: Constituyen el 0.9 % (0.9 gr. /100 ml). La leche humana contiene caseína, lacto suero (proteínas del suero), mucinas y nitrógeno no proteico. Son producidas en la glándula mamaria, excepto la seroalbúmina que proviene de la circulación materna. La caseína constituye del 30 al 40 % de las proteínas, mientras que el lacto suero del 60 al 70 % de las mismas. La caseína tiene como función principal el aporte de aminoácidos, fósforo y calcio al bebe. Además es más fácil de digerir ya que los coágulos que forma son blandos en comparación con los de la leche de vaca. Se destaca la beta-caseína por ser la más abundante de las caseínas.

Dentro de las proteínas que constituyen el lacto suero está la alfa-lacto albúmina que constituyen del 10 al 12% del total de las proteínas, siendo la proteína más abundante. Interviene en la síntesis de lactosa. Esta proteína es específica de la leche materna. Otras proteínas del lacto suero incluyen: lactoferrina, lisozima, seroalbúmina, proteínas gigantes de folatos, inmunoglobulina A (Ig A), inmunoglobulina G (IgG), inmunoglobulina M (IgM). Durante la lactancia las proteínas del lacto suero van disminuyendo gradualmente siendo en principio la proporción del lacto suero muy elevada con respecto a la caseína. En el calostro la proporción es de 80:20(90% lacto suero: 10% caseína), en la leche madura es de 60:40 para luego descender a 50:50.

Las proteínas del lacto suero son de fácil metabolismo para el bebe, mientras que la caseína es de difícil digestión. La leche de vaca contiene una proporción de lacto suero: caseína de 80:20, es decir el 80 % corresponde a la caseína lo cual trae problemas al recién nacido para digerir correctamente la leche de vaca.

La lactoferrina favorece la absorción del hierro en el intestino e inhibe el crecimiento de bacterias patógenas (acción bacteriostática) en el tracto gastrointestinal (E. Coli) al secuestrar el hierro que las bacterias necesitan para su

multiplicación. Así mismo estimula el crecimiento y la proliferación de la mucosa intestinal. En la leche de vaca la cantidad de lactoferrina es prácticamente inexistente.

La lisozima es una enzima antibacteriana, la más abundante, y contribuye al desarrollo y mantenimiento de la flora intestinal. Posee también propiedades anti-inflamatorias. La leche humana contiene de 30 a 40 mg/100 ml y su contenido es 300 veces superior al de la leche de vaca.

La lipasa es otra enzima importante de la leche materna. Se encuentra activa en el tracto gastrointestinal, y es estimulada por las sales biliares facilitando la digestión, produciendo ácidos grasos libres y glicerol. Es por ello que los bebés que son alimentados con leche materna, tienen una alta absorción de grasas. Así mismo esta liberación de ácidos grasos libres tiene un efecto protector contra bacterias, virus y protozoos por su acción antimicrobiana. La lipasa es responsable de la inactivación del parásito *Giardia lamblia*.

Las mucinas, presentes en poca cantidad, son proteínas de membrana que rodean a los glóbulos de grasa.

Dentro del nitrógeno no proteico encontramos amino azúcares, aminoácidos libres (taurina, glutamina), carnitina, poliaminas, nucleótidos y péptidos.

Tanto la taurina, como la carnitina son esenciales para el desarrollo y maduración del sistema nervioso central, y de la retina (visión). La taurina contribuye con la proliferación celular, la absorción de lípidos, la osmorregulación, el transporte de calcio y es fundamental para la formación de sales biliares, que intervienen en la digestión. La carnitina además interviene en la síntesis de los lípidos del cerebro.

Los nucleótidos tienen efectos sobre la inmunidad (activa células que participan en la defensa), sobre el crecimiento y la maduración del tracto gastrointestinal y, aumenta la cantidad de proteínas y ADN de la mucosa intestinal. La poliamina participa en el crecimiento y desarrollo del sistema digestivo.

**Grasas:** Las grasas o lípidos representan del 3 al 5 %, y son el componente más variable de la leche materna. Aportan de un 40 a 50 % del total de calorías de la leche materna, y el bebé es capaz de absorberlas fácilmente (más del 90% de las grasas de la leche son absorbidas por el recién nacido). Esta es vehículo de vitaminas liposolubles, favoreciendo su absorción y es fuente de ácidos grasos esenciales.

Los principales lípidos de la leche materna son los triglicéridos, fosfolípidos, ácidos grasos y esteroides. Los triglicéridos representan el 99 % del total de los lípidos de la leche.

La leche humana es rica en ácidos grasos esenciales (polinsaturados) agrupados bajo el nombre de omega 3 como el linolénico, a su vez precursor del ácido docosahexanoico (DHA) y el eicosapentanoico (EPA), los cuales participan en el desarrollo del sistema nervioso central y en la agudeza visual (principalmente el DHA).

Como se mencionó anteriormente la leche materna contiene lipasas, una enzima que facilita la digestión de los lípidos. La lipasa está inactiva en la glándula mamaria y en el estómago del bebé y se activa al llegar al intestino del bebé ante la presencia de sales biliares. La lipasa juega un rol importante en la producción de lípidos antimicrobianos.

El contenido de colesterol de la leche materna está entre 10-20 mg/100 ml. No está en relación con la dieta ni con los niveles séricos de la madre.

**Carbohidratos:** La lactosa es el principal carbohidrato contenido en la leche materna en un promedio de 6-7 g/100 ml. Se produce en la glándula mamaria a partir de la glucosa. Contribuye al 40 % de las calorías de la leche materna. También se encuentran presentes oligosacáridos neutros, glucoproteínas, glucoesfingolípidos, aminoazúcares y acetilglucosamina.

La lactosa es un disacárido formado por galactosa más glucosa. Su principal función, junto a las grasas, es el aporte de energía, necesaria para el crecimiento y desarrollo del recién nacido. Es fundamental para la absorción del calcio, del hierro, magnesio y otros elementos. La galactosa se utiliza en la síntesis de galactolípidos, indispensable para el desarrollo del sistema nervioso central del niño. La lactosa al igual que los oligosacáridos y aminoazúcares, también promueve la colonización en el intestino del lactobacillus bifidus, el cual inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

Los oligosacáridos se adhieren a células de las membranas del tubo digestivo, evitando así la adherencia de ciertos microorganismos patógenos (E. Coli, Haemófilus influenzae, Sreptococcus pneumoniae, etc.). Esto disminuye las probabilidades del recién nacido de padecer alguna infección gastrointestinal, respiratoria o urinaria.

**Minerales:** La leche materna contiene todos los minerales que el bebe necesita. Si bien las concentraciones de minerales en la leche materna es mucho menor que la leche de vaca, el coeficiente de absorción de los mismos (biodisponibilidad) es muy alto. El contenido bajo de minerales (principalmente sodio, potasio y cloruros) promueve el buen funcionamiento renal del bebe favoreciendo la capacidad metabólica del recién nacido.

**Hierro:** Se absorbe en un 50 % debido a diferentes factores: la presencia de lactoferrina, la acidez del tracto gastrointestinal del bebe, y la presencia de zinc y

cobre. También la lactosa y la vitamina C favorecen su absorción. Existen estudios que manifiestan que la absorción de hierro disminuye con la introducción temprana de alimentos sólidos antes de los 6 meses de edad.

En bebés amamantados con leche materna exclusivamente durante el primer semestre, las probabilidades de desarrollar anemia por deficiencia de hierro son muy bajas. Solamente el 10 % del hierro de la leche de vaca es absorbido.

Vitaminas: Cubren las necesidades del bebé pero son variables según el estado nutricional y el aporte de vitaminas que recibe la mamá. Es decir, que existe una estrecha relación entre la alimentación de la mamá y la concentración de vitaminas en la leche materna.

El ácido fólico es esencial para sintetizar aminoácidos, ADN, ARN y hemoglobina.

Otros componentes de la leche materna

Hormonas: El bebé amamantado con leche materna mantiene la concentración plasmática de hormonas, a diferencia de lo que sucede con los bebés que no toman leche materna.

Hasta el momento se han identificado diferentes hormonas en la leche materna: hormona liberadora de tirotrópina (TRH), hormona tiroidea estimulante (TSH), tiroxina, triiodotironina, oxitocina, prolactina, gonadotropinas, hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh), corticoides, insulina, eritropoyetina, hormonas ováricas, prostaglandinas, relaxina y prolactina.

Las prostaglandinas protegen a las células intestinales del bebé, facilitando la motilidad gastrointestinal del lactante.

La eritropoyetina de la leche materna estimula la eritropoyesis (formación de glóbulos rojos), la maduración del sistema nervioso central, el sistema inmune y la maduración intestinal.

Factores de crecimiento: Estimulan la proliferación celular, la síntesis de ADN y ARN, y el crecimiento y maduración de ciertos órganos. Son factores de crecimiento: factor estimulante de hepatocitos (HGF), factor estimulante de fibroblastos (FGF), factor transformador del crecimiento alfa (TGF-alfa) y factor de crecimiento epidérmico (EGF). Todos ellos se encargan principalmente del crecimiento y maduración del tubo digestivo. No se encuentran en la leche de fórmula. Son más abundantes en el calostro que en la leche madura.

