

# **PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**



## **FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



### **POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PROTOCOLO DE DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

#### **TEMA:**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL CONOCIMIENTO,  
PARTICIPACIÓN Y ACTITUD QUE TIENE EL PADRE SOBRE LA LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA, EN LOS CENTROS DE SALUD TIPO C DEL CARMEN Y  
PUERTO QUITO, EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2018 A MARZO 2019.**

#### **AUTORES:**

**DRA. ÁNGELA ALVARADO ROMÁN**

**DRA. ANA ZAMBRANO ASCENCIO**

**DIRECTOR: DRA. BETZABÉ TELLO**

#### **DIRECTOR METODOLÓGICO:**

**DR. JUAN JOSÉ IGLESIAS**

**Quito 2019**



**TITULO DE TESIS: “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL  
CONOCIMIENTO, PARTICIPACIÓN Y ACTITUD QUE TIENE EL PADRE  
SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, EN LOS CENTROS DE SALUD  
TIPO C DEL CARMEN Y PUERTO QUITO, EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2018  
A MARZO 2019.**

---

La información contenida en esta tesis, puede ser utilizada citando la fuente y autores. Todos los derechos reservados. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Instituto Superior de Postgrado. Santo Domingo, Septiembre, 2019

# **DEDICATORIA**

La presente tesis la dedicamos a Dios nuestro padre celestial, a nuestras maravillosas familias quienes son nuestro mejor apoyo, quienes están presente en cada etapa de nuestras vidas con amor, paciencia, consejos para ser mejores personas .

Las autoras

## **AGRADECIMIENTO**

A los Centro de Salud de Puerto Quito, El Carmen y a las familias que acuden al control del niño sano por las facilidades prestadas para la ejecución del estudio. A nuestros maestros los doctores Betzabé Tello y Juan José Iglesias Fernández, por su asesoría en la planificación y conducción del estudio y así permitir que logremos nuestros objetivos.

Las autoras

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE DE TABLAS .....	10
RESUMEN.....	11
CAPÍTULO 1.....	13
1.1 INTRODUCCIÓN.....	13
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	16
1.3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.4 OBJETIVOS.....	18
1.4.1 OBJETIVO GENERAL .....	18
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
1.5 HIPÓTESIS .....	18
CAPÍTULO 2.....	19
MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 LACTANCIA MATERNA .....	19
2.2 HISTORIA.....	19
2.2.1 I PARTE: LA PREHISTORIA AL CRISTIANISMO.....	19

2.2.2	II PARTE DEL SIGLO I AL SIGLO XVII .....	20
2.2.3	III PARTE DEL SIGLO XVIII A LA ACTUALIDAD .....	22
2.3	ANATOMÍA .....	22
2.3.1	VASCULARIZACIÓN.....	23
2.3.2	INERVACIÓN .....	24
2.4	HISTOLOGÍA.....	24
2.4.1	DESARROLLO .....	25
2.5	FISIOLOGÍA.....	26
2.5.1	LACTOGÉNESIS:.....	26
2.5.2	INICIACIÓN SECRETORA:.....	26
2.5.3	ACTIVACIÓN SECRETORA:.....	26
2.5.4	MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA:.....	26
2.6	COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA .....	27
2.6.1	ETAPAS DE LA LECHE HUMANA .....	27
2.7	BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.....	29
2.7.1	PARA LA MADRE: .....	29
2.7.2	PARA EL NIÑO: .....	29
2.7.3	PARA LA FAMILIA: .....	30
2.7.4	PARA EL PAÍS:.....	30
2.8	ROL DEL PADRE Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	30

2.8.1	FUNCIONALIDAD FAMILIAR .....	31
2.8.2	EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR .....	31
2.8.3	EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN PADRE- HIJO .....	32
2.9	CONOCIMIENTO, PARTICIPACIÓN Y APTITUD DEL PADRE EN LA LACTANCIA MATERNA.....	32
	CAPÍTULO 3.....	37
3.1	METODOLOGÍA.....	37
3.2	MATRIZ DE LAS VARIABLES.....	37
3.2.1	VARIABLES INDEPENDIENTES:.....	37
3.2.2	VARIABLES MODERADORAS: .....	38
3.2.3	Variable interviniente:.....	38
3.2.4	VARIABLE DEPENDIENTE: .....	38
3.2.5	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	39
3.3	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	43
3.3.1	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	43
3.3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	43
3.3.3	DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA:.....	44
3.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN. ....	45
3.4.1	Criterios de inclusión: .....	45
3.4.2	Criterios de exclusión:.....	46

3.5	TIPO DE ESTUDIO.....	46
3.5.1	MÉTODO DESCRIPTIVO.....	46
3.5.2	MÉTODO ANALÍTICO.....	46
3.6	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	47
3.7	PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN .....	47
3.8	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	48
3.8.1	TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS .....	48
3.9	ASPECTOS BIOÉTICOS .....	49
3.10	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	49
3.10.1	RECURSOS NECESARIOS:.....	49
3.10.2	PRESUPUESTO.....	50
	CAPITULO 4.....	52
	RESULTADOS.....	52
4.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS. ....	52
4.1.1	CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL PADRE EN LA LACTANCIA MATERNA.....	53
4.1.2	DIMENSIONES DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN OLSON MEDIANTE FACES III EN PADRES CON CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN EN LACTANCIA MATERNA.....	54

4.1.3	FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PADRES SU CONOCIMIENTO, PARTICIPACIÓN Y ACTITUD EN LACTANCIA MATERNA. ....	55
4.2	ASOCIACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL PADRE EN LA LACTANCIA MATERNA CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR. ....	55
4.2.1	ASOCIACIÓN DEL TIPO DE FAMILIA SEGÚN LA COHESIÓN VS CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL PADRE DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.....	56
4.2.2	ASOCIACIÓN DEL TIPO DE FAMILIA SEGÚN LA ADAPTABILIDAD VS CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL PADRE DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.....	57
4.2.3	ASOCIACIÓN DEL CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD.....	58
4.2.4	ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD VS TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD. ....	59
	CAPITULO 5.....	60
	DISCUSIÓN .....	60
	CAPITULO 6.....	63
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	63
	CONCLUSIONES .....	63
	RECOMENDACIONES .....	64

BIBLIOGRAFÍA.....	66
APÉNDICE .....	72

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características Sociodemográficas de los padres con hijos lactantes investigados ...	52
Tabla 2 Conocimiento, actitud y participación del padre sobre la Lactancia Materna. ....	53
Tabla 3 Dimensiones de la Funcionalidad Familiar según OLSON mediante Faces III en padres que tienen conocimiento en Lactancia Materna. ....	54
Tabla 4 Funcionalidad Familiar en padres con conocimiento, participación y actitud en Lactancia Materna. ....	55
Tabla 5 Comprobación de hipótesis 1. ....	55
Tabla 6 Comprobación hipótesis 2. ....	56
Tabla 7 Comprobación de hipótesis 3. ....	57
Tabla 8 Asociación del Conocimiento, Actitud y Participación con el nivel escolaridad del padre en Lactancia Materna. ....	58
Tabla 9 Nivel de escolaridad vs tipo de familia según su cohesión y adaptabilidad. ....	59

## RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud junto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia promueve estrategias para una alimentación adecuada del niño. Existen múltiples factores que influyen en la exclusividad de la lactancia materna especialmente los que se relacionan con el entorno familiar de la madre lactante y el rol del padre para proteger esa práctica a través de sus conocimientos y actitudes.

**Objetivos:** Analizar la asociación que existe entre el conocimiento, participación, y actitud del padre sobre la lactancia materna exclusiva y la funcionalidad familiar en centros de salud tipo C.

**Metodología:** Mediante un estudio observacional de corte transversal y analítico, en una muestra de 401 familias con niños menores de 1 año que acuden a sus controles a centros de salud de Puerto Quito y el Carmen, en el período de octubre 2018, se estudió la asociación que existe entre el conocimiento, participación y actitud que tiene el padre sobre la lactancia materna mediante un cuestionario tipo Likert, cuyo alfa de Cronbach es 0,65 y la funcionalidad familiar medida a través del cuestionario FACES III alfa de Cronbach es 0,70.

**Resultados:** Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar, nivel de escolaridad y el conocimiento, actitud, y participación del padre sobre la lactancia materna ( $p < 0,05$ )

**Conclusiones:** El tipo de familia funcional y el grado de escolaridad se asocia con un buen conocimiento, actitud y participación del padre durante la lactancia materna.

**Palabras clave:** Lactancia materna, Conocimiento actitudes y participación del padre, Funcionalidad Familiar.

## **ABSTRACT**

The World Health Organization together with the United Nations Children's Fund promotes strategies for adequate child feeding. There are multiple factors that influence the exclusivity of breastfeeding, especially those related to the family environment of the nursing mother and the father's role in protecting that practice through their knowledge and attitudes.

**Objectives:** To analyze the association that exists between the knowledge, participation, and attitude of the father on exclusive breastfeeding and family functionality in health centers type C.

**Methodology:** Through an observational cross-sectional and analytical study, in a sample of 401 families with children under 1 year of age who attend their health centers in Puerto Quito and El Carmen, in the period of October 2018, the study was studied. association that exists between the knowledge, participation and attitude that the father has about breastfeeding through a Likert questionnaire, whose Cronbach's alpha is 0.65 and the family functionality measured through the Cronbach's FACES III alpha questionnaire is 0.70 .

**Results:** A statistically significant association was found between family functionality, level of schooling and the knowledge, attitude, and participation of the father on breastfeeding ( $p < 0.05$ )

**Conclusions:** The type of functional family and the level of schooling is associated with a good knowledge, attitude and participation of the father during breastfeeding.

**Keywords:** Breast Feeding, Family Characteristics, Family Research

## CAPÍTULO 1

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el mejor alimento que puede recibir un niño, existe beneficios documentados para la madre, el niño, la sociedad y el medio ambiente. La Importancia de la lactancia materna brinda los siguientes beneficios para la madre: Reduce el riesgo de depresión postparto; reduce el riesgo de anemia; ayuda a bajar de peso; previene el cáncer de mama, de ovario y el riesgo de osteoporosis, después de la menopausia. Para el lactante : Contiene todos los nutrientes que necesita para crecer y desarrollarse sano, fuerte e inteligente; contiene anticuerpos especiales que lo protegen contra infecciones respiratorias, gripe, asma, infecciones de oídos, diarreas, alergias y otras enfermedades; reduce el riesgo de malnutrición infantil; de fácil digestión y evita el estreñimiento, y reduce la mortalidad infantil. (UNICEF, 2009)

Con todos los beneficios que la evidencia presenta, se configura como una necesidad prioritaria el dar de lactar de manera exclusiva al niño durante los primeros seis meses y de forma continua hasta los dos años o más de vida, sin embargo la continuidad de la lactancia será una opción que dependerá mayormente de la decisión materna, sin existir un tiempo de finalización específico. (Revista Crónica, 2017)

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrolla estrategias para brindar directrices para una alimentación adecuada del niño, basadas en la Declaración de Innocenti como iniciativa mundial que protege, fomenta y apoya la lactancia materna. (OMS/UNICEF, 1990)

En nuestro país de acuerdo a los datos de ENSANUT del año 2012, se reporta el inicio temprano de la lactancia en 3 categorías: una hora después del nacimiento, entre una hora a 24 horas y más de 24 horas. El inicio temprano dentro de la primera hora después del nacimiento solo se efectuó 54,6% de los niños menores de 24 meses; De una hora a 24 horas de 33,6% y más de 24 horas 12%. De estos resultados se obtiene que hasta el mes de vida 52,4% de los niños se alimentaron exclusivamente con leche materna, de 2 a 3 meses de edad en un porcentaje 48%; y de 4 a 5 meses de edad alcanzo solo 34,7% esto implica que al nacer; uno de cada dos niños no se alimentó de la leche de la madre de forma exclusiva y que para el 4to mes la proporción fue aún menor.. (Freire Wilma B., 2012)

Desde el punto de vista de la salud pública, la lactancia materna, es responsabilidad compartida entre la familia, la sociedad y los profesionales de la salud. La familia brinda apoyo a la mujer en periodo de lactancia y los profesionales de la salud deben asegurar un asesoramiento adecuado y motivar la participación activa y temprana del padre para el cuidado integral del niño. Así mismo la Sociedad debe brindar un aporte de promoción y protección a la lactancia materna. (Pacheco Peláez, Rocha Velásquez, & Trujillo Castrillón, 2012)

El conocimiento, las actitudes y prácticas de crianza por parte de los padres tienen un impacto en el crecimiento y desarrollo del niño en su primera etapa de vida. (Yang, Salamonson, Burns, & Schmied, 2018)

A pesar de la importancia del tema, la familia y los profesionales de salud no reciben suficiente información y educación para una ayuda eficiente a las madres en periodo de lactancia.

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

La necesidad de la alimentación infantil con leche materna, es fundamental y ha sido priorizada por los organismos internacionales de protección de la niñez y los Gobiernos, sin embargo la incorporación de los padres dentro de las estrategias que fomentan, promueven y protegen la lactancia materna no se ha visibilizado. Esta tarea sería parte misma de la funcionalidad familiar que luego de ser analizada podría ser potenciada con la capacitación que dan los profesionales de salud al padre y madre que acuden a los controles en los centros de salud, en el periodo pre y postnatal. Aumentar las tasas de lactancia materna es una prioridad en el País. Existe evidencia que las mujeres que tienen un fuerte apoyo social de su pareja tienen más probabilidades de iniciar y continuar con la lactancia materna. (Weerakkody, Mo, & Sinopoli, 2017)

El vínculo que existe entre la madre y el lactante es muy importante y eso no significa que el padre no pueda formar parte del mismo; desde los primeros encuentros y crear un vínculo diferente; El padre puede involucrarse en actividades cotidianas como cambiar los pañales, la ropa, tomar al bebé en brazos, cantarle, acariciarle, bañarle, etc. Todas estas interacciones del padre con el niño van proporcionando experiencias diferentes y necesarias.