Tabla comparativa entre calostro, leche madura y leche de vaca:

Nutriente	Calostro	Leche madura	Leche de vaca
Agua	87	88	88
Calorías	58	70	70
Proteínas totales (gr/ 100ml)	2.3	0.9	3.30
Caseína (gr/100ml)	0.14	0.25	2.7
Nitrógeno total (mg /100ml)	2.3	0.9	3.3
Lacto albúmina (mg/100ml)	218	161	110
Lactoferrina (g/ 100ml)	0.33	0.17	Trazas
Ig A (g /100ml)	0.36	0.14	0.03
Grasas totales (g /100ml)	2.9	4.2	3.8
Colesterol (mg/100ml)	28	16	14
Ácido linoleico ( % de la grasa)	6.8 %	8.3%	1.6%

Lactosa (g/ 100ml)	5.3	7.3	4.8
Vitamina A (mcg/ 100ml)	89	47	51
Vitamina D (mcg/ 100ml)	Trazas	0.004	0.002
Vitamina E(mcg/ 100ml)	1280	315	70
Vitamina k(mcg/ 100ml)	0.23	0.21	0.6
Biotina (mcg/100 ml)	0.06	0.6	2.8
Vitamina B12 (mcg/100 ml)	200	26	0.5
Ácido ascórbico (mcg/100 ml)	4.4	4.5	2
Magnesio (mg/100 ml)	4	3.5	13
Calcio (mg/100 ml)	23	28	125
Potasio (mg/100 ml)	74	58	140
Sodio (mg/100 ml)	50	15	58
Fosforo (mg/100 ml)	16	15	96
Cloro (mg/100 ml)	70	42	108
Azufre (mcg/100 ml)	22	14	30
Cobre (mcg/100 ml)	46	35	10
Hierro (mcg/100 ml)	45	40	45
Yodo (mcg/100 ml)	12	7	11

Fuente: Lic. Marcela Licata

### Comparación de la leche materna con otras leches

	Leche humana	Leche animal	Leche artificial
Vitaminas	Suficientes	Insuficiente vitamina A y C	Se le añaden vitaminas
Hierro	Pequeña cantidad bien absorbida	Pequeña cantidad no se absorbe bien	Cantidad extra añadida, no se absorbe bien

Factores anti infecciosos	Presentes	No presentes	No presentes
Contaminantes bacterianos	Ninguno	Probable	Probable

Fuente: Dr. Carrasco .Lactancia materna la mejor intervención en salud pública

### Ventajas de la lactancia materna

Diversos autores hacen referencia sobre las ventajas de la leche materna entre ellos: Santisteban (2012)<sup>25</sup>, Viñas (2013)<sup>1</sup>, y UNICEF (2015)<sup>16</sup>

- Fortalece los lazos entre la madre y el niño a través del contacto físico. Otorga seguridad y confianza al niño al estar en el regazo de la madre.
- Da seguridad alimentaria por lo menos los seis primeros meses de vida.
- Es una práctica cómoda porque la madre no debe preparar ni calentar la leche.
- Es higiénica, no contiene gérmenes.
- Está siempre a la temperatura perfecta.
- Es gratuita.

### Ventajas para el lactante

- Se digiere mejor. Los componentes de la leche materna son bien absorbidos y utilizados, lo que otorga un óptimo estado nutritivo.
- Ayuda a la maduración del sistema inmunológico, gracias a algunos de sus componentes que protegen al lactante de infecciones. Reduce la incidencia y/o intensidad de: gastroenteritis, infecciones respiratorias, infecciones urinarias, bacteriemia, botulismo, otitis media, meningitis, etc.

- Reduce el riesgo de alergias.
- Favorece el correcto desarrollo mandibular lo que protege de futuros problemas en la boca del adulto. Menos caries y mal oclusión dental.
- Mejor formación ósea y función pulmonar.
- Mejor respuesta a vacunas.
- Menos dermatitis del pañal.
- Menos retinopatía del prematuro

Ejerce una función protectora frente a las siguientes patologías:

- Síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL).
- Enterocolitis necrosante en el prematuro.
- Diabetes Mellitus tipo 1.
- Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn, colitis ulcerosa).
- Linfoma.
- La presencia de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga ( $\omega$ -3,  $\omega$ -6) que hay en la leche materna, contribuyen al buen desarrollo del sistema nervioso, de la agudeza visual y de un correcto coeficiente intelectual.

Hay claros indicios de que previene posibles enfermedades en la edad adulta como las siguientes:

- Obesidad.
- Hipertensión arterial.
- Asma bronquial.
- Hipercolesterolemia.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Arterioesclerosis.
- Cáncer infantil.
- Leucemias infantiles<sup>26</sup>.

- Facilita el contacto físico entre la madre y su hijo, fundamental para establecer entre ambos un vínculo afectivo. Esto supone para el niño un mejor desarrollo afectivo y emocional. Además tiene repercusiones positivas para la vida en lo que se refiere a la estimulación, la conducta, el habla, la sensación de bienestar y la seguridad, y la forma en que el niño se relaciona con otras personas.<sup>3,8</sup>
- Menor probabilidad de adicciones.
- Menor abandono y maltrato infantil.

#### Ventajas para la madre

- Involución rápida del útero.
- Las elevadas concentraciones de oxitocina disminuyen la hemorragia puerperal y menor anemia posparto.
- Retrasa la ovulación, sobre todo si se mantienen las tomas nocturnas. No es un método anticonceptivo eficaz, pero tiene su importancia en los países subdesarrollados donde no existe la planificación familiar.
- Reduce el riesgo de cáncer de mama.
- Reduce el riesgo de cáncer de ovario pre menopáusico.
- Reduce el riesgo de cáncer de útero.
- Favorece la re-mineralización ósea, lo que reduce la osteoporosis y disminuye la incidencia de fracturas posmenopáusicas.
- Reduce la diabetes tipo 2.
- No supone gasto económico.
- No precisa ningún tipo de preparación. Esta ventaja se aprecia especialmente en las tomas nocturnas.
- Mejor auto-estima.
- Menor trabajo (ya está lista).
- Menor depresión post parto

- Es más gratificante para la madre. Una lactancia materna llevada a cabo con éxito proporciona a la madre una gran satisfacción por haber dado a su hijo la mejor leche.

#### Beneficios para la familia

- Mejor relación psico-afectiva.
- Mayor economía.
- Mejor distribución de los recursos, espaciamiento de nacimientos.

#### Ventajas para el país

- Disminuye los gastos en salud.
- Las madres que amamantan, contribuyen a que el país tenga niños más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos.

#### Técnica de amamantamiento

El éxito de la lactancia materna depende principalmente de una correcta técnica de amamantamiento. La buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar se logra si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño o niña<sup>27</sup>.

#### Posiciones para amamantar

- Posición sentada o de cuna: Coloque almohadas en los antebrazos de las sillas e indique a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tómelo con el brazo y acérquelo contra el seno en un abrazo estrecho. Manténgalo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.

- Posición debajo del brazo, de sandía o de foot-ball americano: El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocarán almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño.
- Posición semisentada: Coloque la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Esta posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea).
- Posición acostada: Si la madre está acostada en decúbito lateral, utilice almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebé<sup>27</sup>.

#### Procedimiento para amamantar

Soportar el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada. Recordar a la madre que debe acercar el niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón.

- Estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introducir el pezón y la areola. Si se resiste, bajar suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión.
- Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la Lactancia Materna. Si adopta la posición incorrecta se debe retirar del seno e intentar de nuevo.
- Es importante que los labios permanezcan evertidos (boca de pescado).
- Permita al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto

- El amamantamiento nocturno aumenta la producción de leche<sup>27</sup>.

### **Conclusiones parciales del Capítulo I:**

Realizando una revisión acerca del tema, podemos concluir que: La lactancia materna es aún un problema en Cuba, y en otros países en vías de desarrollo y algunos desarrollados. Es de vital importancia el estudio del nivel de conocimiento, que tienen las mujeres en edad reproductiva y la población en general, pues, conociendo estos resultados se podrá disponer de información útil para lograr un proceso eficaz de lactancia materna, con la finalidad de mejorar el estado de salud del individuo durante toda su vida, por la repercusión que esto tiene en el futuro para el niño, la familia, y el país. Ya que contribuirá a reducir los gastos de salud y una mejor calidad de vida en la población.

# **CAPITULO II: FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

## **CAPITULO II: FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **Diseño metodológico:**

Se trata de una investigación no experimental, cuantitativa de corte transversal correlacional, observacional, descriptivo, por lo que nos limitamos a observar y definir a un grupo de mujeres en edad fértil seleccionadas mediante el registro de la ficha familiar del área de salud.

**Momento de aplicación:** Se realizó en el transcurso del 3 de enero al 23 de diciembre del 2014.

**Población y muestra:** La población está formada por las mujeres en edad fértil del consultorio N° 2, las cuales están comprendidas entre 15 y 49 años de edad. Se tomaron para el estudio 100 mujeres, de un total de 176 en esta categoría, porque los restantes no cumplían con los criterios indicados, además están fuera del área, cumpliendo misión y algunas adolescentes que no participaron, lo que representa el 56% del universo. Siguiendo los siguientes criterios de inclusión, exclusión y de salida.

**Los criterios de inclusión fueron:** Las mujeres en edad fértil que residan de forma permanente en el área de estudio, voluntariedad para participar, y gocen de plena capacidad física, mental.

**Los criterios de exclusión fueron:** Mujeres en edad fértil que se muden de la zona durante el estudio, y estén histerectomizadas.

**Los criterios de salida fueron:** Mujeres en edad fértil que durante el estudio salgan embarazadas y presenten complicaciones con su embarazo, y que quieran abandonar el estudio por diferentes razones.

### **Técnicas e instrumentos:**

#### **1.- Encuesta sobre la lactancia materna**

(Ver anexo 1). Confeccionada por la autora de la presente investigación, teniendo en cuenta en la misma las variables a estudiar y se integran cinco preguntas cerradas con respecto al conocimiento de la lactancia materna.

Las 5 preguntas se evaluaron con un total de 5 puntos.

Se consideró para la evaluación de los conocimientos de las mujeres en edad fértil las siguientes categorías:

Muy alto conocimiento: si responde las cinco preguntas completas con especificaciones, tiene 5 puntos.

Alto conocimiento: si responde las cuatro preguntas completas con especificaciones, tiene 4 puntos.

Moderado conocimiento: si responde de 2 a 3 preguntas completas con especificaciones, tiene 3 puntos.

Bajo conocimiento: si responden de 2 a 3 preguntas completas sin especificaciones, tiene 2 puntos.

Muy bajo conocimiento: si responde solo 1 pregunta completa correctamente con y/o sin especificaciones, tiene 1 punto.

En la encuesta realizada se exploran datos socios demográficos los cuales se organizaron de acuerdo a las características que se encontraron en la encuesta. De la siguiente manera:

Edad	15 - 19	
	20 – 24	
	25 – 29	
	30 – 34	
	35 – 39	
	40 – 44	
	45- 49	
Grado de escolaridad	Primaria	
	Secundaria	
	Pre universitario	
	Técnico medio	
	Universitario	
Estado civil	Solera	
	Casada	
	Unión consensual	
	Divorciada	
	Viuda	
Ocupación	Ama de casa	
	trabajadora	
	Estudiante	
	Profesional	

**2.-Prueba FF- SIL.** Elaborada por varios autores cubanos, validada para la población cubana y ampliamente utilizada, es una prueba que consiste en una escala Likert y que posibilita un diagnóstico del funcionamiento familiar. Teniendo en cuenta el análisis de categorías internas de la dinámica familiar. Dichas categorías quedan distribuidas de acuerdo con los ítems que las exploran de la forma siguiente:

1.- Cohesión: 1 y 8

2.- Armonía: 2 y 13

3.- Comunicación: 5 y 11

4.- Adaptabilidad: 6 y 10

5.- Afectividad: 4 y 14

6.- Rol: 3 y 9

7.- Permeabilidad: 7 y 12

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el cuadro:

Casi nunca	5
Pocas veces	4
A veces	3
Muchas veces	2
Casi siempre	1

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico del funcionamiento familiar según se observa en el cuadro:

	<b>Puntos</b>
Familia funcional	70 – 57
Familia moderadamente funcional	56 – 43
Familia disfuncional	42 – 28
Familia severamente funcional	27 – 14

### **Definición y operacionalización de las Variables utilizadas**

<b>Variables</b>	<b>Descripción</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de clasificación</b>	<b>Categorías</b>	<b>Indicador</b>
Edad de la mujer en edad fértil	Se expresa en años cumplidos	Cuantitativa	Continua	15 – 19	
				20 – 24	
				25 – 29	
				30 – 34	
				35 – 39	
				40 – 44	
				45 – 49	
Nivel de escolaridad	Grado escolar alcanzado	Cualitativa	Nominal Politómica	Primaria	
				Secundaria	
				Pre-universitario	
				Técnico medio	
				Universitario	
Estado civil	Condición conyugal	Cualitativa	Nominal Politómica	Casada	
				Soltera	
				Unión	

				consensual	
				Divorciada	
				Viuda	
Ocupación	Se referirá a su condición laboral actual	Cualitativa	Nominal Politómica	Ama de casa	
				Profesional	
				Estudiante	
				trabajadora	
Evaluación del funcionamiento familiar	A través de la prueba de la percepción de funcionamiento familiar	Cualitativa	Nominal Politómica	Funcional	70 - 57
				Moderadamente funcional	56 - 43
				Disfuncional	42 - 28
				Severamente disfuncional	27 - 14
Presencia de hijos	Descendiente de otra generación	Cuantitativa	Discreta	Si	
				No	
Tiempo de amamantamiento	Culminación de lactancia materna exclusiva	Cualitativa	Ordinal	Hasta los 3 meses	
				Hasta los 6 meses	
				Después de los 6 meses	
Conocimiento sobre la lactancia materna	Acción y resultado del saber sobre la lactancia materna	Cualitativa	Nominal	Muy alto conocimiento	5 (respuestas completas con especificaciones)
				Alto conocimiento	4 (respuestas con especificaciones)

					nes)
				Moderado conocimiento	3 (respuestas completas con especificaciones)
				Bajo conocimiento	2 (respuestas completas sin especificaciones)
				Muy bajo conocimiento	1 (respuesta completa con y/o sin especificaciones)
Fuentes de información sobre la lactancia materna	Sistema de comunicación	Cualitativa	Nominal	Familia	
				Medios de comunicación	
				Boletines, revistas y libros	
				Médico	
				Enfermera	
				Otro personal de salud	

## **Procedimiento**

El procedimiento general a seguir fue: Se escogió el consultorio del médico de la familia N° 2 ubicado en el edificio 680 de la zona 19 en Alamar, Municipio Habana del Este, Provincia La Habana perteneciente al área de salud del Policlínico Universitario Enrique Betancourt Neninger. Posteriormente se comenzó a actualizar las fichas familiares para conocer el universo de las mujeres en edad fértil con que contaba dicho consultorio. A partir de ahí se aplicaron los criterios de inclusión, exclusión y salida, obteniendo la muestra definitiva en este grupo de pacientes, a las cuales se le solicitó su consentimiento a participar en la investigación. (anexo3).

## **Aspectos éticos**

Para la realización de la investigación primeramente se expuso a las pacientes interesadas en participar, información general acerca del estudio (anexo 2), garantizando la confidencialidad de los datos, que se utilizaron solo con fines investigativos. Se aplicaron las técnicas para la recogida de la información en la propia casa de las mujeres en una visita que contó de aproximadamente 2 horas de duración. La recogida de la información se realizó en un encuentro en el cual se comenzó por una breve entrevista que permitió obtener los datos sociodemográficos, seguido de la aplicación de la prueba de percepción del funcionamiento familiar FF- SL, y encuesta sobre la lactancia materna. Todo esto estableciendo una buena relación médico-paciente y procurando la privacidad en el momento de la aplicación.

Se realizó una evaluación a través de la percepción del funcionamiento familiar al que pertenecen las mujeres en edad fértil, con mayor énfasis en la categoría de la comunicación y permeabilidad.

Los datos se analizaron de manera manual y con ayuda del programa Microsoft Excel 2013, se utilizaron métodos de estadística descriptiva como frecuencias absolutas y relativas, además del uso de otros métodos estadísticos como el ji-cuadrado a través del uso del programa Statgraphics\_Plus-5.1\_Pro\_Esp también se trabajó con el procesador de texto Microsoft Word 2013. Los resultados se expusieron mediante gráficos y tablas para facilitar la comprensión de los mismos.