Para establecer estrategias claves en el tema es necesario evidenciar datos acerca de cómo la funcionalidad familiar está asociada en los conocimientos, participación y actitud que tiene el padre respecto a la lactancia materna en los primeros 6 meses de vida del niño, en la población que asiste a los centros de salud tipo C de la zona. Con este tipo de intervenciones la lactancia tiene beneficios clínicos directos para el lactante así como beneficios a largo plazo. En países tanto ricos como pobres la leche materna en comparación con la leche de fórmula disminuye el riesgo de enfermedades agudas durante el tiempo que se da de lactar, es decir

mejora la función gastrointestinal, la defensa del huésped y el bienestar psicológico. (Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, 2010).

En cambio los sucedáneos de la leche materna están relacionados a problemas de malnutrición, incremento de infecciones gastrointestinales, aumento de infecciones respiratorias, problemas hormonales que se derivan del calentamiento de los plásticos de mala calidad con el que se administra los mismos, existen varias publicaciones en las que los sucedáneos de la leche materna vienen contaminados con *Enterobacter sakasaki*, *Salmonella* y otro tipos de levaduras. (Gurtler & Beuchat, 2007) (Bakker & Van Acker, 2014)

### **1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La lactancia materna exclusiva (LME), es aquella alimentación en la cual lactante menor no ha recibido ningún tipo de alimento sólido ni líquido durante los primeros seis meses de vida, solo ha recibido exclusivamente leche materna. Según la UNICEF a nivel mundial “sólo el 39% de niños en el 2012 lactaron de forma exclusiva”. (OMS/UNICEF, 2014)

La situación mundial refleja que, el inicio de la lactancia materna es mayoritario en casi todos los países y a lo largo de los primeros meses de vida va a presentar un descenso progresivo. Los datos publicados en el 2016 por UNICEF indican que globalmente solo un 43% de los niños continúan recibiendo lactancia materna exclusiva a los 6 meses de vida. Las mayores tasas la presentan los países del sur de Asia con un porcentaje del 60%, seguidos por el Este y Sur de África con un 57%. Así, en el año 2010 en Australia alrededor 90% las mujeres iniciaban lactancia materna pero, a los 6 meses, solo el 2% continuaban con lactancia materna exclusiva. (La primera serie de la Revista The Lancet sobre Lactancia Materna, 2016)

En América Latina y el Caribe se ha visto una disminución del 2006 al 2012 de un 22.3% a un 14.5 % respectivamente siendo el área rural más afectada, además se sabe que el 38.8% de los menores son expuestos al seno materno durante las primeras horas de vida, y únicamente el 40 % de los recién nacidos reciben lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida. (UNICEF, 2009)

En Ecuador la prevalencia de la lactancia materna exclusiva es de 39.6% siendo mucho mayor en el área rural siendo 53.9 %, el porcentaje de los niños y niñas que reciben lactancia materna es mayor en la sierra que en la costa, siendo 52.9% en la sierra y 25.4% en la costa y es más frecuente para hijos de madres indígenas en un 71.6% que para las madres mestizas en un 34.5%.

En el país la tendencia de la exclusividad es decreciente en relación a la edad, en los menores de 0 a 2 meses, el 51.8% reciben lactancia exclusiva pero al pasar al grupo de 3 a 5 meses el porcentaje se reduce al 27.7%. (MSP, 2012)

El abandono de la práctica de lactancia materna se debe a muchos factores, dentro de los cuales se ha recolectado información sobre temas como ocupación de la madre, conocimientos sobre el tema en el entorno, sin embargo, no se aborda temas importantes concernientes a la funcionalidad familiar y la inclusión del padre en las prácticas de alimentación del lactante. En este contexto se requiere más información sobre los temas antes mencionados.

Es necesario realizar una investigación directamente en los Centros de Salud tipo C de El Carmen y Puerto Quito que respondan a la interrogante planteada, para beneficio del Sistema Nacional de Salud.

Pero ¿Cuál es el nivel de conocimiento, participación y actitud que tiene el padre en la lactancia materna y su asociación con la funcionalidad familiar mediante la realización de encuestas realizado en los centros de salud en estudio?

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar la asociación que existe entre la Funcionalidad Familiar y el conocimiento, participación y actitud del padre sobre la lactancia materna exclusiva en los lactantes mayores de 6 meses de edad en los centro de salud Puerto Quito y en el centro de salud del Carmen en el periodo de Octubre 2018 a marzo 2019.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir los conocimientos, participación y actitudes del padre sobre lactancia materna en los lactantes mayores de 6 meses de vida en el centro de salud de Puerto Quito y el Carmen.
- Describir las características sociodemográficas de la población masculina a estudiar.
- Describir Funcionalidad Familiar en los padres que acuden con hijos lactantes a los Centros de Salud tipo C de Puerto Quito y el Carmen.

## **1.5 HIPÓTESIS**

El alto nivel de conocimiento, participación y actitud del padre sobre la lactancia materna están asociados con una familia funcional.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 LACTANCIA MATERNA**

La leche humana es el alimento natural producido por la madre, para alimentar al recién nacido. Se recomienda como alimento exclusivo para el lactante hasta los 6 meses de edad y de forma complementaria hasta los 2 años de edad o más , ya que este alimento contiene todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo. Además crea un vínculo afectivo entre madre e hijo, favoreciendo un adecuado desarrollo psicomotor. (Lawrence, 2014)

#### **2.2 HISTORIA**

En los seres humanos la leche materna ha sido el único alimento que el recién nacido y el lactante pequeño podrían recibir para sobrevivir. Así, desde la aparición del hombre en la tierra no se ha concebido otro tipo de alimento para la primera etapa de la vida humana.

##### **2.2.1 I PARTE: LA PREHISTORIA AL CRISTIANISMO**

Las nodrizas son personajes importantes ya que amamantaban a los hijos de aquellas madres, por lo general de una clase social más alta, que no querían brindar lactancia materna por el desgastes que este producía, lo cual con el tiempo, se fue convirtiendo en un trabajo remunerado. Incluso en Talmud ( texto principal del judaísmo rabínico), se define que la lactancia materna debía darse hasta los 3 años de vida y debía ser exclusivamente administrada por las madres pero se excusaban a las madres que estaban gravemente enfermas, caso contrario son los Espartanos que restringían la alimentación y la protección a los infantes.

El código de Hammurabi 1800 AC, contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero, se deduce que la lactancia no era solo un medio para la supervivencia sino un mecanismo para fortalecer el poder muchas veces la mujer dejaba a sus propios hijos para convertirse en nodriza de otros (por presión del cónyuge, para aumentar los ingresos). (Gamboa et al., 2009) .Razón por la cual la candidata era necesario que tuviera características especiales como: apacibilidad, buena familia, cariñosas, jóvenes (entre 25 y 30 años) y con abundante cantidad de leche. Los griegos aseguraban que el destete debía realizarse pasado los 2 o 3 años de edad, y que junto con la dentición, constituían uno de los episodios más importantes y relevantes de la vida del niño. Además la figura de la nodriza que era bastante solicitada por la clase alta, no solo podían acceder a una mejor situación social, sino que además la familia que la controlaba adquiría cierto prestigio en su comunidad. Tan buena posición tenían estas mujeres que dejaban considerarse esclavas y eran muy valoradas en esta cultura, prestos que los infantes crecían más sanos, y fuertes, características esenciales y necesarios en pueblos como el griego, en el que muchos de estos niños serían guerreros en un futuro. Al pasar de una época a otra dicha consideración social también cambia, pues ya no se ve a las nodrizas (niñera) como algo necesario para la alimentación de los lactantes , si no que se convierte en un símbolo de poder adquisitivo y de posición social, y además estético pues ya que las mujeres de posición no se debían desgastar amamantando a sus hijos, si no que podían contratar a alguien más para que se “ desgastarán por ellas”. (Gamboa et al., 2009)

### **2.2.2 II PARTE DEL SIGLO I AL SIGLO XVII**

En esta época las nodrizas (niñeras) acostumbraban a llevarse a los niños para alimentarlos en sus casas sin embargo, la mortalidad infantil aumentaban, la mayoría de las veces debido

a la asfixia o a infecciones de las que no estaban exentos los infantes. A partir de la época de la edad media empiezan a encontrar documentos en los que hay dos cambios significativos:

El primero, que la leche materna era un alimento importante y que sea suministrada por la propia madre, y la segunda a excepción de aquellas madres que por diferentes razones, no podían hacerlo y delegaban esta función a las nodrizas, las cuales podrían amamantar directamente al niño, o en su defecto, utilizar tetillas o biberones bien lavados, factor que incidió directamente en la disminución de la mortalidad materna por infecciones. Además los romanos empiezan a documentar enfermedades que se contagian a través de la lactancia y las medidas higiénicas aplicadas no solo a las nodrizas sino también a todos los instrumentos que utilizaban para alimentar al recién nacido y lactante. (Gamboa et al., 2009)

En el renacimiento se dan 2 acontecimientos importantes:

El primero, es el “Descubrimiento de América” la lactancia jugó un papel importante pues la desnutrición infantil no era un problema propio de nuestro continente, dado que el periodo de la lactancia materna era prolongada.

El segundo, fue la importación de la sífilis a América y la exportación de la gonorrea a Europa. La presencia de estas enfermedades hacen pensar de manera acertada, que dichas infecciones podrían afectar al lactante por medio de la leche materna, por lo que se fortalece más la idea de que la propia madre es quien debe amamantar a su hijo.

La lactancia sufre una nueva evolución donde la nodriza empieza a quedar de lado, fomentándose de una manera más insistente la unión madre e hijo, con la aparición del VIH empieza la desaparición de las nodrizas. (Gamboa et al., 2009)

### **2.2.3 III PARTE DEL SIGLO XVIII A LA ACTUALIDAD**

A partir de la segunda guerra mundial en la década de los ochenta, con la introducción de la leche de fórmula y los suplementos empieza a evidenciarse un cambio en las prácticas de alimentación del lactante en el que la industria juega un papel importante desalentando la práctica de la lactancia materna con la introducción de productos que además de producir desnutrición se acompañaba de deshidratación por la diarrea al preparar las fórmulas, además la industria empezó a promocionarse con prácticas de marketing agresivas en países en desarrollo y apuntando a las madres primerizas. Finalmente desaparecen las nodrizas en la que coincide con la aparición del VIH a partir de este momento se concientiza que a través de la leche materna se pueden transmitir enfermedades que serían mortales para el lactante. En este siglo XXI sigue manteniéndose que la lactancia materna es la mejor opción no solo a nivel fisiológico sino también a nivel psicológico y social. (Gamboa et al., 2009)

### **2.3 ANATOMÍA**

Las glándulas mamarias (gr. Mastos =mama) son dos formaciones simétricas se las considera como glándulas sudoríparas apocrinas. Se sitúan en la pared anterior y superior del tórax, entre el esternón y la línea vertical. De arriba abajo se extiende desde la III a la VII costilla a la altura de los brazos. Son de forma casi esférica en la mujer joven, como término medio tiene un diámetro de 10 – 12 cm y un grosor de 5 - 7 cm. El tejido mamario se prolonga hacia la axila, formando la cola axilar de Spence. Después del embarazo son péndulas y separadas de la pared torácica (por abajo) por el surco mamaria. En la parte central de su superficie anterior se halla una eminencia de forma crónica o cilíndrica denominada pezón o papila mamaria. El pezón mide 1cm de alto x 1cm de ancho. Su extremidad libre es recorrida por surcos y ocupada por orificios (poros

galactóforos o lactíferos o área cribosa) que corresponde a la desembocadura de los conductos galactóforos. El pezón se halla rodeado por un halo de piel hiperpigmentada (4 a 5 cm de diámetro) llamada aréola; esta posee de 12 a 24 elevaciones conocidos como tubérculos de Morgagni, constituidos por glándulas sudoríparas, sebáceas y mamarias accesorias que durante el embarazo se hacen más prominentes denominándose tubérculos de Montgomery. La glándula mamaria se compone de varias glándulas independientes (aproximadamente en número de 15 a 20) cada uno está constituido por un lóbulo dividido en lobulillos y en acinos. El parénquima mamario se divide en 15 – 20 segmentos que convergen en el pezón siguiendo una disposición radial, los conductos colectores que drenan cada segmento tienen un diámetro de 2mm, varios de estos conductos colectores se unen en los senos galactóforos subareolares de 5 – 8 mm de diámetro.

Cada lóbulo presenta un conducto excretor o galactóforos o lactíferos que se dirigen hacia el pezón, antes de entrar en este presenta una dilatación de 1 a 1,5 mm de largo por medio milímetro de ancho llamado seno o ampolla galactófora o seno lactífero. (Latarjet, 2013)

### **2.3.1 VASCULARIZACIÓN**

Su parte interna por las ramas perforantes de la torácica o mamaria interna, la perforante principal o arteria principal interna o rama mamaria medial principal cruza el segundo espacio intercostal, la parte externa por ramas de la torácica lateral o mamaria externa, de la escapular inferior, de la acromiotorácica o toracoacromial y de la torácica superior (todas ramas de la axilar). (Latarjet, 2013)

### **2.3.2 INERVACIÓN**

La inervación cutánea proviene de la rama supraclavicular (proveniente del plexo cervical superficial) y de los 2, 3, 4, 5 y 6 nervios intercostales (ramas perforantes anterior y lateral). (Latarjet, 2013)

### **2.4 HISTOLOGÍA**

La glándula mamaria es una glándula alveolar, compuesta por 20 lóbulos, separado por tejido conectivo, interlobular denso y grasa. Cada lóbulo contiene una glándula independiente, cuyo conducto excretor, el conducto galactóforo está revestido por epitelio de dos capas, cuyas células basales son cúbicas, mientras que las superficiales son cilíndricas. En la desembocadura el epitelio se transforma en plano estratificado, a nivel de la areola, el conducto galactóforo se ensancha y forma un seno lactífero que sirve como reservorio de leche. Las ramas de los conductos galactóforos forman conductos interlobulares revestidos por epitelio cilíndrico simple que disminuyen paulatinamente de altura hasta ser cúbico en los conductos excretores intralobulares más pequeños. Entre el epitelio y la membrana basal siempre se encuentra una capa de células mioepiteliales. Cada lóbulo se componen de numerosos lobulillos y cada lobulillo recibe un único conducto terminal, el conducto terminal con el lobulillo correspondiente representan la unidad funcional de la mama o unidad ductulobulillar terminal, que mide menos de 1mm en la mama en reposo. Un corte histológico de la mama en reposo muestra predominio del abundante tejido conectivo denso interlobular. El parénquima epitelial se localiza en pequeños islotes de tejido conectivo laxo, bajo la forma de un pequeño grupo de conductillos y, en ocasiones con alveolos rudimentarios. Rara vez se distinguen alveolos con luz verdadera, dado que en este estadio la mayor parte de los alveolos

son pequeños engrosamientos epiteliales masivos, sin luces, en los extremos de los conductillos. (Aires, 2011)

#### **2.4.1 DESARROLLO**

El desarrollo de las mamas es un proceso progresivo que se inicia durante la vida embrionaria. Aunque la pubertad marca el comienzo de la maduración glandular la diferenciación completa de los senos se logra solo con el embarazo y la lactancia posteriormente.