# **CAPITULO III: ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.**

### CAPITULO III: TABLAS

#### Caracterización socio demográfica de la muestra

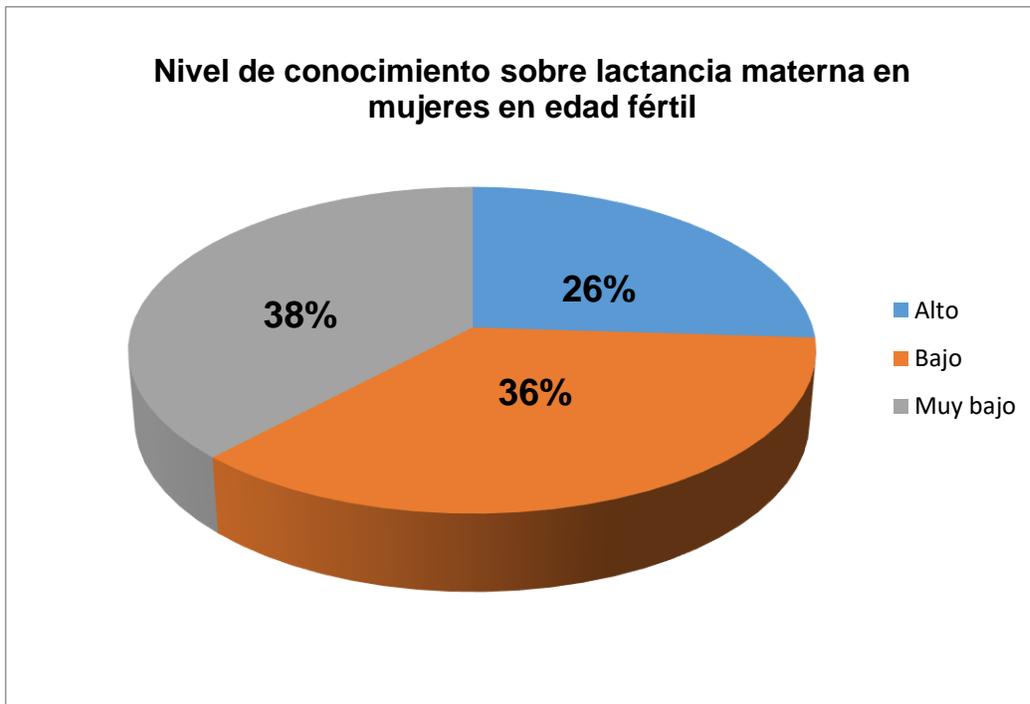
**Tabla No.1 Edad de la muestra estudiada.**

Grupos de edades	Femenino	
	No.	%
15 – 19	15	15
20 – 24	11	11
25 – 29	23	23
30 – 34	16	16
35 – 39	22	22
40 – 44	9	9
45 – 49	4	4
Total	100	100

Fuente: Entrevista

De las 100 mujeres en edad fértil seleccionadas, se observó un promedio de edad de 30 años, predominando el grupo de mujeres comprendidas entre los 25 y 29 años de edad, representadas por un 23%. Esto coincide con el estudio de la Dra. Janice Estrada Rodríguez, Camagüey 2010<sup>28</sup>. También se encontraron resultados diferentes como los de Mariana de Olivera Fonseca, puérperas internadas en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Triangulo Mineiro, en municipio de Uberaba, Minas Gerais Brasil 2008, donde obtuvo un predominio de puérperas mayores de 18 años de edad ( 89,6%) con una media de 25 años<sup>19</sup>.

**Gráfico No.1 Evaluación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna en mujeres en edad fértil.**



Fuente: Encuesta

Se observó que el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en la muestra estudiada es bajo en el 74%, siendo de muy bajo conocimiento el 38%, seguido de bajo conocimiento en un 36%. Estos estudios son similares en comparación con el de Carlos Rodríguez Delgado de Camagüey 2008<sup>29</sup>, donde hubo un predominio del nivel de conocimiento de regular a mal en más del 70% de las madres, que podría ser un equivalente a bajo conocimiento y muy bajo conocimiento, en el estudio realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer (HRAEM) del estado de Tabasco México, en mujeres puérperas, durante el periodo de julio-agosto de 2013<sup>30</sup>, obtuvieron un resultado con nivel de conocimiento de regular con 67,3% y en la Clínica Pablo Jaramillo de la Cuenca, Ecuador durante el año 2012 a 2013<sup>31</sup> al evaluar el nivel de conocimiento en madres adolescentes obtuvieron como resultado malo representado un 55%. Otro

estudio como de Mariana de Olivera Fonseca del, Minas Gerais Brasil 2008<sup>19</sup>, donde las mujeres puérperas recibían orientaciones municipio de Uberaba en la atención prenatal. Sin embargo no poseían los conocimientos correctos del amamantamiento materno. Como podemos apreciar en diversas investigaciones a nivel internacional existe un deficiente desconocimiento sobre la lactancia materna.

**Tabla No. 2 Nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil según grupo de edades.**

Grupos de edades	Conocimientos						Total	
	Alto		Bajo		Muy bajo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15 – 19	1	1	3	3	11	11	15	15
20 – 24	2	2	5	5	4	4	11	11
25 – 29	4	4	11	11	8	8	23	23
30 – 34	4	4	5	5	7	7	16	16
35 – 39	8	8	7	7	7	7	22	22
40 – 44	5	5	3	3	1	1	9	9
45 – 49	2	2	2	2	0	0	4	4
Total	26	26	36	36	38	38	100	100

Fuente: Encuesta

Ji-cuadrado	GL	P – valor
19,16	12	0,0847

La distribución de los grupos de edades según nivel de conocimiento, nos muestra que, el mayor nivel de conocimiento estuvo representado en los grupos de edades entre 35 y 39 años con un 8 %, y de 15 a 19 años de edad con muy bajo conocimiento de la lactancia materna con un 11 %, lo cual podría interpretarse como que a mayor edad, mayor nivel de conocimiento, aunque no hay significación estadística porque no guarda relación ambas variables ( $p= 0,0847$ ). Estos resultados no coinciden con el estudio realizado por Tatiana Escobedo Sevilla de Venezuela 2006<sup>32</sup>, pero si con el estudio realizado por Remigio R. Gorrita Pérez, de San José de las Lajas 2010<sup>33</sup>, quien obtuvo mejores resultados de conocimientos en mujeres mayores de 35 años. También encontramos en otras investigaciones de la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo, Cuenca, Ecuador en el periodo 2012 a 2013<sup>31</sup>, donde infieren que a mayor edad mejor el nivel de conocimiento, siendo el estudio en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años de edad de las cuales el 88% de esta última tienen mejor conocimiento de la lactancia materna. Lo cual nos indica que la edad es un factor importante para la adquisición del conocimiento.

**Tabla No. 3 Nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil y grado de escolaridad.**

Nivel de escolaridad	Conocimientos						Total	
	Alto		Bajo		Muy bajo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Secundaria	4	4	6	6	10	10	20	20
Pre-universitario	8	8	10	10	13	13	31	31
Técnico medio	6	6	15	15	13	13	34	34
Universitario	8	8	5	5	2	2	15	15
Total	26	26	36	36	38	38	100	100

Fuente: Entrevista

Ji – cuadrado	GL	P- valor
9,76	6	0,1352

En la tabla No. 3 observamos que existe un predominio de mujeres con bajo y muy bajo nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en las que tienen un nivel de escolaridad de técnico medio representado por un 28%, seguido por las de nivel secundario representado por un 16%. Del total de mujeres universitarias representadas por un 15%, se encontró que el mayor grupo de ellas tenía un nivel alto de conocimiento para un 8%. Se observó que a mayor nivel de escolaridad mayor nivel de conocimiento, aunque en nuestro trabajo no tuvo significación estadística ( $p= 0,1352$ ). Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Remigio R. Gorrita Pérez, de San José de las Lajas 2010<sup>33</sup> quien obtuvo mejores resultados de conocimientos en mujeres que cursaron el nivel universitario. Sin embargo en otra investigación realizada en la clínica Humanitaria Pablo Jaramillo, Cuenca, Ecuador en el periodo del 2012 a 2013<sup>31</sup>, indica que el nivel de educación no influye en el conocimiento acerca de la lactancia materna, esto a su vez abre la posibilidad de que existan otros factores que influyan en el nivel del conocimiento o que la información suministrada en instituciones educativas es deficiente o nula. El mismo refleja que un estudio realizado en Chile indica que el conocimiento de la lactancia materna se ven influenciadas por las madres, el apoyo de la familia, las creencias acerca de la lactancia y la posibilidad de acceder a los servicios de salud; más no el nivel de educación, puesto que puede ser una madre con nivel primario, pero conoce la forma adecuada de alimentar a su hijo.

**Tabla No. 4 Nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil y estado civil.**

Estado civil	Conocimientos						Total	
	Alto		Bajo		Muy bajo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Soltera	5	5	13	13	17	17	35	35
Casada	12	12	9	9	9	9	30	30
Unión consensual	7	7	11	11	8	8	26	26
Divorciada	2	2	3	3	4	4	9	9
Total	26	26	36	36	38	38	100	100

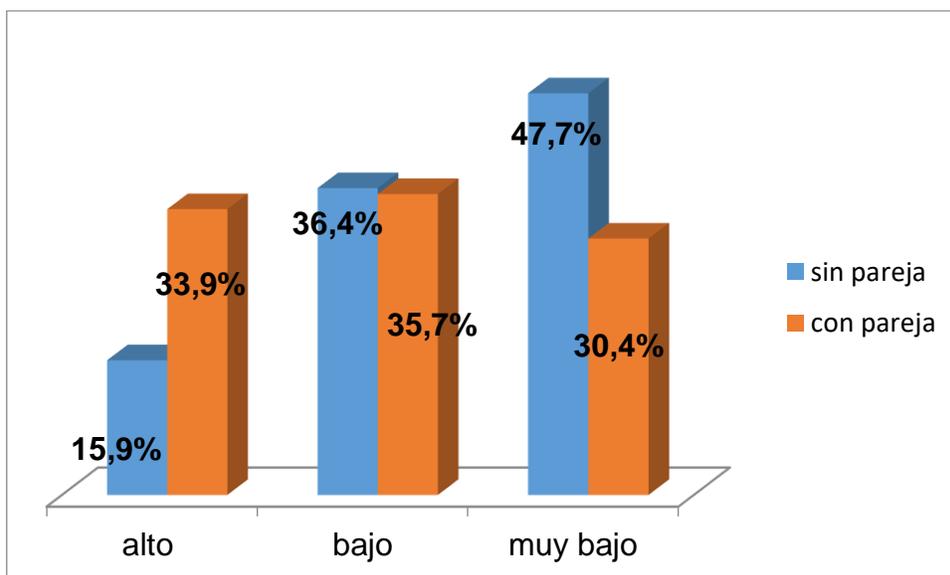
Fuente: Entrevista.

Ji – cuadrado	GL	P- valor
6,78	6	0,3421

Se observa que del total de mujeres en edad fértil, hay un predominio de mujeres solteras con 35%, de ellas con muy bajo conocimiento sobre la lactancia materna el 17%, seguido por las mujeres casadas con 30 %, de ellas con alto conocimiento sobre la lactancia materna un 12 %. Lo cual se interpreta que las mujeres casadas por tener la mayor responsabilidad en el hogar incrementa su nivel de conocimiento, pero no se corrobora con los resultados del análisis estadístico donde se observó que no hay una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. ( $p=0,3421$ ). En el (Grafico No. 2) se observa que la presencia de pareja cumple una función importante según razonamiento de la investigadora con resultado de alto conocimiento un 33,9% y sin presencia de pareja representado con muy bajo conocimiento un 47,7 %. Estos resultados coinciden con estudio

realizado por Remigio R. Gorrita Pérez, San José de las Lajas 2010<sup>33</sup>. Otro estudio como de Ana Paula Pessoa Maciel, Silézia María Franklin de Souza realizado en Centro de Salud de la Familia en Fortaleza-CE Brasil 2011<sup>34</sup>, obtuvo un predominio en la muestra de mujeres con unión consensual seguidas por casadas las cuales presentaron mayor conocimiento sobre lactancia exclusiva. Del mismo modo en la investigación realizada en la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo, Cuenca, Ecuador de 2012 a 2013<sup>31</sup>, consideraron que el estado civil también influye en el conocimiento de la lactancia materna, encontraron que el apoyo durante el proceso de lactancia es importante, debido a que las madres solteras no cuentan con la ayuda familiar, ni de su conviviente, a diferencia de las mujeres casadas y que cuentan con un ambiente estable, en el cual es factible desenvolverse adecuadamente, además de contar con el apoyo incondicional de su pareja, quienes ofrecen protección y seguridad.

**Gráfico No. 2 Nivel de conocimiento según presencia de pareja o no**



Fuente: Tabla No 4

**Tabla No. 5 Nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil y ocupación.**

Ocupación	Conocimientos						Total	
	Alto		Bajo		Muy bajo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ama de casa	8	8	12	12	16	16	36	36
Trabajadora	11	11	13	13	11	11	35	35
Estudiante	1	1	3	3	9	9	13	13
profesional	6	6	8	8	2	2	16	16
total	26	26	36	36	38	38	100	100

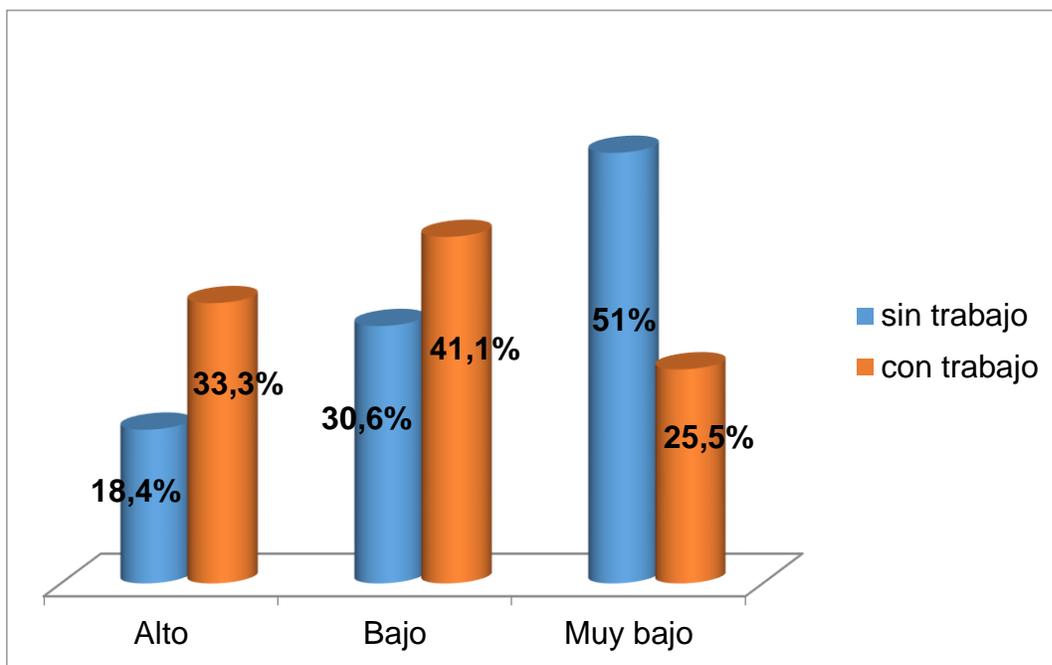
Fuente: Entrevista

Ji – cuadrado	GL	P – valor
11,51	6	0,0739

En la (tabla No. 5) se observó un predominio por las mujeres amas de casa con bajo y muy bajo conocimiento sobre la lactancia materna para un 28 %; encontramos que las mujeres trabajadoras son las más representadas con un alto nivel de conocimiento sobre lactancia materna para un 11 %. Llama la atención que las mujeres trabajadoras tienen alto conocimiento sobre la lactancia materna. Lo que podría interpretarse que a mayor interacción con el medio social y el desenvolvimiento individual donde trabajen tienen mayor posibilidad de adquirir este conocimiento. Como se observa en el (gráfico No. 3) las mujeres que trabajan tienen un alto conocimiento representado con 33,3%, y las que no trabajan tienen muy bajo conocimiento representado por 51 %. Lo cual no se corrobora con los

resultados del análisis estadístico donde no se observó una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. ( $p=0,0739$ ), con un nivel de confianza del 90%. En el estudio realizado por Tatiana Escobedo Sevilla en Venezuela 2006<sup>32</sup> también obtuvo resultados similares. Sin embargo en el estudio de Ana Paula Pessoa Maciel, Silézia María Franklin de Souza realizado en Centro de Salud de la Familia en Fortaleza-CE Brasil 2011<sup>34</sup>, predominó las trabajadoras, las mismas con mayor nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

**Gráfico No. 3 Nivel de conocimiento según vínculo laboral o no**



Fuente: Tabla No. 5

**Tabla No. 6 Nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil según hijos.**

Hijos	Conocimientos						Total	
	Alto		Bajo		Muy bajo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	22	22	31	31	21	21	74	74
No	4	4	5	5	17	17	26	26
Total	26	26	36	36	38	38	100	100

Fuente: Entrevista

Ji - cuadrado	GL	P – valor
11,20	2	0,0037

En nuestro estudio se observa (tabla No. 6) que el 74% de mujeres que tienen hijos tuvieron bajo y muy bajo nivel de conocimiento sobre la lactancia materna para un 52%, De las mujeres que no tienen hijos representadas por un 26%, predominó el grupo de muy bajo conocimiento con 17%. Sin embargo en nuestro estudio observamos que la presencia o ausencia de hijos sí significó un estímulo importante para tener un mayor nivel de conocimiento sobre la lactancia materna ya que del grupo de 26 mujeres con un nivel alto de conocimiento el 22% tenía hijos y solo el 4% no tenían hijos. Se corrobora con los resultados del análisis estadístico donde se observó una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. ( $p=0,0037$ ), con un nivel de confianza del 99%.

**Tabla No. 7 Nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil según el tiempo amamantamiento.**

Tiempo de amamantamiento	Conocimientos						Total	
	Alto		Bajo		Muy bajo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hasta los 3 meses	2	2,90	0	0,00	6	8,70	8	11,59
Hasta los 6 meses	8	11,59	9	13,04	5	7,25	22	31,88
Después de los 6 meses	10	14,49	20	28,99	9	13,04	39	56,52
Total	20	28,99	29	42,03	20	28,99	69	100

Fuente: Entrevista

Ji – cuadrado	GL	P – valor
11,38	4	0,0226

Se observó que del total de mujeres el 56,52 % llegó a amamantar hasta después de los seis meses, de ellas con predominio de bajo conocimiento sobre la lactancia materna representaron un total de 42,03%, seguido por mujeres que amamantaron hasta los seis meses con 31%, con predominio de bajo conocimiento sobre la lactancia materna con un total de 20,29%, y por último la mujeres que amamantaron hasta los 3 meses con 11, 59%, de los cuales un 8,70% con muy bajo conocimiento. Sin embargo más de la mitad de las mujeres en edad fértil de la muestra estudiada logro amamantar hasta después de los seis meses sin tener el conocimiento adecuado sobre la lactancia materna, en su mayoría la lactancia fue mixta. Esto se corrobora con los resultados del análisis

estadístico que existe relación entre las variables ( $p=0,0226$ ), con un nivel de confianza del 95%. En el estudio realizado por Ana Paula Pessoa Maciel, Silézia María Franklin de Souza en el centro de salud de la familia en Fortaleza-CE Brasil 2011<sup>34</sup>, ocurre lo contrario que las madres obtuvieron mayor conocimiento sobre amamantamiento materno hasta los seis meses.