En las niñas la pubertad comienza alrededor de los 10 a 12 años de edad bajo la influencia de la hormona liberadora de la gonadotropina hipotalámica, las células de la glándula pituitaria anterior liberan la hormona estimulante del folículo (FSH) y la hormona luteinizante (LH) que promueve la maduración de los folículos ováricos y su secreción de estrógenos principalmente en forma de estradiol 17 b. La mujer embarazada sufre cambios anatómicos y fisiológicos en casi todos los sistemas orgánicos. Durante este tiempo, se expresa la capacidad máxima de ramificación de la mama y el acino secretor que se forma durante el embarazo representa un crecimiento terminal que marca el grado completo de diferenciación glandular, las células secretoras completamente diferenciadas se caracterizan por su capacidad para sintetizar y segregar proteínas de la leche ( caseínas y lípidos). (Russo, 2019)

## **2.5 FISIOLÓGÍA**

### **2.5.1 LACTOGÉNESIS:**

Se refiere al desarrollo de la capacidad de segregar leche y conlleva la activación de las células alveolares maduras, tiene lugar en 2 etapas:

### **2.5.2 INICIACIÓN SECRETORA:**

Etapa I, se produce durante la segunda mitad del embarazo los altos niveles de progesterona circulante suministrada por la placenta inhibe una mayor diferenciación, pueden secretarse pequeñas cantidades de leche que contienen lactosa y caseína después de aproximadamente 16 semanas de gestación y la lactosa derivada de la mama comienza a aparecer en la orina materna.

### **2.5.3 ACTIVACIÓN SECRETORA:**

Etapa II, se caracteriza por el inicio de la producción abundante de la leche después del parto. En esta etapa se desencadena por el rápido descenso de la progesterona que sigue al suministro de la placenta y requiere la presencia de niveles elevados de prolactina y cortisol, además de insulina. En primíparas en comparación con mujeres multíparas, la activación secretora se retrasa ligeramente y el volumen de leche inicial es menor.

### **2.5.4 MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA:**

La lactancia o galactopoyesis es el proceso de secreción continua de leche abundante. Requiere extracción regular de leche y la estimulación del pezón, lo que desencadena la liberación de prolactina de la glándula pituitaria anterior y la oxitocina de la glándula pituitaria posterior. En ausencia de extracción de leche, la presión intramamaria elevada y

la acumulación de un inhibidor de retroalimentación de la lactancia ( FIL) reduce la producción de leche y desencadena la involución mamaria. (MacGregor & Zárata, 1973)

## **2.6 COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA**

### **2.6.1 ETAPAS DE LA LECHE HUMANA**

#### **2.6.1.1 CALOSTRO:**

Color amarillento dado por la presencia de beta- carotenos, tiene densidad alta de ( 1040-1060) que lo hace espeso, aumenta su volumen en forma progresiva hasta 100ml al día en el transcurso de los 3 primeros días y está en relación con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión. El calostro tiene 87% de agua, 2,9gr/100ml de grasa, 5.5.gr/100ml de lactosa y 2.3 gr/100ml de proteínas proporcionando 58kcal/100ml. Además de Inmunoglobulina A y lactoferrina que junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confirman la condición protectora para el Recién nacido la concentración de sodio es de 48mg/100ml al día y su PH 7.45 favorece el vaciamiento gástrico. (Sabillon F, 2012)

#### **2.6.1.2 LECHE DE TRANSICIÓN:**

Se produce al cuarto y décimo día de postparto este contiene un aumento del contenido de lactosa, grasa, calorías, vitaminas hidrosolubles y en pocas cantidades proteínas, inmunoglobulinas, vitaminas liposolubles. Su volumen es de 400 a 600ml/día.

#### **2.6.1.3 LECHE MADURA:**

Se produce a partir del décimo día con un volumen diurno de 700 a 800ml. Sus componentes son:

**Agua:** Representa aproximadamente 88 a 90%, si la mujer lactante disminuye su ingesta el organismo consume líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción.

**Carbohidratos:** 7.3gr/100ml el principal azúcar es la lactosa, además existen más de 50 oligosacáridos que constituyen el 1,2% de la leche entre los que se encuentran: glucosa, galactosa y otros.

**Lípidos:** Varía de 3 a 4 gr/100ml proporciona el 30 a 55% de kilocalorías. El mayor componente son los triglicéridos pero también contienen fosfolípidos y colesterol recientes estudios han demostrado la presencia de dos ácidos grasos poliinsaturados, el ácido linoléico y el decosahexanoico con un efecto primordial en el desarrollo del Sistema Nervioso Central.

**Proteínas:** 1gr/100ml constituye el 0.9% de la leche, caseína (40%) y el 60% restante a proteínas del suero; lisozima, lactoalbumina, lactoferrina que contribuye a la absorción, del hierro en el intestino del niño y lo fija, evitando que sea usado por las bacterias, además las Inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM la principal la IgA secretora cuya función consiste en proteger las mucosas del recién nacido y es producida por el denominado ciclo enteromamario, encontrándose en muy altas concentraciones en el calostro.

**Vitaminas :** La leche humana tiene todas las vitaminas aunque la concentración de vitamina K es baja a todos los recién nacidos se debe aplicar una dosis de prevención por IM; de igual manera los minerales se encuentran en cantidades suficientes para las necesidades del lactante.

**Hierro:** La leche humana contiene cantidades pequeñas, el Zinc tiene un índice de absorción mayor ( 45%) que el de las fórmulas. (Sabillon F, 2012)

La OMS y UNICEF ha realizado estudios donde demuestra la importancia de la leche materna en los recién nacidos para proteger la salud integral del mismo. La leche materna exclusiva significa que el niño o niña debe tomar solo leche materna, ni siquiera gotitas de agua ya que es el único y mayor alimento que necesita para alimentarse, excepto cuando exista alguna contraindicación médica.(Baxter, Hastings, Law, & Glass, 2008)

## **2.7 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA**

### **2.7.1 PARA LA MADRE:**

Favorece el vínculo afectivo madre e hijo; menor probabilidad de depresión postparto porque la lactancia produce una mayor sensación de bienestar en la madre y mejora su autoestima. Las madres tienen menos posibilidades de padecer cáncer de mama y ovario; Acelera la involución uterina lo cual produce una pérdida de sangre menor; Menos riesgo de aparición de osteoporosis en la edad adulta; Además permite que la madre recupere su peso anterior al embarazo. (Vargas, 2009)

### **2.7.2 PARA EL NIÑO:**

Contienen todos los requerimientos nutricionales agua, azúcares, grasas, proteínas, para su adecuado crecimiento, y desarrollo del niño; los niños amamantados presentan menor morbilidad y mortalidad porque aparte de poseer numerosos factores anti infecciosos específicos e inespecíficos, adicionalmente contribuye con una alimentación completa, equilibrada, y suficiente; La leche materna no necesita preparación y siempre está a la

temperatura adecuada lista para el niño, evitando una ganancia excesiva de peso, por tanto previene la obesidad en edades posteriores. (Vargas, 2009)

### **2.7.3 PARA LA FAMILIA:**

Fortalece los vínculos afectivos entre la madre, el niño y la familia; Permite que la familia ahorre dinero ya que no debe comprar biberones ni sucedáneos; Facilita que la familia comparta momentos juntos, un paseo por el parque por ejemplo. (Baxter et al., 2008)

### **2.7.4 PARA EL PAÍS:**

Es amigable con el medio ambiente, ya que no utiliza químicos ni plásticos; Permite que el país invierta menos en medicinas o en tratamientos dirigidos en los recién nacidos y a las y los niños, ya que la lactancia materna exclusiva y complementaria les protegen. (UNICEF, 2017)

## **2.8 ROL DEL PADRE Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

La Familia como célula social básica, es el grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general a los padres y a los hijos que viven con ellos, reconociendo a la Familia Nuclear que vive en el mismo hogar, donde cohabitan sus integrantes. El sistema familiar está constituido por seres humanos, en permanente interacción a través de la comunicación, conducta, permitiendo adaptarse a los inevitables cambios que corresponden al desarrollo familiar, por lo cual se determina un sistema que incluye a sus integrantes, estructura, procesos, función y funcionalidad, donde hay límites siendo una línea demarcatoria que separa de un sistema de otro; totalidad siendo la suma de acciones de cada uno de sus miembros; equifinalidad tratar de conseguir los mismos objetivos básicos; retroalimentación siendo el mecanismo la comunicación; homeostasis es el logro de un equilibrio dinámico; adaptación enfrentando sucesos que requieren movimientos

o cambios y entropía con tendencia al desorden. Entre las funciones de las Familias en la sociedad tenemos: Reproductora garantizando la existencia de la humanidad; protectora protegiendo a sus miembros hasta el logro de independencia y seguridad; afectiva siendo el amor y los afectos primordial en su interior, y socializadora en la formación de los valores, actitudes y conductas de los seres humanos.(Armas Guerra & Díaz Muñoz, 2007)

### **2.8.1 FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Definido como conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema, determinando un gran énfasis en el sentimiento de vinculación emocional entre sus miembros, con cambio de roles, adaptación del ciclo vital. (Alarcon, 2015)

### **2.8.2 EVALUACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR**

La realización y desarrollo del instrumento de evaluación del sistema familiar tiene una historia de dos décadas. En 1978, Olson, Portner y Bell iniciaron el análisis del funcionamiento familiar con un conjunto de escalas construidas con un lenguaje asequible para adolescentes a partir de los doce años de edad. En esta primera versión, se evaluaba la cohesión y la adaptabilidad familiar percibida por cada miembro a través de 96 ítems. A partir de 1981 (Olson, Portner y Bell), iniciaron un trabajo de reducción del número de ítems de la escala y simplificación de las frases en algunos ítems. De este modo, se redujo el instrumento a 30 ítems. Este instrumento también evalúa la percepción ideal que los miembros de la familia mantienen con respecto a los niveles de cohesión y adaptabilidad. La comunicación familiar constituye un vehículo de transmisión de la información, una comunicación positiva y eficaz facilita la resolución de las transiciones familiares de una manera adaptativa, mientras que una comunicación negativa obstruye el desarrollo familiar. (Alarcon, 2015)

### **2.8.3 EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN PADRE- HIJO**

El Cuestionario de Comunicación Familiar se compone de dos escalas. La primera evalúa la comunicación entre los hijos y la madre en nuestro caso desde el punto de vista de los hijos y la segunda evalúa la comunicación con el padre en este caso, también desde el punto de vista de los hijos. Cada escala consta de 20 ítems tipo Likert que representan dos grandes dimensiones de la comunicación padre e hijos: el diálogo en la comunicación y las dificultades en la comunicación. La apertura en la comunicación tiene que ver con la presencia en la díada padre-hijo/a de una comunicación positiva, basada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción. Los problemas de comunicación, por su parte, tienen que ver con la comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la díada. Así, se centra en aspectos como la resistencia a compartir información y afecto o estilos negativos de interacción. La escala es la misma para la madre que para el padre. (Alarcon, 2015)

## **2.9 CONOCIMIENTO, PARTICIPACIÓN Y APTITUD DEL PADRE EN LA LACTANCIA MATERNA**

En los últimos años aparecen cada vez más estudios sobre el papel del padre y las prácticas de crianza, el mismo que ha ido variando durante los últimos 200 años: en el siglo 19, el modelo del padre era ser el responsable del sustento de la familia, pero distante de los hijos. Después, hasta los años 70 del siglo XX se presenta el padre como triangulador edípico donde se articulan madre, padre y niño. A partir de los años 70, los cambios sociales afectan a las familias: la madre se incorpora al mercado laboral, hay un mayor control de la natalidad y se producen cambios en la estructura familiar (divorcios, madre/padre soltero). En la diversidad de nuevos padres tenemos: el padre intenso, el padre responsable y el padre complementario.

El padre intenso: es el que está centrado en la atención al hijo o hija, cuya aparición hizo que su vida cambiara totalmente. La interrelación entre el padre y el hijo o la hija supuso también un desplazamiento de la madre a un lugar menos preponderante. El padre responsable: aporta sus esfuerzos y vive la relación con el hijo o la hija con el mismo sentido de responsabilidad y de obligación que las madres respecto de su cuidado. Está dispuesto a sacrificar sus horarios de trabajo, sus hobbies o deportes para estar más tiempo en casa. Su interrelación con el hijo o la hija no es exclusiva ni excluyente de la madre. El padre complementario: se muestra menos entusiasta, apoya desde el exterior lo que le pide su mujer, ya que una serie de labores paternales las ve con mayor naturalidad en su mujer que en él mismo. Colabora, aunque lo hace más por adaptación que por convicción, porque comparte, con las imágenes tradicionales de la paternidad, la idea de que las mujeres son diferentes y de que es a ellas a las que les corresponde el ejercicio de la maternidad como exclusivo y propio.