**Tabla No. 8 Nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil según la fuente de información.**

Fuentes de Información	Conocimientos						Total	
	Alto		Bajo		Muy bajo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Familia	3	3	8	8	8	8	19	19
Medios de comunicación	9	9	14	14	16	16	39	39
Boletines, revistas y libros	5	5	1	1	3	3	9	9
Médico	7	7	11	11	7	7	25	25
Enfermera	1	1	1	1	1	1	3	3
Otro personal de salud	1	1	1	1	1	1	5	5
Total	26	26	36	36	38	38	100	100

Fuente: Entrevista

Ji – cuadrado	GL	P – valor
8,18	10	0,6116

Al realizar este análisis se observó que las mujeres en edad fértil tienen acceso a la información sobre la lactancia materna, en primer lugar por los medios de comunicación que representaron un total de 39 %, en segundo lugar el médico para un 25% y en tercer lugar la familia con 19%.

Podemos ver que los medios de comunicación jugaron un papel importante en la promoción de lactancia materna ya que las mujeres con un nivel alto de conocimiento sobre la lactancia materna refirieron haber obtenido por los medios de comunicación coincidiendo con los resultados del estudio.

Esto no se corrobora con los resultados del análisis estadístico, no existe relación entre las variables ( $p=0,6116$ ). Estos resultados no coinciden con el estudio realizado por Tatiana Escobedo Sevilla en Venezuela 2006<sup>32</sup>. En el estudio realizado por Mariana de Oliveira Fonseca desarrollado en unidades de salud de la familia del municipio de Uberaba - SP Brasil 2008 donde las mujeres recibieron orientación sobre la lactancia materna durante su atención prenatal por parte del personal de salud, a pesar de ello las mismas no poseían los conocimientos suficientes. En tal sentido la concientización y capacitación de profesionales de salud en relación al amamantamiento materno son esenciales para ampliar el conocimiento de estas mujeres en relación al tema y promover el aumento de sus índices<sup>19</sup>. A diferencia de la investigación realizada en Ecuador del 2012 a 2013, la principal fuente de información fueron los servicios de salud con 56%, los amigos con 25%, la familia con un 13% y un 6% la pareja, por lo cual se hace evidente que el papel de los servicios de salud es importante durante el proceso de la lactancia materna<sup>31</sup>. A pesar de no encontrar mujeres en edad fértil con nivel alto de conocimiento sobre lactancia materna en la investigación, por lo tanto hace falta mejorar la comunicación entre el personal médico y las mujeres, realizar campañas de concientización, y trabajar en el entorno familiar y social, puesto que juega un rol importante en la vida futura de una madre y la de sus hijos.

**Tabla No. 9 Nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil según la funcionalidad de la familia.**

Percepción del funcionamiento familiar	Conocimientos						Total	
	Alto		Bajo		Muy bajo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Familia funcional	19	19	9	9	12	12	40	40
Familia moderadamente funcional	7	7	27	27	29	29	60	60
Total	26	26	36	36	38	38	100	100

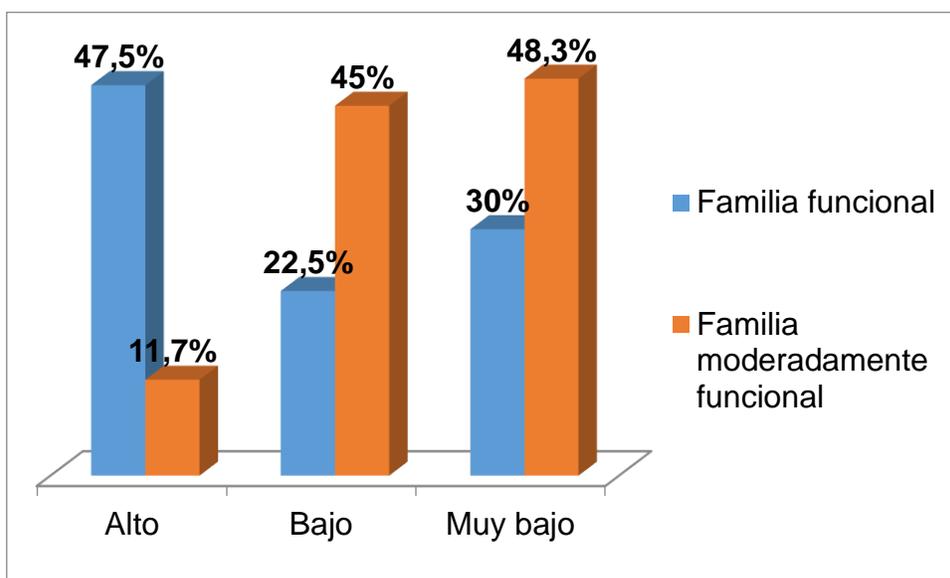
Fuente: Diagnóstico de funcionalidad familiar FF-SIL

Ji - cuadrado	GL	P – valor
16,35	2	0,0003

Se observa en la (tabla No. 10) del total de mujeres en edad fértil el 60% provienen de familia moderadamente funcional donde predominó el nivel de conocimiento muy bajo representando un total de 56 %, y un 40% de mujeres provienen de familia funcional de las cuales predomina el nivel alto de conocimiento con 19%, es decir la mitad de la mujeres. Es de destacar que no se observó ninguna familia disfuncional o severamente disfuncional. Para mejor síntesis se observa en el (gráfico No. 5) las mujeres que proceden de familias

funcionales tiene un nivel del alto conocimiento sobre lactancia materna representando un 47,5%, y las mujeres que proceden de familias moderadamente funcional tienen muy bajo conocimiento de lactancia materna representado por 48,3%. La familia como célula fundamental de la sociedad, tiene tres grandes funciones: biosocial, económica y educativo-cultural. En el papel educativo es inherente a la vida en familia en el ejercicio de todas sus actividades y tareas cotidianas, aunque por lo general, no se hacen con ese fin específico<sup>6</sup>. Lo cual se corrobora con los resultados del análisis estadístico al existir la relación entre ambas variables ( $p=0,0003$ ), con un nivel de confianza del 99%.

**Gráfico No. 5 Nivel de conocimiento según funcionabilidad familiar**



Fuente: Tabla No. 10

## **Análisis integrado**

Realizando una integración de los resultados obtenidos en el estudio se puede decir que la investigación arrojó un predominio de mujeres en edad fértil del grupo de edades de 25 a 29 años, con promedio de edad de 30 años, de ellas con alto nivel de conocimiento sobre lactancia materna de 35 a 39 años. El estado conyugal que predominó fue de soltera seguida por casada y de manera general las mujeres con pareja obtuvieron un nivel alto de conocimiento sobre la lactancia materna. La escolaridad que predominó fue técnico medio, seguido por pre-universitario y en el universitario es donde más se observó el nivel alto de conocimiento sobre lactancia materna. La ocupación que predominó fue de amas de casa seguida por trabajadoras donde se observó el más alto nivel de conocimiento sobre lactancia materna. De las variables socio demográficas estudiadas ninguno mostró asociación estadística significativa con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna.

La evaluación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna en la muestra estudiada mostró un predominio de muy bajo conocimiento sobre la lactancia materna. En relación a las mujeres que tenían hijos predominó el nivel de bajo conocimiento, con un tiempo de amamantamiento; destacando después de los seis meses el mismo con bajo nivel de conocimiento. De tal manera que la variable hijos y tiempo de amamantamiento mostró una asociación estadística con el nivel de conocimiento.

Al evaluar la percepción de la funcionabilidad familiar se constató en la muestra estudiada, que las mujeres provenientes de familias funcionales tuvieron mayor nivel de conocimiento sobre lactancia materna, el mismo mostró una asociación estadística.

Relacionado con las fuentes de información del conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna se observó un predominio por los medios de comunicación, no guardando relación estadística alguna.

## CONCLUSIONES

- 1.- La muestra estudiada se caracterizó por tener un predominio de mujeres con edad entre 25 a 29 años, solteras, nivel de escolaridad de técnico medio y amas de casa.
- 2.- En la evaluación de la percepción de la funcionabilidad familiar prevalecieron las mujeres procedentes de familias moderadamente funcionales teniendo relación estadística con el conocimiento sobre lactancia materna.
- 3.- El nivel de conocimiento predominante en las mujeres estudiadas fue de muy bajo conocimiento. Encontrándose una relación significativa estadísticamente entre esta variable y el tiempo de amamantamiento, la percepción del funcionamiento familiar y tenencia o no de hijos. Sin embargo con las variables edad, estado civil, nivel de escolaridad, y ocupación no hay relación estadísticamente significativa
- 4.- Las mujeres adquirieron frecuentemente el conocimiento sobre la lactancia materna mediante los medios de comunicación y los médicos.