La forma de asumir el rol de padre depende de la cultura, del entorno social y de la estructura del carácter. Muchas veces cuando se habla de la crianza, se hacen comparaciones con el mundo de los animales. Pero allí encontramos todo tipo de mamíferos. Aquellos en los cuales los padres desaparecen después de engendrar, los machos que defienden un grupo de hembras, o los que cuidan de forma equitativa a sus bebés. Hay monos que cuidan a sus crías, las cargan, las alimentan, incluso parecen jugar un papel en el parto. Un ejemplo son los titís, unos monos pequeños que viven en América Central y Sur. Los papas cargan a su cría el 70 por ciento del tiempo durante su primer mes de vida. En un estudio se descubrió que quienes eran padres tenían una mayor densidad de conexiones en una región del cerebro conocida como la corteza prefrontal. En los humanos esta región está más desarrollada y juega un papel crucial en funciones cerebrales superiores. En esta región del cerebro, los titís que eran papás tenían más

receptores de una hormona, conocida como vasopresina, un neuropéptido, y se piensa que participa en la conducta paterna y la formación de lazos sociales. Se descubrió también que los machos experimentan cambios en sus hormonas una vez que comienzan la paternidad, igual que en la hembra. Para entender el lugar y la función del padre en la fase de la lactancia, es necesario entender las necesidades del bebé y la función de la madre, el niño nace muy inmaduro en comparación con cualquier otro mamífero, debido al proceso de evolución del ser humano (bipedesta y desarrollo cerebral). El nacimiento es un pasaje intra\_extra -útero: después de haberse desarrollado durante 9 meses en el útero de la madre, nace, pero sigue necesitando a la madre en todos los aspectos. Necesita un proceso maternaje intensivo en el cual hace falta preservar el contacto físico y afectivo. El vínculo madre-hijo se va estableciendo a través del habla, el contacto ocular, el contacto piel a piel. El amamantamiento, el contacto boca-pezones da nutrición, placer y seguridad al bebé. La necesidad del niño de tener un vínculo principal con la madre, no impide que el padre no puede interactuar; desde el primer momento con su hijo y crear otro vínculo. El padre puede involucrarse también en otras actividades como cambiar la ropa, el pañal, tomar al bebé en brazos, cantarle, acariciarle, bañarle, todas estas interacciones van proporcionando experiencias diferentes y necesarias que facilitan el proceso de individualización. La simbiosis del bebé con la madre, no significa que no puede haber otros cuidadores, mejor aún si es una figura conocida y cercana, como puede ser el padre. El maternaje no sólo implica a la madre y el bebé, también necesita del padre, para sostenerlo. (Vaneeckhaute, 2011)

Al estar piel con piel con el padre controlan mejor la temperatura y aunque no pueden mamar luego se prenden mejor al pecho materno, participando e influyendo en la decisión de amamantar. Siendo ésta la acción de salud preventiva más importante para los recién nacidos,

porque le da seguridad al niño. Un buen apego le transmite la confianza de que cuando esté estresado o angustiado, el padre estará disponible para calmarlo y contenerlo. Esto lo prepara para enfrentar problemas y regular sus emociones en el futuro, los hijos con apego paterno son personas más felices, se sienten seguros ante situaciones angustiantes, saben reconocer sus emociones y las de los demás. Tienen menos dificultades para relacionarse y piden ayuda cuando la necesitan.

Un Padre apegado se nace y se hace, nace porque hay respuestas biológicas en el nuevo padre como aumento de la hormona vasopresina que le hace sentir ternura y deseos de cuidar a su hijo y se hace porque si el padre fue criado de forma sensible, le será más fácil sensibilizarse ante las emociones de su hijo. (Morilla, 2012); varias revisiones sistemáticas que se han publicado entre el 2018 y 2019 muestran que la inclusión de los padres y las parejas en las estrategias de promoción de lactancia materna, mejoran las tasas de iniciación, duración y exclusividad. Es importante tomar en consideración la interculturalidad y las formas de transmitir los mensajes. Se ha visto que las interacciones cara a cara permiten entregar una información que sea captada de forma asertiva. (Abbass-Dick & Dennis, 2019).

En otra revisión sistemática publicada en el 2018 en el que se incluyeron 8 estudios de intervención con 1.852 familias, la exclusividad de la lactancia a los 6 meses fue significativamente mayor (RR=2.04, IC=1.58-2.65) en los grupos intervenidos. (Mahesh et al., 2018).

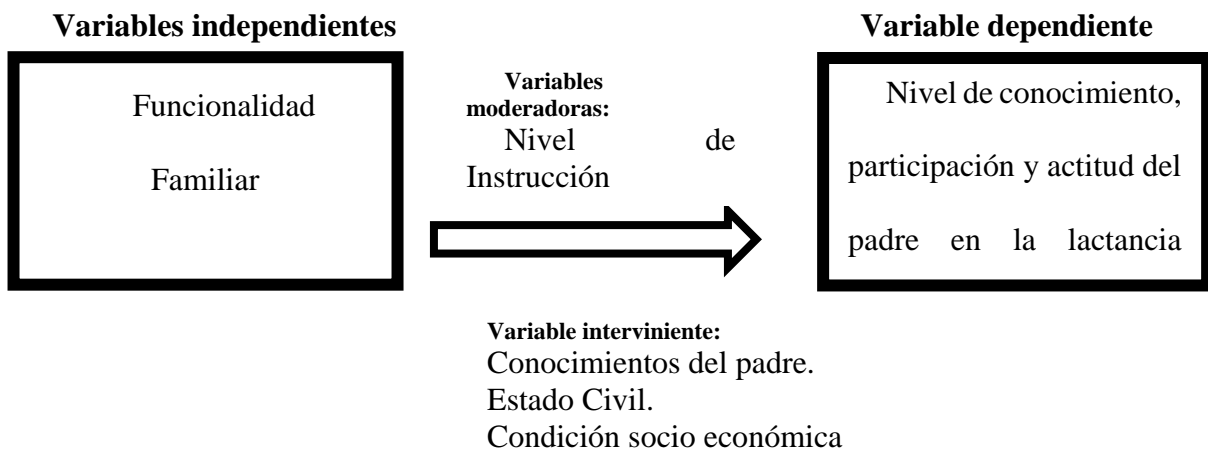
En resumen, las intervenciones educativas sobre lactancia materna dirigidas a los padres en LMIC son efectivas para mejorar el inicio temprano de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna continua. Por lo tanto, la promoción de la lactancia

materna debe considerar la educación y la participación de los padres en la intervención.  
(Tadesse, Zelenko, Mulugeta, & Gallegos, 2018).

## CAPÍTULO 3

### 3.1 METODOLOGÍA

Esta investigación describirá el conocimiento, participación y actitud del padre sobre la lactancia materna exclusiva e inferirá sobre la asociación que existe con la funcionalidad familiar en los lactante mayores de 6 meses de edad que acuden en los centro de salud Puerto Quito y el Carmen en el periodo de Octubre 2018 a marzo 2019 relacionándola con la funcionalidad familiar.



### 3.2 MATRIZ DE LAS VARIABLES

#### 3.2.1 VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Funcionalidad familiar
  - Cohesión y adaptabilidad familiar.

### **3.2.2 VARIABLES MODERADORAS:**

- Nivel de instrucción.

### **3.2.3 Variable interviniente:**

- Conocimiento de la madre
- Estado Civil.
- Condición socio económica
- Instrucción

### **3.2.4 VARIABLE DEPENDIENTE:**

- Nivel de conocimiento, participación y actitud del padre en la lactancia materna.

### 3.2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Tipo de variable	Escala	Indicador	Codificación	Fuente de verificación
Lactancia materna exclusiva	Es la forma que las madres alimentan naturalmente a sus hijos.	Es cuando el lactante menor no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido, ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida.	Cumplimiento	Categórica	Nominal	<b>Lactancia materna exclusiva</b>	1. lactancia exclusiva. 2. no exclusiva	<b>Encuesta</b>
Conocimiento, Participación y actitud del padre sobre Lactancia Materna	Es un conjunto de información, procedimiento que conduce a un comportamiento y la acción de participar que tiene el padre sobre la lactancia materna	Grado de conocimiento, participación y actitud del padre, medido mediante herramienta escala de Likert	Conocimiento,	Categórica	Ordinal	Excelente: 11-15 puntos Regular: 5 a 10 puntos Malo de 0 – 5 puntos	1) excelente 2) regular 3) malo	<b>Encuesta</b>
			Participación	Categórica	Nominal	de acuerdo: 3 a 5 puntos desacuerdo: 1-2 puntos	1) de acuerdo 2) desacuerdo	
			Actitud.	Categórica	Nominal	Excelente: de 9 a 10 puntos Muy buena: de 7 a 8 puntos Buena: 6 puntos Mala: Menos de 5 puntos	1) Excelente 2) Muy buena 3) Buena 4) Mala	

Variable	Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Tipo de variable	Escala	Indicador	Codificación	Fuente de verificación
<b>Edad</b>	<b>Edad:</b> Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años cumplidos hasta la fecha actual: <b>Juventud:</b> son personas maduras en cuanto a crecimiento y desarrollo psicológico <b>Adulthood:</b> mayores cambios biológicos, sus diferencias se relacionan con la mejor calidad de vida y la mejor esperanza de vida <b>Etapa dorada:</b> retiro de la actividad económica y recibe los beneficios acumulados en la etapa laboral <b>Etapa platino:</b> esperanza deliberada para extender la vida por intervención de la ciencia	Años cumplidos	Categoría	Intervalos	Adulto joven: 20 a 34 años Adulto medio: 35 a 49 años Adultos maduro: 50 a 64 años	1. Adulto joven: 20 a 34 años 2. Adulto medio: 35 a 49 años 3. Adultos maduro: 50 a 64 años	Encuesta
Perfil epidemiológico	<b>Sexo:</b> Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como masculino o femenino.	<b>Masculino:</b> es una persona del sexo masculino <b>Femenino:</b> es una persona del sexo femenino.	No tiene dimensión	Cualitativa Nominal	Nominal	Porcentaje de: Masculino Femenino	1. Masculino 2. Femenino	Encuesta
	<b>Estado Civil:</b> Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto,	<b>Registro</b> de la condición civil actual, tal como consta en su documento de identidad.	Soltero. Casado.	Cualitativa Nominal	Nominal	Registro de la condición civil actual, tal como consta en su documento de identidad.	1. Soltero. 2. Casado	Encuesta

	que determinan los derechos y obligaciones de las personas.		Viudo. Divorciado. Unión Libre				3. Viudo. 4. Divorciado. 5. Unión Libre	
Variable	Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Tipo de variable	Escala	Indicador	Codificación	Fuente de verificación
	<b>Etnia</b> Es una categoría social, que se refiere a grupos sociales que a menudo comparten herencia cultural y ascendencia	Auto identificación	Afro ecuatorianos, mestizos, blancos, indígenas, montubios	Cualitativa nominal	Nominal	Auto identificación	1. Afroecuatorianos 2. mestizos 3. blancos 4. indígenas 5. montubios	Encuesta
Perfil epidemiológico	<b>Nivel de Instrucción:</b> Se utiliza para hacer referencia al grado académico que se ha alcanzado en la educación formal.	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Ninguna. Primaria. Secundaria. Superior.	Cualitativa ordinal	Ordinal	Años aprobados	1. Ninguna. 2. Primaria. 3. Secundaria. 4. Superior	Encuesta
	<b>Nivel Socio Económico</b> Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social en relación a otras personas.	Ingresos Educación Empleo	Alto Medio y Bajo	Cualitativa Ordinal	Ordinal	Ingresos Educación Empleo	1. Alto 2. Medio 3. Bajo	Encuesta

Variable	Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Tipo de variable	Escala	Indicador	Codificación	Fuente de verificación
Dimensiones de la funcionalidad Familiar según OLSON con Faces III (Schmidt, Barreyro, & Maglio, 2010)	<p><b>Funcionalidad Familiar:</b> Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.</p> <p><b>Faces III de Olson:</b> no mide directamente la funcionalidad de la familia solo dos dimensiones cohesión y adaptabilidad familiar</p>	<p><b>Cohesión familiar:</b> vinculación emocional que los miembros de la familia tienen entre si</p> <p><b>Adaptabilidad familiar:</b> capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura, de poder, roles y reglas en respuesta al estrés situacional o evolutivo</p>	<p><b>Cohesión:</b> suma de puntajes de ítems impares:</p> <p>No relacionada Semi-relacionada Relacionada Aglutinada</p> <p><b>Adaptabilidad:</b> suma de puntajes de ítems pares.</p> <p>Rígidas Estructuradas Flexibles Caóticas</p>	Categoría	Nominal	<p><b>Mediante puntos, clasifica:</b></p> <p><b>Por su cohesión:</b></p> <p>Familia desvinculadas (10 a 34 puntos)</p> <p>Familia separadas (35 a 40 puntos)</p> <p>Familia conectadas (41 a 45 puntos)</p> <p>Familia amalgamadas (46 a 50 puntos)</p> <p><b>Por su adaptabilidad:</b></p> <p>Familias rígidas (10 a 19 puntos)</p> <p>Familias estructuradas(20 a 24 puntos)</p> <p>Familias flexibles (25 a 28 puntos)</p> <p>Familias caóticas (29 a 50 puntos)</p>	<p><b>Tipo de familia:</b></p> <p><b>Por su cohesión:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Desvinculadas</li> <li>Separadas</li> <li>Conectadas</li> <li>Amalgamadas</li> </ol> <p><b>Por su adaptabilidad:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Rígidas</li> <li>Estructuradas</li> <li>Flexibles</li> <li>Caóticas</li> </ol> <p><b>1. Familia Funcional</b> <b>2. Familia Disfuncional</b></p>	<b>Encuesta</b>

### 3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio transversal analítico

#### 3.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS

Son los datos obtenidos mediante herramientas de recolección para medir el nivel de conocimiento, participación y confianza; funcionalidad familiar en padres cuyos hijos acuden al control del niño sano en dos centros de salud tipo C de los cantones del Carmen y Puerto Quito.