## RECOMENDACIONES

- Promover la realización de actividades que incrementen los conocimientos sobre la lactancia materna y sus beneficios.
- Instaurar un programa educativo sobre la lactancia materna en la comunidad.
- Insistir en el cumplimiento del esquema de ablactación establecido por edades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Viñas VA; Madrideojos MR. Lactancia materna. En: Brasi MJ; FloriBrú JM de la. Pediatría en atención primaria. Barcelona, España: Elsevier; 2013: 238-95.

2.- Vega PT de la, Pérez MVT, Bezos ML. La lactancia materna y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas. Rev. Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2010 Sep. [Citado 28 Mar 2014]; 26(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252010000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300005&lng=es)

3.- Guerra DE, Martínez GME, Arias OY, La OCE, Morales BI. Lactancia natural. Multimed [Internet] 2011 Jul-Sep.; [citado 15 Nov 2013] 15 (3). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2011/v15-3/13.html>

4.- Organización Mundial de la Salud. Protección de la lactancia materna en el Perú. [Internet].En: Ginebra: OMS; c2015 [citado 19 Mayo 2015]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: [http://www.who.int/features/2013/peru\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/)

5.- Juventud Rebelde [Internet]. La Habana: Juventud Rebelde; 2015 [act. 16 Abr 2010; citado 30 May. 2014]. Destacan beneficios de lactancia materna en congreso cubano; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2010-04-16/destacan-beneficios-de-lactancia-materna-en-congreso-cubano/>

6.- Lemus LER, Báez MJM. Lactancia Materna. En: Colectivo de Autores; Rev. Álvarez SR. Medicina General Integral. Salud y Medicina. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008: 184-94.

7.- Aliño SM, Céspedes BO. Lactancia materna [Internet] [act 30 May; citado 30 mayo 2014]. Disponible en:

<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0pediatra--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1l--11-1l-50---20-help---00-0-1-00-0-0-11-1-00-00&a=d&cl=CL1&d=HASH244a6bdae20d3d226c1634.15>

8.- Colectivo de Autores. Guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta los 2 años de edad. Documento Técnico para los Equipos de salud. [Internet]. La Habana: INHA, 2012. [Citado 15 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.inha.sld.cu>.

9.- OPS. [Internet]. Washington: OPS; 2015 [citado 30 May 2014]. Semana Mundial de Lactancia Materna 2013; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8846:semana-mundial-de-lactancia-materna-2013&catid=2368:fchch-nutrition-world-breastfeeding-week-wbw-&Itemid=40015&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8846:semana-mundial-de-lactancia-materna-2013&catid=2368:fchch-nutrition-world-breastfeeding-week-wbw-&Itemid=40015&lang=es)

10.- Perú. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Lactarios institucionales. Boletín Infofamilias [Internet]. 2013[citado 30 May 2015]: [aprox. 11 p.]. Disponible en: [http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/Boletin\\_infofamilia\\_2013.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/Boletin_infofamilia_2013.pdf)

11.- Derechos Humanos en Cuba. La Niñez y la Adolescencia. Decreto ley de la maternidad de las trabajadoras. República de Cuba. Ley N° 234/2003.

12.- Organización Mundial de la Salud. Protección de la lactancia materna en el Perú. [Internet]. En: Ginebra: OMS; c2015 [citado 19 May 2015]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: [http://www.who.int/features/2013/peru\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/)

13.- Koletzko B. Lípidos de la leche materna, desarrollo cerebral y otros resultados para la salud. [Internet]. En: 9º Simposio Internacional de Lactancia Materna 4 - 5 de abril de 2014; Madrid, España: 2014. Disponible en: [http://www.medela.com/IW/dms/global/breastfeeding/for\\_professionals/symposium/pdf/conference2014/spanish-documents/Koletzko-Abstract-2014\\_es](http://www.medela.com/IW/dms/global/breastfeeding/for_professionals/symposium/pdf/conference2014/spanish-documents/Koletzko-Abstract-2014_es)

14.- Rebolledo CA. La lactancia materna mejora el desarrollo cerebral en los bebés. Neuroimagen [Internet]. 2013 Nov [citado 19 mayo 2015]; 82: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.elquintopoder.cl/ciencia/la-lactancia-materna-mejora-el-desarrollo-cerebral-en-los-bebes/es>

15.- EuropaPress. [Internet]. Europa: Europa Press; c2015 [Act 18 Mar 2014; citado 19 May 2015]. Impulsamos. La lactancia materna es más eficiente entre el primer y el tercer mes de vida del bebé. Disponible en: <http://www.europapress.es/impulsamos/vida-saludable/noticia-lactancia-materna-mas-eficiente-primer-tercer-mes-vida-bebe-20140318165709.html>

16.- UNICEF [Internet]. Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. Ginebra: UNICEF; 2015 [citado 30 May 2014];

[aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.unicef.com.co/situacion-de-la-infancia/salud-y-supervivencia-en-los-ninos-y-ninas-menores-de-5-anos/>

17.- Pérez ER. ¿Se puede prevenir la obesidad con lactancia materna? [Internet]. En: 9º Simposio Internacional de Lactancia Materna 4 - 5 de abril de 2014; Madrid, España: 2014. Disponible en: [http://www.medela.com/IW/dms/global/breastfeeding/for\\_professionals/symposium/pdf/conference2014/spanish-documents/Perez-Abstract-2014\\_ESPérez-Escamilla](http://www.medela.com/IW/dms/global/breastfeeding/for_professionals/symposium/pdf/conference2014/spanish-documents/Perez-Abstract-2014_ESPérez-Escamilla)

18.- Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet]. México: IMSS; c2015 [citado 19 May 2015]. Prevención de obesidad, otro beneficio de lactancia materna: IMSS; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201302/019>

19. - De Oliveira Fonseca M, Miranda Parreira BD, Coelho Machado D, Marinho Machado AR. Aleitamento materno: conhecimento de mães admitidas no alojamento conjunto de um hospital universitário. CiencCuidSaude 2011; 10(1):1 [aprox. 30p]. Disponible en: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11009/pdf>

20.- Alarcón D. X, González C. AM, Salgado L. A. Lactancia materna, un asunto de familia. Universidad Austral de Chile 2004. [Internet]. [Citado 26 de Jun 2015]. [aprox. 27 pantallas]. Disponible en: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202004/Lactancia\\_materna.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202004/Lactancia_materna.pdf)

21.- Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez-Gordillo LA. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. rev.fac.med. [Internet]. 2015 Apr. [Citado 2015, julio 29]; 63(2): 217-227. [aprox. 22 pantallas] Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012000112015000200006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012000112015000200006&lng=en).<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>.

22.- Pérez C. Composición de la lactancia materna. Algunos derechos reservados. Natura Peques [Internet]. [s.l]: Naturvida; c2008-2014 [citado 29 Mar 2014]. Composición nutricional de la leche materna; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.naturpeques.net/composicion-nutricional-leche-materna>

23.- Licata, M. La leche materna y sus propiedades nutricionales. Nutrición. [Internet] [Citado 29 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.zonadiet.com/nutricion/composicionlechematerna.htm>

24.- Martínez GE. Nutrición. Ventajas de lactancia materna. [Citado el 29 de marzo 2014]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/ventajas-lactancia-materna.s.html>

25.- Santisteban AS. Orientaciones para el incremento de la Lactancia Materna. Colectivo de Autores. En Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2012: 53- 62.

26.- La lactancia materna podría reducir riesgo de leucemia infantil, según un estudio. MedlinePlus. [Internet]. [Citado 2 de junio del 2015]. [3 pantallas].

Disponible

en:

[http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory\\_152882.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_152882.html).

27.- Vásquez Delgado RP. Conocimientos, actitudes y prácticas en la lactancia materna de las madres que acuden al centro de San Luis 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú. [Internet]. [act. 2012]. [Citado 26 de Jun 2015]. [aprox. 98 pantallas]. Disponible en:

[http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2477/1/Vasquez\\_Delgado\\_Rocio\\_del\\_Pilar\\_2012.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2477/1/Vasquez_Delgado_Rocio_del_Pilar_2012.pdf)

28.- Estrada RJ, Amargós RJ, Reyes DB, Guevara BA. Intervención educativa sobre lactancia materna. AMC [Internet]. 2010 Abr [citado 28 Mar 2014]; 14(2): Disponible

en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552010000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000200009&lng=es).

29.- Rodríguez DCR, Prieto HME, Payan MM, Quesada MMM. Intervención educativa sobre lactancia materna. AMC [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 28 Mar 2014]; 14(3): Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552010000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000300005&lng=es).

30.- Gerónimo Carrillo r, Magaña Castillo M, Zetina Hernández E, Herrera Castillo Y, Contreras Palomeque J. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. Salud en Tabasco México. Vol. 20, número 1, enero a abril 2014. [Internet]. [Citado 26 de Jun 2015]. [aprox. 7 pantallas]. Disponible en:

[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=102573&id\\_seccion=264&id\\_ejemplar=9973&id\\_revista=46](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=102573&id_seccion=264&id_ejemplar=9973&id_revista=46).