#### 3.3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

**Universo:** Padres cuyos hijos acuden para el control del niño sano en período de lactancia.

**Población:** 200 padres de lactantes mayores de 6 meses de edad que acuden al control del niño sano en el Centro de salud de Puerto Quito, y 201 del Centro de Salud tipo C del Carmen.

**Muestra:** El tamaño de la muestra se calculó con un error del 10% porque la población del estudio es homogénea, es decir, todas son madres que asistieron a un centro de salud una vez que han dado a luz a sus hijos, además son de un mismo sector poblacional, están en la misma situación de lactancia y mantienen un nivel social correspondiente a un mismo quintil.

La muestra se recolectó utilizando el método de conveniencia sin asignación aleatoria, en una sola etapa, para lo cual se utilizó la fórmula de tamaño muestral finita, basados en los criterios de inclusión y exclusión que limitó la población a estudiar.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times (1 - p)}{(N - 1) \times e^2 + Z^2 \times p \times (1 - p)}$$

### 3.3.3 DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA:

Puerto Quito

Dónde: n, es el tamaño de la muestra que se requiere

N, es el tamaño de la población 645 en Puerto Quito

Z, es la desviación del valor medio que puede aceptarse, y depende del nivel de confianza escogido (Para 95% de nivel de confianza, Z=1,96).

E, es el error máximo admitido (e=0,05).

P, es la proporción esperada, en una encuesta: la probabilidad de que una persona acepte llenar la encuesta. (Con dos opciones, sí acepta o no acepta, p es 50%, o sea p=0,5)

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times (1 - p)}{(N - 1) \times e^2 + Z^2 \times p \times (1 - p)}$$

$$n = \frac{645 \times 3,84 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}{(645 - 1) \times 0,05^2 + 3,84 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{619,2}{(644) \times 0,0025 + 0,96}$$

$$n = \frac{619,2}{(1,61 + 0,96)}$$

$$n = \frac{619,2}{2,57}$$

$$n = 240$$

El Carmen

Dónde: n, es el tamaño de la muestra que se requiere

N, es el tamaño de la población 850 en el Carmen.

Z, es la desviación del valor medio que puede aceptarse, y depende del nivel de confianza escogido (Para 95% de nivel de confianza, Z=1,96).

E, es el error máximo admitido (e=0,05).

P, es la proporción esperada, en una encuesta: la probabilidad de que una persona acepte llenar la encuesta. (Con dos opciones, sí acepta o no acepta, p es 50%, o sea p=0,5)

$$\frac{N \times Z^2 \times p \times (1 - p)}{(N - 1) \times e^2 + Z^2 \times p \times (1 - p)}$$

$$n = \frac{850 \times 3,84 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}{(850 - 1) \times 0,05^2 + 3,84 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{816}{(849) \times 0,0025 + 0,96}$$

$$n = \frac{816}{(2,12 + 0,96)}$$

$$n = \frac{816}{3,08}$$

$$n = 264$$

### 3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

#### 3.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes de cualquier nivel de instrucción.
- Cualquier nacionalidad, con residencia en Puerto Quito y el Carmen

- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Padres con hijos lactantes mayores de 6 meses de edad y que acudan a los centros de salud de Puerto Quito y el Carmen.

#### **3.4.2 Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no residan en Puerto Quito y el Carmen.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Madres que tengan alguna patología que impida la lactancia.

### **3.5 TIPO DE ESTUDIO**

#### **3.5.1 MÉTODO DESCRIPTIVO**

Este método permitirá detallar, especificar, particularizar los hechos que se han suscitado en el estudio, permitiendo inferir o sacar conclusiones válidas para el trabajo de investigación, conjugando las variables que han sido operacionalizadas como: la influencia de la funcionalidad familiar sobre la participación y conocimiento del padre sobre la lactancia materna hasta los 6 meses de edad. (Jiménez, 2015)

#### **3.5.2 MÉTODO ANALÍTICO**

El estudio es de tipo prospectivo analítico de corte transversal mismo que permitió analizar a la funcionalidad familiar y su impacto en la lactancia materna, para poder determinar la existencia de una correlación con la participación y conocimiento del padre sobre este tema, en los Centros de Salud tipo C de los cantones de El Carmen y Puerto Quito. (Hernández & Ortiz, 2010)

Se permitió un 20% como máximo en pérdidas, trabajando con una muestra mínima de 200 padres en Puerto Quito y 201 padres en el Carmen.

### **3.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La investigación basa su estudio en la encuesta, la misma que se efectuó a los padres que asistieron a los Centros de Salud tipo C de los cantones de El Carmen y Puerto Quito. Se realizó mediante preguntas cerradas y bien estructuradas.

También se basó en la entrevista, con preguntas abiertas a los padres que acompañan a las mujeres lactantes, las cuales deben ser entendibles y las respuestas serán mayormente de carácter cualitativo.

Se aplicó un instrumento para la recolección de la información que es el cuestionario Faces III de Olson, en donde se identificó las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar y se definió la funcionalidad familiar. Ver anexo (Instrumento 2)

### **3.7 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN**

La intervención que se realizó en los Centros de Salud tipo C de los cantones de El Carmen y Puerto Quito se inició con el establecimiento de la situación en el que se encuentran, basado en las estadísticas como: madres que dan de lactar en el período de estudio, el conocimiento de los padres, sus edades, nivel de estudio, funcionalidad familiar y demás variables que se encuentran en la operacionalización, posteriormente se analizaron los datos para entender cómo se encuentra esta población. Luego se procedió a realizar la encuesta y las entrevistas, buscando cumplir el número de la muestra y cumplir con los objetivos. Finalmente se analizó los resultados para poder responder a la hipótesis planteada, determinando si es afirmativa o nula.

El cuestionario de Faces III de Olson tiene un Alfa de Cronbach de 0.70 que consta de 20 preguntas que valoran las dimensiones de la funcionalidad familiar como la adaptabilidad

familiar que mide la capacidad del sistema familiar para cambiar y la cohesión familiar que mide la vinculación emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. (Ponce Rosas, Gómez Clavelina, Terán Trillo, Irigoyen Coria, & Landgrave Ibáñez, 2002) (Schmidt et al., 2010)

La investigación tendrá sus limitantes en la asistencia de los padres a los Centros de Salud, porque por lo regular están en sus trabajos o no acompañan a sus parejas, debiendo forzar el acompañamiento con alguna convocatoria que atraiga su atención.

### **3.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos fueron almacenados en hoja Excel 8.0 y su análisis se realizó en el paquete estadístico SPSS 23 obteniendo resultados basados en estadística descriptiva y analítica de las variables que comprenden el aspecto epidemiológico, biomédico y de funcionalidad familiar.

#### **3.8.1 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS**

Las variables cualitativas nominales y ordinales fueron descritas con frecuencias absolutas y relativas, medianas y rangos, las variables cuantitativas continuas y discretas fueron descritas con medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó el análisis de variables cualitativas donde la dependiente fue dicotómica, y se realizó un análisis de asociación de variables obteniendo un cuadrado, asumiendo un valor  $p < 0.05$  como significativo y se verificó su significancia con razón de verosimilitud.

### **3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS**

Nos anticipamos, que, la participación en este estudio no planteó riesgos físicos o psicológicos a los entrevistados, más allá de los que se encuentran en la vida cotidiana, apoyado con la aprobación del Protocolo, por las autoridades y el Subcomité de Ética, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina. Se solicitó consentimiento informado previo a participar en el estudio. Los participantes fueron libres de negarse a responder a las preguntas, y de abandonar el estudio en cualquier momento sin menoscabo en el acceso o calidad de la atención proporcionada.

La información recolectada en las entrevistas realizadas para este estudio permaneció confidencial. Esto significa que la identidad de los participantes no fue revelada a otras personas excepto a las investigadores listadas arriba. Cualquier referencia o información que pudiera revelar la identidad de los entrevistados fue removida o codificada antes de la preparación de los informes de investigación y publicaciones.

En cada encuesta se explicó claramente su objetivo, anteponiendo al estudio como un trabajo académico sin fines de lucro y netamente informativo, de igual manera la entrevista, fue explicada previamente al participante y siempre fue de libre decisión.

### **3.10 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

#### **3.10.1 RECURSOS NECESARIOS:**

- Recursos humanos: el proyecto de estudio fue realizado por las doctoras: Ana Zambrano y Ángela Alvarado. Dirigido por: Director de tesis: Dra. Betzabé Tello, Tutor Metodológico: Dr. Juan José Iglesias Fernández.

- **Recurso económico:** el presupuesto para la Tesis fue de tres mil quinientos sesenta y cuatro en su totalidad, que fue cubierto por las autoras antes mencionadas, en donde se incluye :
  - El cuestionario de FACES III para definir la funcionalidad familiar.
  - Los viáticos, impresiones, empastado, computador, grabadora de voz, celular y cámara de fotos.
  - Materiales: hojas de encuestas, libreta para entrevista.

### 3.10.2 PRESUPUESTO

<b>INSUMOS</b>	<b>CANTIDAD</b>
	<b>USD</b>
<b>Recursos propios</b>	3.000,00
<b><u>Egresos:</u></b>	
<b>Equipos</b>	2.500,00
<b>Materiales</b>	50,00
<b>Bibliografía</b>	100,00
<b>Internet</b>	20,00
<b>Papelería</b>	20,00
<b>Fotocopias</b>	100,00
<b>Materiales de computación</b>	40,00
<b>Anillados y empastados</b>	60,00
<b>Imprevistos</b>	110,00
<b>TOTAL GASTOS</b>	3.000,00

- Recurso técnico: Fichas técnicas para recolección de datos y software para almacenaje y procesamiento de la información.
- Recurso físico: espacio físico de los Centros de Salud tipo C Puerto Quito y el Carmen, estadística, sala de espera.

Fuente de financiamiento: Ninguna.

Conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Reporte y diseminación de resultados: Los hallazgos de este estudio se reportarán como un artículo que será sometido a revisión por un comité de bioética para publicación en revistas con revisión por pares.

## CAPITULO 4

### RESULTADOS

#### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS.

Se estudiaron 401 padres con hijos lactantes, que acuden a los centros de salud tipo C de Puerto Quito y el Carmen, el rango de edad fue de 15 a 68 años, más de la mitad (75%) fueron adultos jóvenes comprendidos entre 20 a 34 años, en el grupo predomina la unión libre en 64,6% seguido de los casados en un 25,7%. En los sujetos fue mayoritaria la etnia mestiza (100%) y la procedencia rural.

En los padres prevaleció un nivel medio educacional; instrucción secundaria en un 57,9 % seguido de primaria en un 22,9% además tenían un nivel medio socio económico (48,4%). Y la mayoría de los padres de este estudio tenían de 1 – 3 hijos en un 91%.

*Tabla 1 Características Sociodemográficas de los padres con hijos lactantes investigados*

	<b>Muestra (n=401)</b>	<b>%</b>
<b>Rango de Edad 15 a 68 años</b>		
<b>Media 29,66 DS: 8,68</b>		
Adulto medio	94	23.4
Adulto Joven	301	75.1
Adulto Mayor	6	1.5
<b>Sexo</b>		
Masculino	410	100
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	39	9.7
Casado	103	25.7
Unión Libre	259	64.6
<b>Etnia</b>		
Mestizo	401	100
<b>Procedencia</b>		

Zona Rural	401	100
<b>Nivel de Instrucción</b>		
Ninguna	38	9.5
Primaria	92	22.9
Secundaria	232	57.9
Superior	39	9.7
<b>Nivel Socio económico</b>		
Alto	14	3.5
Medio	194	48.4
Bajo	193	48.1
<b>Lugar de Residencia</b>		
Puerto Quito	200	49.9
Carmen	201	50.1
<b>Número de hijos</b>		
1-3 hijos	365	91.02
4-6 hijos	35	8.73
+6 hijos	1	0.25

*Nota:* Los datos se presentan como número y porcentaje, salvo que se indique lo contrario.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

#### 4.1.1 CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL PADRE EN LA LACTANCIA MATERNA

El 61,3 % de los padres encuestados en los centros de salud tipo C de Puerto Quito y el Carmen tienen un excelente conocimiento sobre este tema, el 59,9% una muy buena actitud, y el 89,8% están de acuerdo con la participación del padre durante esta etapa de vida de sus hijos.

*Tabla 2 Conocimiento, actitud y participación del padre sobre la Lactancia Materna.*

	Muestra (n=401)	%
<b>Conocimiento del padre</b>		
Excelente	246	61.3
Regular	141	35.2
Malo	14	3.5
<b>Actitud del padre</b>		
Excelente	24	6.0
Muy buena	240	59.9
Buena	68	17.0

Mala	69	17.2
<b>Participación del padre</b>		
De acuerdo	360	89.8
Desacuerdo	41	10.2

*Nota:* Los datos se presentan como número y porcentaje, salvo que se indique lo contrario.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

#### 4.1.2 DIMENSIONES DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN OLSON MEDIANTE FACES III EN PADRES CON CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN EN LACTANCIA MATERNA

En el grupo de estudio mediante Faces III (Escala de cohesión y adaptabilidad familiar) según Olson se evidenciaron las dimensiones de la funcionalidad familiar con predominio en la escala de cohesión, las familias conectadas en 48.8%, mientras que en la escala de adaptabilidad, prevalece la familia flexible en 42.6%.

*Tabla 3 Dimensiones de la Funcionalidad Familiar según OLSON mediante Faces III en padres que tienen conocimiento en Lactancia Materna.*

	Muestra (n=401)	%
<b>Tipo de familia por su cohesión</b>		
Desvinculadas	16	3.99
Separadas	105	26.1
Conectadas	196	48.8
Amalgamadas	84	20.9
<b>Tipo de familia por su Adaptabilidad</b>		
Rígida	13	3.24
Estructurada	64	15.9
Flexible	171	42.6
Caótica	153	38.1

*Nota:* Los datos se presentan como número y porcentaje, salvo que se indique lo contrario.

### 4.1.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PADRES SU CONOCIMIENTO, PARTICIPACIÓN Y ACTITUD EN LACTANCIA MATERNA.

El modelo circunflejo de la dinámica familiar en nuestro estudio mostró como resultado una familia funcional en 57.1% seguido de una familia disfuncional en 42.8 %

*Tabla 4 Funcionalidad Familiar en padres con conocimiento, participación y actitud en Lactancia Materna.*

	Funcionalidad Familiar	
	Muestra (n=401)	%
Familia Funcional	229	57.1
Familia Disfuncional	172	42.8

*Nota:* Los datos se presentan como número y porcentaje, salvo que se indique lo contrario.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

### 4.2 ASOCIACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL PADRE EN LA LACTANCIA MATERNA CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

En el grupo de estudio se evidenció que la correlación entre el conocimiento, actitud y la participación de los padres durante la lactancia materna versus familia funcional presenta un nivel de significancia  $< 0,05$ .

*Tabla 5 Comprobación de hipótesis 1.*

	Estadística no paramétrica		
	Chi-cuadrado	gl	Significancia
Conocimiento sobre lactancia*funcionalidad familiar	19.674	2	<0,05

<b>Actitud sobre lactancia*funcionalidad familiar</b>	<b>34.488</b>	<b>3</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Participación sobre lactancia*funcionalidad familiar</b>	<b>26.944</b>	<b>1</b>	<b>&lt;0,05</b>

*Nota:* Los datos que se presentan es para corroborar la significancia estadística del Chi-cuadrado (p), Si  $p < 0,05$  el resultado es significativo, salvo que se indique lo contrario; gl= grados de libertad.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

#### 4.2.1 ASOCIACIÓN DEL TIPO DE FAMILIA SEGÚN LA COHESIÓN VS CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL PADRE DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.

El estudio evidenció que la correlación de los tipos de familia según su cohesión versus Conocimiento, actitud y participación del padre presentaba un nivel de significancia  $<0,05$ .

*Tabla 6 Comprobación hipótesis 2.*

<b>Estadística no paramétrica</b>			
	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Significancia</b>
<b>Tipo de familia según la Cohesión*Conocimiento sobre Lactancia Materna</b>	<b>24,369</b>	<b>6</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Tipo de familia según la Cohesión *Actitud de Padre hacia la Lactancia Materna</b>	<b>41,624</b>	<b>9</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Tipo de familia según la Cohesión *Participación del padre hacia la Lactancia Materna</b>	<b>13,038</b>	<b>3</b>	<b>&lt;0,05</b>

*Nota:* Los datos que se presentan es para corroborar la significancia estadística del Chi-cuadrado (p), Si  $p < 0,05$  el resultado es significativo, salvo que se indique lo contrario; gl= grados de libertad.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

#### 4.2.2 ASOCIACIÓN DEL TIPO DE FAMILIA SEGÚN LA ADAPTABILIDAD VS CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN DEL PADRE DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.

El estudio evidenció que la asociación del tipo de familia según la adaptabilidad versus Conocimiento, actitud y participación del padre presentaba un nivel de significancia de <0,05.

Tabla 7 Comprobación de hipótesis 3.

<b>Estadística no paramétrica</b>			
	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Significancia</b>
<b>Tipo de familia según la Adaptabilidad* Conocimiento sobre Lactancia Materna</b>	<b>21,727</b>	<b>6</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Tipo de familia según la Adaptabilidad * Actitud de Padre hacia la Lactancia Materna</b>	<b>38,790</b>	<b>9</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Tipo de familia según la Adaptabilidad * Participación del padre hacia la Lactancia Materna</b>	<b>25,742</b>	<b>3</b>	<b>&lt;0,05</b>

*Nota:* Los datos que se presentan es para corroborar la significancia estadística del Chi-cuadrado (p), Si  $p < 0,05$  el resultado es significativo, salvo que se indique lo contrario; gl= grados de libertad.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

### 4.2.3 ASOCIACIÓN DEL CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PARTICIPACIÓN CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD

En la investigación se evidenció que mientras presenta el padre un alto nivel de educación se asocia a una excelente actitud en la lactancia materna con un nivel de significancia de <0,05.

*Tabla 8 Asociación del Conocimiento, Actitud y Participación con el nivel escolaridad del padre en Lactancia Materna.*

<b>Estadística no paramétrica</b>			
	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Significancia</b>
<b>Conocimiento sobre lactancia materna*Nivel escolaridad</b>	<b>23.226</b>	<b>6</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Actitud sobre lactancia materna*Nivel escolaridad</b>	<b>40.276</b>	<b>9</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Participación sobre lactancia materna*Nivel escolaridad</b>	<b>20.881</b>	<b>3</b>	<b>&lt;0,05</b>

*Nota:* Los datos que se presentan es para corroborar la significancia estadística del Chi-cuadrado (p), Si  $p < 0,05$  el resultado es significativo, salvo que se indique lo contrario; gl= grados de libertad.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

#### 4.2.4 ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD VS TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD.

El estudio evidenció que el nivel de escolaridad vs tipo de familia según su adaptabilidad si existe significancia estadística  $< 0,05$

*Tabla 9 Nivel de escolaridad vs tipo de familia según su cohesión y adaptabilidad.*

<b>Estadística no paramétrica</b>			
	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Significancia</b>
<b>Nivel de escolaridad * Tipo de familia según la Cohesión</b>	<b>11.408</b>	<b>9</b>	<b>&gt;0,24</b>
<b>Nivel de escolaridad * Tipo de familia según la Adaptabilidad</b>	<b>23.673</b>	<b>9</b>	<b>&lt;0,05</b>

*Nota:* Los datos que se presentan es para corroborar la significancia estadística del Chi-cuadrado (p), Si  $p < 0,05$  el resultado es significativo, salvo que se indique lo contrario; gl= grados de libertad.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

## CAPITULO 5

### DISCUSIÓN

Es crucial un soporte adecuado a las madres en periodo de lactancia para mejorar sus tasas de inicio, exclusividad y mantenimiento. Claramente los padres tienen una influencia sobre las prácticas de alimentación de los niños especialmente relacionado a lactancia materna.

El alto nivel de conocimiento, participación y actitud del padre sobre la lactancia materna está asociados con una familia funcional. En este estudio se encontró que la asociación que existe entre la funcionalidad familiar, el conocimiento, la participación y actitud del padre sobre lactancia materna exclusiva se comprueba con el alto nivel de escolaridad que tiene el padre en el cual prevaleció un nivel medio educacional; instrucción secundaria de 57,9% seguido de primaria en un 22,9% además tenían un nivel socio económico 48,4% .En un Hospital público en Singapur en el que se estudió 151 padres se evidenció que con un mayor nivel de educación y de ingresos más altos se presentaron mayores conocimientos de lactancia materna y participación con sus pareja, capaces de demostrar confianza, apoyo en el periodo de lactancia. (Leng, Shorey, Yin, Chan, & He, 2019)

En el Faces III (Escala de cohesión y adaptabilidad familiar) según Olson se evidenciaron las dimensiones de la funcionalidad familiar con predominio en la escala de cohesión, las familias conectadas en 48.8%, mientras que en la escala de adaptabilidad, prevalece la familias flexible en 42.6%. Se ha utilizado la herramienta de Faces III porque la validación del Faces IV no tiene muchos estudios.

En este estudio se obtuvieron resultados el 61,3 % de los padres encuestados en los centros de salud tipo C de Puerto Quito y el Carmen tienen un excelente conocimiento sobre este tema,

el 59,9% una muy buena actitud, y el 89,8% están de acuerdo con la participación del padre durante esta etapa de vida de sus hijos. En Turquía en una unidad materno infantil cuando se le preguntó a los padres de quienes les gustaría recibir apoyo durante la lactancia materna, respondieron en un 68% que deseaban el apoyo de una de las abuelas del bebé, otros 65% querían ser ellos el principal apoyo de su pareja y el 88,7% indicó que estarían dispuestos a ayudar con las tareas del hogar para que su pareja puedan cómodamente amamantar al bebé. (Taş pınar, Çoban, Küçük, & Şirin, 2013). No existen estudios que estén asociados entre funcionalidad y la participación del padre en la lactancia pero encontramos que cuando se extiende la familia y entra otro miembro a integrarse, se crean expectativas a su entorno, pasando a ser la lactancia materna una fase en la que toda la familia experimenta cambios, tienen un nuevo acople de responsabilidades y satisfacciones, demanda de atención del grupo; la madre lactante necesita apoyo familiar para que se pueda dar con éxito y duración en el tiempo. (Morillo, B;Montero, 2010)

En los datos sociodemográficos en este estudio la edad promedio de los participantes fue de 15 a 68 años, más de la mitad (75%) fueron adultos jóvenes comprendidos entre 20 a 34 años, en el grupo predomina la unión libre en 64,6% seguido de los casados en un 25,7%. En los sujetos fue mayoritaria la etnia mestiza (100%) y la procedencia rural. En Texas en un estudio más de la mitad de los hombres son de raza blanca, 8% hispanos, 18% habla inglesa – hispana, entre la edad de 31 – 60 años de edad en un 65%, secundaria 50%, con trabajo 74%, casados 70%, y con hijos 72%. Demostrando que la diversidad demográfica de los residentes influya en las actitudes de la lactancia materna, apoyando a las madres a amamantar, a pesar de la exhibición pública, limitaciones sociales y etnia. (Vaaler et al., 2011).

A partir del entendimiento del papel fundamental de la madre, el padre puede entender mejor su papel y función en esta fase del desarrollo de su hijo/a. La necesidad del bebé de tener un vínculo principal con la madre, no significa que el padre no puede interactuar, desde el primer momento con su hijo/a y crear otro vínculo diferente. El padre puede cambiar la ropa, el pañal, puede tomar el bebé en brazos, cantarle, acariciarle, bañarle, etc. Todas estas interacciones del padre con el bebé van proporcionando experiencias diferentes y necesarias que facilitan el proceso de individualización. La simbiosis del niño con la madre, no significa que no puede haber otros cuidadores, mejor aún si es una figura conocida y cercana, como puede ser el padre, con el cual el niño desde el principio puede sentirse seguro. El padre también puede encargarse del bebé mientras la madre tiene un rato para sí misma. Es importante cuidar este aspecto, sobre todo en una cultura como la nuestra de la familia nuclear. (Vaneeckhaute, 2011).

## **CAPITULO 6**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

- Una familia funcional, con un nivel de adaptabilidad y cohesión se correlaciona con un buen conocimiento, actitud y participación del padre durante la lactancia materna.
- El nivel de instrucción medio o mayor se asoció a un buen conocimiento, actitud y participación del padre durante la lactancia materna.
- El nivel de escolaridad del padre se relaciona con una buena cohesión y adaptabilidad familiar.

## RECOMENDACIONES

Considerando la importancia que tiene este estudio y en función de los resultados obtenidos se formula algunas sugerencias tanto para el personal de salud, madres, padres de hijos lactantes y a la comunidad en sí, esto con la finalidad de lograr, una organización exitosa dentro del ámbito de salud, para ello se hace llegar las siguientes recomendaciones:

- El personal de salud debe desempeñar un papel fundamental para que se consiga una lactancia materna exitosa y prolongada, resaltando que dentro de los programas de salud de la mujer se incluye la promoción de la lactancia durante el embarazo.
- Incorporar a los padres con hijos lactantes sobre prácticas y técnicas de amamantamiento para que sean un apoyo fundamental a sus parejas.
- Integrar con más frecuencia a los padres con hijos lactantes en la crianza, cuidados de sus hijos ya que también juegan un papel importante en todo este proceso y así establecer un vínculo madre- padre e hijo.
- El conocimiento, las actitudes y el apoyo de los padres son un factor muy importante que puede determinar el éxito de las prácticas exclusivas de lactancia materna entre las madres. Por lo que se recomienda realizar programas y proyectos que promuevan y protejan la lactancia teniendo en cuenta el entorno laboral, educativo y familiar del padre de manera que se extienda la educación del mismo proporcionando una información adecuada desde la adolescencia ya que ellos serán los padres del mañana y serán un soporte para su pareja.
- Continuar brindando las condiciones favorables para la lactancia en los lugares en que la madre desempeña otros roles como mujer ya sea en su trabajo o en lugares de recreación.

- Evaluar la funcionalidad familiar en las visitas domiciliarias para realizar intervenciones en prevención primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Abbass-Dick, C. J., & Dennis, C.-L. 2019. (2019). Manuscrito del Autor aceptados Experiencias materna y paterna y de satisfacción con una intervención de Apoyo a la Lactancia de co-paternidad en.
- Aires, B. (2011). Sobre bases biomoleculares Tercera edición. In *sobre bases biomoleculares* (Tercera ed, p. 753). BUENOS AIRES - BOGOTA- CARACAS- MADRID- MEXICO- PORTO ALEGRE. Retrieved from [www.medicapanamericana-com](http://www.medicapanamericana-com)
- Alarcon, D. (2015). 10 Cuestionarios Sobre Funcionamiento Familiar. *El Blog de Daniel*, (I). Retrieved from <http://danalarcon.com/wp-content/uploads/2015/12/10-Cuestionarios-sobre-Funcionamiento-FamiliaR.pdf?1d3745>
- Armas Guerra, N., & Díaz Muñoz, L. (2007). Las Familias Por Dentro, 1–6.
- Bakker, E. C., & Van Acker, F. (2014). Message framing effects on breastfeeding attitude: A functional measurement experiment. *Psicologica*, 35(3), 675–691.
- Baxter, R., Hastings, N., Law, A., & Glass, E. J. . (2008). Lactancia materna. *Animal Genetics*, 39(5), 561–563.
- Freire Wilma B., R. M. J. ; B. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutricion. ENSANUT - ECU 2012*. (E. N. D. S. Y. N. ENSANUT, Ed.) (2012th–201st ed.). ECUADOR: Wilma B. Freire.
- Gamboa, H., Genealogía, E., De, H., Materna, L., Histórica, G., & Lactancia, D. (2009). Genealogía Histórica de la Lactancia Materna 1. *Revista Actual Costa Rica*, 1409–456, 1–6.