31.- Guerrero C. JL, Vera JE. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes. Universidad de Azuay, Ecuador octubre 2013. [Internet]. [Citado 26 Jun 2015]. [aprox. 59 pantallas]. Disponible en: [http://rraae.org.ec/Record/0010\\_b1776e5f84271b96c3186332e54a4d0b](http://rraae.org.ec/Record/0010_b1776e5f84271b96c3186332e54a4d0b)

32.- Sevilla ET, Fernández Z. M, García GM, Cedeño EMC, Montoya FR. Lactancia materna, sus conocimientos en dos consultorios de barrio adentro. Venezuela. 2006. Multimed [Internet] 2010; [citado 13 Nov 2013]; 14(4). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2010/v14-4/2.html>.

33.- Gorrita PRR, Brito LD. Deseos, aptitudes y conocimientos de las gestantes sobre lactancia materna: algunos factores asociados. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet] 2011 [citado 28 Mar 2014]; 17 (2). Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol17\\_2\\_11/hab06211.html](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol17_2_11/hab06211.html).

34. - Pessoa Maciel AP, Soares Gondim AP, Vieira da Silva AM, Colares Barros F, de Lima Barbosa G, Conceição de Albuquerque K, et al. Conhecimento de gestantes e lactantes sobre aleitamento materno exclusivo. 2012. RevBrasPromocSaude, Fortaleza, 26(3):22 p.[Internet]. [Citado 28 Mar 2015]. Disponible en: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2926/pdf>

# **ANEXOS**

## Anexo 1

### Encuesta sobre lactancia materna.

Municipio Habana del Este

Policlínico Enrique Betancourt Neninger

CMF: 2

En esta área de salud se realiza una investigación médica, sobre los conocimientos que tienen las mujeres en edad fértil de lactancia materna. Por la cual necesitamos su colaboración, y solicitamos responda las preguntas con toda sinceridad, serán tratadas de forma anónima.

Edad:

Grado de escolaridad: Primaria ( ) preuniversitario ( ) universitario ( )

Secundaria ( ) técnico medio ( )

Ocupación: Ama de casa ( ) estudiante ( )

Trabajadora ( ) profesional ( )

Estado civil: Soltera ( ) conviviente ( ) viuda ( )

Casada ( ) divorciada ( )

Tiene hijos: si ( ) no ( )

Por cuanto tiempo amamanto: Hasta los 3 meses ( )

Hasta los 6 meses ( )

Después de los 6 meses ( )

¿Por qué no?

1.- ¿Para usted la lactancia materna es importante en las primeras etapas de la vida?

Si ( ) no ( ). ¿Por qué?

2.- ¿Conoce que la lactancia materna brinda beneficios para la madre?

Si ( ) no ( ). Cuales?

3.- ¿Conoce que la lactancia materna brinda beneficios para él bebe?

Si ( ) no ( ). Cuáles?

4.- ¿Conoce las técnicas de la lactancia materna?

5.- si responde las anteriores preguntas indique a través de qué forma adquirió esos conocimientos sobre lactancia materna:

- familiares ( )
- medios de comunicación ( )
- Boletines, revistas y libros ( )
- Médico ( )
- Enfermera ( )
- Otro personal de la salud ( )

## RESPUESTAS DE LA ENCUESTA

¿Por qué no?

Tiene poca leche (hipogalactia)

Su bebe no se llena con la leche de pecho (uso inadecuado de técnicas de lactancia materna)

Enfermedad materna por virus de inmunodeficiencia humana

Virus de leucemia humana I y II

Madres dependientes de drogas

Uso de isotopos radiactivos mientras exista radioactividad en la leche materna

Algunos fármacos como los quimioterapicos o anti metabolitos hasta que estos se eliminen de la leche

La galactosemia clásica del lactante (déficit de galactosa-1-uridil transferasa)

1.- ¿Por qué?

Transmite anticuerpos y factores inmunológicos

Alcanza un coeficiente intelectual óptimo

Alcanza un crecimiento y desarrollo adecuado

Previene las enfermedades respiratorias y gastrointestinales

Contiene todos los nutrientes (proteínas, minerales, vitaminas, carbohidratos, grasas, agua) que requiere el bebe

2.- ¿Cuáles?

Menor hemorragia y anemia post parto

Mejor auto-estima

Menor depresión post parto

Menor trabajo (ya está lista)

Reduce riesgo de cáncer de mama, de cáncer de ovario, de cáncer de útero

Menos osteoporosis

Reduce la diabetes tipo 2

Más rápida recuperación del peso pre embarazo.

3.- ¿Cuáles?

Mejor nutrición, apego, desarrollo cognitivo,

Mejor respuesta a vacunas,

Menor abandono y maltrato infantil,

Menos infecciones, alergias,

Menor muerte súbita,

Promueve el desarrollo gastro-intestinal,

Menos reflujo gastro –esofágico, enteritis necrotizante, y problemas digestivos,

Menos retinopatía del prematuro,

Menos caries y mal oclusión dental,

Menos dermatitis del pañal,

Mejor formación ósea y función pulmonar

A largo plazo disminuye riesgo de:

Cáncer infantil

Leucemias infantiles

Menor probabilidad de adicciones

Hipercolesterolemia

Diabetes tipo I

Obesidad

Hipertensión arterial

Asma infantil.

#### 4.- Técnicas de lactancia materna

El inicio precoz favorece la producción de leche. La primera toma se ha de iniciar lo antes posible después del parto.

Se recomienda ofrecer el pecho cuando el bebé lo pida y no fijar un horario estricto. El número de tomas varía en virtud de las necesidades de cada niño y según la producción de leche de cada madre. Unos lactantes precisan 20 min para vaciar bien el pecho mientras que otros lo consiguen en apenas 5. Se recomienda dar el primer pecho hasta un máximo de 20 min, antes de ofrecer el otro. La leche varía a lo largo de una misma toma. La segunda se retira del pecho cuando ya ha recibido leche suficiente.

Una lactancia a demanda es más fisiológica y permite cubrir las necesidades que requiere cada lactante.

Es importante que se vacíe bien el primer pecho, antes de ofrecer el otro, para recibir suficiente cantidad de la segunda leche. Si se limita la toma a un horario rígido de 10 min puede ocurrir que no reciba suficiente leche rica en grasas.

Es aconsejable ofrecer los dos pechos en cada toma pero si el bebé se queda satisfecho con un solo pecho y no quiere el otro, ya se le ofrecerá este en la siguiente toma.

La posición del bebé al pecho es fundamental. Debe colocarse «vientre contra vientre» para evitar que el bebé tenga que girar la cabeza.

Es necesario que dentro de la boca del bebé penetren todo el pezón y la mayor parte posible de la aréola mamaria.

Si el niño solo succiona la punta del pezón debe ser separado y vuelto a colocar correctamente. Para separar al lactante del pecho se introduce el dedo meñique en el ángulo de la boca, entre las encías.

No se ha de sujetar el pecho con la mano haciendo pinza entre los dedos; basta con sujetarlo solo por la parte inferior.

Hay distintas posturas para dar el pecho: acostada, sentada clásica y sentada invertida. Es preferible ir alternándolas en las distintas tomas para evitar que quede siempre comprimida la misma zona del pecho y así asegurar el vaciado completo de toda la glándula mamaria

## Anexo 2

### Prueba de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1 Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2 En mi casa predomina la armonía.					
3 En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5 Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6 Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7 Tomamos en consideración de experiencias de otras familias, ante situaciones difíciles.					
8 Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9 Se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10 Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11 Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12 Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14 Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

### Anexo 3

#### Modelo de consentimiento informado

Título de investigación: \_\_\_\_\_

Información del paciente:

Deseamos contar con su apoyo y contribución con la tesis de culminación de residencia de la Dra.: \_\_\_\_\_.

El mismo consiste en evaluar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en las mujeres en edad reproductiva pertenecientes al consultorio médico 2 para así determinar cómo se comporta esta, en las mujeres en edad fértil y como se puede mejorar. Para ello se realizará la entrevista estructurada para obtener los datos sociodemográficos, una encuesta y aplicación de la prueba de percepción del funcionamiento familiar FF- SL, de las pacientes. En este se protegerá la integridad de las pacientes los cuales no se expondrán a riesgos psíquicos, legales o sociales.

De no estar de acuerdo con la participación en nuestro trabajo usted puede retirarse del mismo cuando lo desee sin que afecte su atención desde el punto de vista ético ni profesional.

Gracias por su colaboración y confianza.

Yo \_\_\_\_\_, he leído la información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas sobre el estudio y comprendo que mi participación es voluntaria y a través de la misma puedo contribuir con el buen desarrollo del estudio, y mi integridad será beneficiada y puedo retirarme del mismo cuando lo desee sin tener que dar explicaciones y sin que esto interfiera con mis cuidados médicos.

Doy libremente con mi conformidad participar en este ensayo.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del participante \_\_\_\_\_