- Gurtler, J. B., & Beuchat, L. R. 2007. (2007). Growth of *Enterobacter sakazakii* in reconstituted infant formula as affected by composition and temperature. *Journal of Food Protection*, 70(9), 2095–2103. <https://doi.org/10.4315/0362-028X-70.9.2095>
- La primera serie de la Revista The Lancet sobre Lactancia Materna, 2016. (2016). La primera serie de la Revista The Lancet sobre Lactancia Materna, 2016. *The Lancet*, 387, 475–504. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Latarjet, L. T. A. (2013). *COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA*. 日本畜産学会報 (Salvat Edi, Vol. 84). Barcelona- Madrid- Buenos Aires. Retrieved from <http://ir.obihiro.ac.jp/dspace/handle/10322/3933>
- Lawrence, R. A. (2014). La Lactancia Materna: Información para amamantar. *Asociación Riojana de Pediatría de Atención Primaria*, 423–446.
- Leng, R. N. W., Shorey, S., Yin, S. L. K., Chan, C. P. P., & He, H. G. (2019). Fathers' Involvement in Their Wives'/Partners' Breastfeeding: A Descriptive Correlational Study. *Journal of Human Lactation*. <https://doi.org/10.1177/0890334419830988>
- MacGregor, C., & Zárate, A. (1973). Fisiología de la lactancia. *Gaceta Medica de Mexico*, 1–18.
- Mahesh, P. K. B., Gunathunga, M. W., Arnold, S. M., Jayasinghe, C., Pathirana, S., Makarim, M. F., ... Senanayake, S. J. (2018). Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: Systematic review and meta-analysis 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. *BMC Public Health*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6037-x>

- Morilla, A. (2012). *Contacto temprano con el padre: Mi experiencia 12º Congreso Argentino de Pediatría Social 7º Congreso Argentino de Lactancia Materna padre: Mi experiencia.*
- Morillo, B;Montero, L. (2010). Redalyc.LACTANCIA MATERNA Y RELACIÓN MATERNO FILIAL EN MADRES ADOLESCENTES. *Lactancia Materna y Relacion Materno Filial En Madres Adolescentes, 9, NUMERO*(Universidad de Murcia), 1–9.
- MSP, N. (2012). Mundial tendencias lactancia. *INICIATIVA MUNDIAL SOBRE TENDENCIAS EN LACTANCIA MATERNA*, 20–54.
- OMS/UNICEF. (1990). Declaracion de Innocenti. *Sobre La Protección, Promoción y Apoyo de La Lactancia Materna.*, 1–3. <https://doi.org/10.1088/0957-0233/21/11/115803>
- Pacheco Peláez, A. J., Rocha Velásquez, V. G., & Trujillo Castrillón, Y. (2012). Participación activa del padre en el proceso de cuidado de su hijo y compañera durante el puerperio, 66. Retrieved from <http://www.bdigital.unal.edu.co/11377/>
- Ponce Rosas, E. R., Gómez Clavelina, F. J., Terán Trillo, M., Irigoyen Coria, A. E., & Landgrave Ibáñez, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en Español (México). *Atención Primaria, 30*(10), 624–630. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79124-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79124-5)
- Revista Crónica, L. noticia al día. (2017). Recalcan importancia de los primeros 6 meses de lactancia. Retrieved from <https://www.cronica.com.ec/informacion/item/20035-recalcan-importancia-de-los-primeros-6-meses-de-lactancia>
- Russo, J. (2019). *Desarrollo mamario y morfología.* Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/breast-development-and->

morphology/print?search=desarrollodelamama&sectionRank=1&usage\_type=def...1/43

Sabillon F, A. B. (2012). Composición de la Leche Materna. *Honduras Pediátrica*, 18(4), 120–124. Retrieved from <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997-7.pdf>

Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III : ¿ Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(nº 2), 30–36.

Tadesse, K., Zelenko, O., Mulugeta, A., & Gallegos, D. (2018). Effectiveness of breastfeeding interventions delivered to fathers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, 14(4), 1–9. <https://doi.org/10.1111/mcn.12612>

Taş pınar, A., Çoban, A., Küçük, M., & Şirin, A. (2013). Fathers' knowledge about and attitudes towards breast feeding in Manisa, Turkey. *Midwifery*, 29(6), 653–660. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.005>

UNICEF. (2009). Retomando El Tema De La Lactancia Materna En La Region De America Latina Y El Caribe- Un Compromiso De Unicef. *Fondo de Las Naciones Unidas Para La Infancia 2009*. Retrieved from [http://www.unicef.org/lac/lactancia\\_materna\\_tacro.pdf](http://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdf)

UNICEF. (2017). MANUAL LACTANCIA MATERNA UNICEF. *LACTANCIA MATERNA*, 91, 399–404.

Vaaler, M. L., Castrucci, B. C., Parks, S. E., Clark, J., Stagg, J., & Erickson, T. (2011). Men's attitudes toward breastfeeding: Findings from the 2007 Texas Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Maternal and Child Health Journal*, 15(2), 148–157. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0605-8>

Vaneekhaute, H. (2011). El papel del padre. *El Papel Del Padre.*, p. 1 of 21.

Vargas, A. (2009). La lactancia materna y sus beneficios. *Rev. Enfermería Actual En Costa Rica*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/J.CELLSIG.2005.11.006>

Weerakkody, S., Mo, Y., & Sinopoli, B. (2017). Detecting integrity attacks on control systems using robust physical watermarking. *Proceedings of the IEEE Conference on Decision and Control*, 2015–Febru(February), 1 of 145. <https://doi.org/10.1109/CDC.2014.7039974>

Yang, S. F., Salamonson, Y., Burns, E., & Schmied, V. (2018). Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: A systematic review. *International Breastfeeding Journal*. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0153-1>

34.- Jiménez, R. (2015). Metodología de la investigación, 1–95.

35.- Hernández, J., & Ortiz, G. (2010). Metodología en investigación clínica. Tipos de estudios. *Servicio de Hematología, HUSalamanca*, 51.

36.- Quintana, Charo; Ikobaltzeta, Itziarr; Iturrioz, Rosa; Armendáriz, Idoia; Fernández, I. (2017). Atención al Parto Normal. Grupo de Trabajo de La Guía de Práctica Clínica Sobre Atención Al Parto Normal. Guía Dirigida a Mujeres Embarazadas, a Los Futuros Padres, Así Como a Sus Acompañantes y Familiares, (116857), 2016–2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009351>

37.- Saldivar Hernández, C. (2013). Funcionalidad Familiar y nivel socioeconómico en familias con niños de 2 – 4 años que presentan obesidad, en la consulta externa de la UMF 220 Toluca México, 2013.



## APÉNDICE

- A: Formulario para recolección de datos: Instrumento 1. Instrumento 2.
- B: Aspectos bioéticos: consentimiento informado.
- C: Cronograma de trabajo.
- D: Resultados.
- E: Fotografías.

**Apéndice –A–**

**FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

## A. Instrumento 1

### CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

#### CUESTIONARIO DE LICKERT

1. Fecha:

2. Edad: .....

A CONTINUACIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN LA RESPUESTA QUE CONSIDERE VERDADERA, SI TIENE ALGUNA DUDA POR FAVOR PREGUNTE.

3. Hasta que nivel estudio

No estudió ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

4. Cuál es su estado civil actual Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) Otro ( )

5. En la actualidad cuantos hijos tiene.....

6. Su hijo recibió algún líquido diferente a la leche materna en los primeros 6 meses de vida.....SI ( ) NO ( )

7. Su hijo a recibido algún alimento sólido (papilla, puré).....SI ( ) NO ( ) edad

#### I. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

PREGUNTAS	SI	NO
1. La lactancia materna NO debe prolongarse más de 6 meses		
2. El niño debe recibir lactancia (seno materno) cada vez que lo desee y exclusiva por 6 meses		
3. Todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebes		
4. La preparación de los pezones facilita la lactancia		
5. La lactancia materna no ayuda a prevenir el cáncer		
6. La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades		
7. Los niños que recibieron el pecho materno son más inteligentes que los que recibieron el biberón		
8. La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y el hijo		
9. Lactancia materna es dar el pecho y agüita al bebe		
10. La leche materna está libre de microbios (parásitos)		
11. La mujer que da de mamar puede comer y beber todo		
12. Hay que comer el doble para poder dar de mamar		

13. Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar		
14. La succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre		
15. La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmediatamente después del parto		

Puntuación 0.66 cada ítem

Excelente : 11-15puntos

Regular: 5-10 puntos

Malo: 0-5 puntos

II. ACTITUD DE LA MADRE HACIA LA LACTANCIA MATERNA (ESCALA MODIFICADA TIPO LICKERT)		
PREGUNTAS	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1. Durante los 6 primeros meses de vida, el bebe debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente		
2. La leche de vaca (leche de tarro) alimenta mejor al bebe que la leche materna		
3. La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo		
4. la madre que amamanta tiene menos posibilidad de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta		
5. la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian		
6. Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada		
7. La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia		
8. Él bebe ser alimentado con leche materna desde que nace		
9. Dar de mamar al bebe es doloroso		
10. Un ambiente tranquilo y agradable no es importante para dar de lactar		

11. La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre		
12. No todas las mamas tienen suficiente leche para dar de lactar		
13. La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora		
14. Él bebe, cuando toma el pecho de su madre recibe amor, seguridad, afecto		
15. El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche		
16. A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo		
17. El cansancio, la falta de apoyo, la tensión de la madre interfiere con la lactancia materna		
18. Si la madre tiene que ausentarse de la casa por estudio o trabajo deberá extraerse manualmente su leche y conservarla en la refrigeradora		

**PUNTUACIÓN**

0.055 CORRESPONDE CADA PREGUNTA

TOTALIDAD 100 % EN LAS 18 PREGUNTAS 0.55

<5 MALA – REGULAR

6 BUENA

7-8 MUY BUENA

9-10 EXCELENTE

**III PARTICIPACION DEL PADRE HACIA LA LACTANCIA MATERNA**

PREGUNTAS	DE ACUERDO	DESACUERDO
1. Si animo a la madre de mi bebe a amamantar		
2. Si la madre de mi bebe amamanta voy a ser capaz de realizar un vínculo		
3. Mi relación íntima con la madre de mi bebe será cambiado negativamente si amamanta		
4. Quiero apoyar y animar a la madre de mi bebe para amamantar		
5. Ayudar en las tareas del hogar a la madre de mi bebe para que tenga tiempo y descanso para amamantar		

**Puntuación 20 cada ítem**

**100%**

- 1 -3 Desacuerdo
- 3-5 Desacuerdo

## A. Instrumento 2

### CUESTIONARIO FACES III DE OLSON



FACES III  
Versión familiar  
H. Olson

Parentesco: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Familia: \_\_\_\_\_

<b>FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee)</b>					
<b>Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen</b>					
Introducciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:					
	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Describa su familia:</b>				
<input type="checkbox"/>	1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.				
<input type="checkbox"/>	2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.				
<input type="checkbox"/>	3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.				
<input type="checkbox"/>	4. los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.				
<input type="checkbox"/>	5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.				
<input type="checkbox"/>	6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.				

<input type="checkbox"/>	7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
<input type="checkbox"/>	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
<input type="checkbox"/>	9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
<input type="checkbox"/>	10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
<input type="checkbox"/>	11. Nos sentimos muy unidos.
<input type="checkbox"/>	12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
<input type="checkbox"/>	13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
<input type="checkbox"/>	14. En nuestra familia las reglas cambian.
<input type="checkbox"/>	15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
<input type="checkbox"/>	16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
<input type="checkbox"/>	17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
<input type="checkbox"/>	18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.
<input type="checkbox"/>	19. La unión familiar es muy importante.
<input type="checkbox"/>	20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

Fuente: (Ponce Rosas et al., 2002)

## Calificación para las dimensiones de la funcionalidad familiar según Faces III de

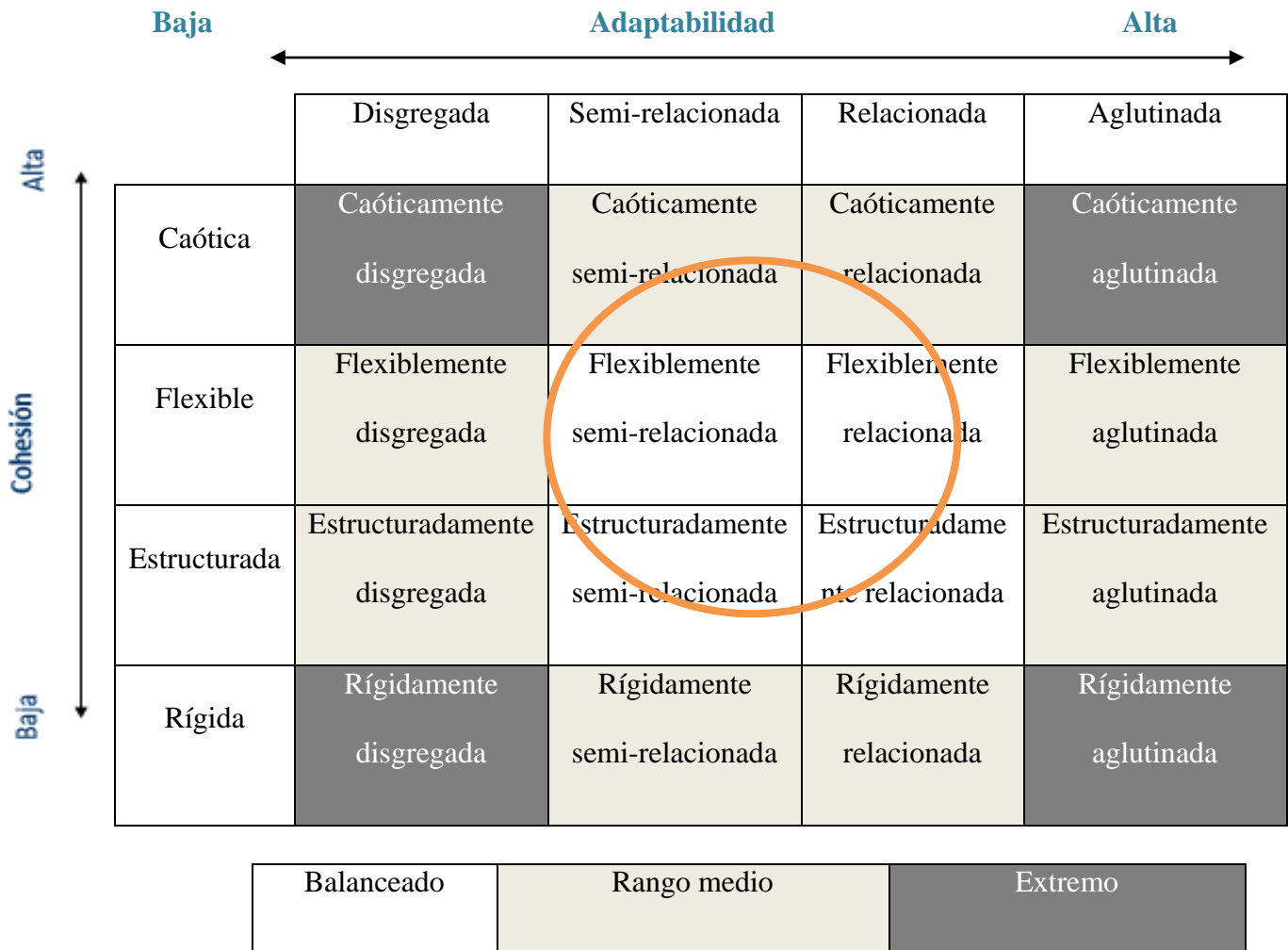
### Olson:

Dimensión o tipos de familia: (Armas Guerra & Díaz Muñoz, 2007) (Ponce Rosas et al., 2002)

- Tipos de familia por su cohesión (preguntas impares):
  - No relacionada: 10-34 puntos
  - Semi-relacionada: 34 – 40 puntos
  - Relacionada: 41 - 45 puntos
  - Aglutinada: 46 – 50 puntos
- Tipos de familia por su adaptabilidad (preguntas pares):
  - Rígida: 10 – 19 puntos
  - Estructurada: 20 – 24 puntos
  - Flexible: 25 - 28 puntos
  - Caótica: 29 - 50 puntos

Cohesión \_\_\_\_\_ + Adaptabilidad \_\_\_\_\_

**Determinación de la funcionalidad familiar según el Modelo Circunflejo de la dinámica familiar de Olson.**



Fuente: (Ponce Rosas et al., 2002)

Según este gráfico, una familia funcional es aquella que logra equilibrar las funciones de cohesión (línea horizontal) y adaptabilidad (línea vertical). Se ubican en el círculo interno, por fuera del círculo interno quedarán ubicadas las familias disfuncionales. (Armas Guerra & Díaz Muñoz, 2007) (Ponce Rosas et al., 2002)

**Apéndice –B–**

**ASPECTOS BIOÉTICOS**

## PARTE I: INFORMACIÓN



Nombre de Investigadoras: Dra. Ángela Alvarado

R.

Dra. Ana Zambrano A.

Este formulario de consentimiento informado se dirige a padres que acuden con sus hijos mayores de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva a controles del niño sano en los centros de salud tipo C de Puerto Quito y el Carmen. Se les invita a participar en la investigación “Funcionalidad Familiar y su asociación sobre el conocimiento, participación y actitud de la lactancia materna exclusiva”

Nosotras Ángela Alvarado Román y Ana Zambrano Ascencio, médicos postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador estamos investigando sobre “Funcionalidad Familiar y su asociación sobre el conocimiento, participación y actitud de la lactancia materna exclusiva”, le proporcionaremos información e invitarles a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy, participar o no en esta investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor me avisa para darme tiempo y explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarnos a mi compañera de investigación o a mí.

El Objetivo de la investigación es estudiar la relación que existe entre la Funcionalidad Familiar y el conocimiento, participación y actitud del padre sobre la lactancia materna exclusiva en los lactantes mayores de 6 meses de edad en los centro de salud Puerto Quito y en el centro de salud del Carmen.

Esta investigación incluirá dos encuestas: una de Funcionalidad Familiar y la otra la escala de Likert que evalúa el conocimiento, participación y actitud del padre sobre la lactancia materna exclusiva.

Estamos invitando a todos los padres con hijos menores de 6 meses de edad que acuden a control del niño sano a los centros de Salud de Puerto Quito y el Carmen para participar en nuestra investigación.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo; si elige participar o no; continuarán recibiendo todos los servicios que brindan estas unidades de salud.

Estas encuestas que realizaremos mediante hojas impresas, la escala de Likert que conste de 3 parámetros: Conocimientos con una puntuación de 11 a 15 puntos excelente, 5 a 10 puntos Regular, 0 a 5 puntos Malo. Participación: con una puntuación de 3 a 5 puntos De acuerdo, de 1 a 2 puntos Desacuerdo, actitud con una puntuación de 9 a 10 puntos excelente, 7 a 8 puntos muy buena, 6 puntos buena, menos de 5 puntos mala.

La de Funcionalidad Familiar Faces III que evalúa dos parámetros Cohesión: Familia no relacionada de 10 a 34 puntos, Familia semi relacionada de 35 a 40 puntos, Familia relacionada de 41 a 45 puntos, Familia aglutinada de 46 a 50 puntos, por su Adaptabilidad: familia rígidas de 10 a 19 puntos, Familia estructuradas de 20 a 24 puntos, Familia flexibles de 25 a 28 puntos y Familias caóticas de 29 a 50 puntos.

La investigación durará desde los meses de Octubre 2018 a Marzo 2019, donde se captaran a los padres que acuden a control de niño sano con sus hijos menores de 6 meses

de edad en lactancia materna exclusiva, al finalizar los 6 meses , se finalizará la investigación.

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias al proporcionarnos cierta información personal; no se le dará ningún dinero o regalos por formar parte en esta investigación.

Con esta investigación es posible que si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, pueden que le hagan pregunta.; nosotras no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial, no será compartida ni entregada a nadie excepto quienes conformamos el proyecto de investigación.

El conocimiento que obtengamos por realizar ésta investigación se compartirá con usted antes que se haga disponible al público y se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde incluso después de haberse iniciado el estudio; puede contactar cualquiera de las siguientes personas Dra. Ángela Alvarado correo [amariuxi\\_25@hotmail.com](mailto:amariuxi_25@hotmail.com), Dra. Ana Zambrano correo [lucyesther2710@hotmail.com](mailto:lucyesther2710@hotmail.com).

**PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.**

He leído (o me han leído) la información proporcionada, se me ha respondido inquietudes sobre el tema.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que puedo desistir en cualquier momento sin modificar mis atenciones normales de salud.

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en

ninguna manera mi cuidado médico. Nombre del Participante\_\_\_\_\_ Firma del

Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Día/mes/año

**ANALFABETOS**

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el

individuo ha dado consentimiento libremente. Nombre del testigo\_\_\_\_\_ Y

Huella dactilar del participante Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Día/mes/año

**Apéndice –C–**

**CRONOGRAMA DE TRABAJO**

		CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES									
ACTIVIDAD	2018				ENERO	2019					
	SEPT.	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Elaboración del tema	X										
Elaboración del protocolo		X	X								
Aprobación del Protocolo				X							
Aprobación del Comité de Bioética					X						
Recolección de datos						X	X	X			
Digitación de datos								X	X		
Análisis de datos								X	X	X	
Elaboración de Discusión, Conclusión										X	X
Elaboración de informe final										X	X

**Apéndice –D–**

**RESULTADOS**

## APÉNDICE. TABLAS:

Tabla 1.

<i>Características Sociodemográficas de los padres con hijos lactantes investigadas</i>		
	<b>Muestra (n=401)</b>	<b>%</b>
<b>Rango de Edad 15 a 68 años</b>		
<b>Media 29,66 DS: 8,68</b>		
Adulto medio	94	23.4
Adulto Joven	301	75.1
Adulto Mayor	6	1.5
<b>Sexo</b>		
Masculino	410	100
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	39	9.7
Casado	103	25.7
Unión Libre	259	64.6
<b>Etnia</b>		
Mestizo	401	100
<b>Procedencia</b>		
Zona Rural	401	100
<b>Nivel de Instrucción</b>		
Ninguna	38	9.5
Primaria	92	22.9
Secundaria	232	57.9
Superior	39	9.7
<b>Nivel Socio económico</b>		
Alto	14	3.5
Medio	194	48.4
Bajo	193	48.1
<b>Lugar de Residencia</b>		
Puerto Quito	200	49.9
Carmen	201	50.1
<b>Número de hijos</b>		
1-3 hijos	365	91.02
4-6 hijos	35	8.73
+6 hijos	1	0.25

*Nota:* Los datos se presentan como número y porcentaje, salvo que se indique lo contrario.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

**Tabla 2***Conocimiento, actitud y participación del padre sobre la Lactancia Materna*

	<b>Muestra (n=401)</b>	<b>%</b>
<b>Conocimiento del padre</b>		
Excelente	246	61.3
Regular	141	35.2
Malo	14	3.5
<b>Actitud del padre</b>		
Excelente	24	6.0
Muy buena	240	59.9
Buena	68	17.0
Mala	69	17.2
<b>Participación del padre</b>		
De acuerdo	360	89.8
Desacuerdo	41	10.2

*Nota:* Los datos se presentan como número y porcentaje, salvo que se indique lo contrario.*Fuente:* base de datos.*Elaborado por:* las autoras.**Tabla 3***Dimensiones de la funcionalidad Familiar según OLSON mediante Faces III en padres que tienen conocimiento en lactancia materna*

	<b>Muestra (n=401)</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de familia por su cohesión</b>		
Desvinculadas	16	3.99
Separadas	105	26.1
Conectadas	196	48.8
Amalgamadas	84	20.9
<b>Tipo de familia por su Adaptabilidad</b>		
Rígida	13	3.24
Estructurada	64	15.9
Flexible	171	42.6
Caótica	153	38.1

*Nota:* Los datos se presentan como número y porcentaje, salvo que se indique lo contrario.*Fuente:* bases de datos.

**Tabla 4**

*Funcionalidad familiar en padres en conocimiento, participación y actitud en lactancia materna*

	Funcionalidad Familiar	
	Muestra (n=401)	%
Familia Funcional	229	57.1
Familia Disfuncional	172	42.8

*Nota:* Los datos se presentan como número y porcentaje, salvo que se indique lo contrario.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

**Tabla 5**

*Comprobación de hipótesis.*

	Estadística no paramétrica		
	Chi-cuadrado	gl	Significancia
<b>Conocimiento sobre lactancia*funcionalidad familiar</b>	<b>19.674</b>	<b>2</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Actitud sobre lactancia*funcionalidad familiar</b>	<b>34.488</b>	<b>3</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Participación sobre lactancia*funcionalidad familiar</b>	<b>26.944</b>	<b>1</b>	<b>&lt;0,05</b>

*Nota:* Los datos que se presentan es para corroborar la significancia estadística del Chi-cuadrado (p), Si  $p < 0,05$  el resultado es significativo, salvo que se indique lo contrario; gl= grados de libertad.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

**Tabla 6**

*Comprobación hipótesis*

<b>Estadística no paramétrica</b>			
	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Significancia</b>
<b>Tipo de familia según la Cohesión*Conocimiento sobre Lactancia Materna</b>	<b>24,369</b>	<b>6</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Tipo de familia según la Cohesión *Actitud de Padre hacia la Lactancia Materna</b>	<b>41,624</b>	<b>9</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Tipo de familia según la Cohesión *Participación del padre hacia la Lactancia Materna</b>	<b>13,038</b>	<b>3</b>	<b>&lt;0,05</b>

*Nota:* Los datos que se presentan es para corroborar la significancia estadística del Chi-cuadrado (p), Si  $p < 0,05$  el resultado es significativo, salvo que se indique lo contrario; gl= grados de libertad.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

**Tabla 7**

*Comprobación de hipótesis.*

<b>Estadística no paramétrica</b>			
	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Significancia</b>
<b>Tipo de familia según la Adaptabilidad* Conocimiento sobre Lactancia Materna</b>	<b>21,727</b>	<b>6</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Tipo de familia según la Adaptabilidad * Actitud de Padre hacia la Lactancia Materna</b>	<b>38,790</b>	<b>9</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Tipo de familia según la Adaptabilidad * Participación del padre hacia la Lactancia Materna</b>	<b>25,742</b>	<b>3</b>	<b>&lt;0,05</b>

*Nota:* Los datos que se presentan es para corroborar la significancia estadística del Chi-cuadrado (p), Si  $p < 0,05$  el resultado es significativo, salvo que se indique lo contrario; gl= grados de libertad.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

**Tabla 8**

*Asociación del conocimiento, actitud y participación con el nivel escolaridad del padre en lactancia materna*

<b>Estadística no paramétrica</b>			
	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Significancia</b>
<b>Conocimiento sobre lactancia materna*Nivel escolaridad</b>	<b>23.226</b>	<b>6</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Actitud sobre lactancia materna*Nivel escolaridad</b>	<b>40.276</b>	<b>9</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Participación sobre lactancia materna*Nivel escolaridad</b>	<b>20.881</b>	<b>3</b>	<b>&lt;0,05</b>

*Nota:* Los datos que se presentan es para corroborar la significancia estadística del Chi-cuadrado (p), Si  $p < 0,05$  el resultado es significativo, salvo que se indique lo contrario; gl= grados de libertad.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

**Tabla 9**

*Nivel de escolaridad vs tipo de familia según su cohesión y adaptabilidad.*

<b>Estadística no paramétrica</b>			
	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Significancia</b>
<b>Nivel de escolaridad * Tipo de familia según la Cohesión</b>	<b>11.408</b>	<b>9</b>	<b>&gt;0,24</b>
<b>Nivel de escolaridad * Tipo de familia según la Adaptabilidad</b>	<b>23.673</b>	<b>9</b>	<b>&lt;0,05</b>

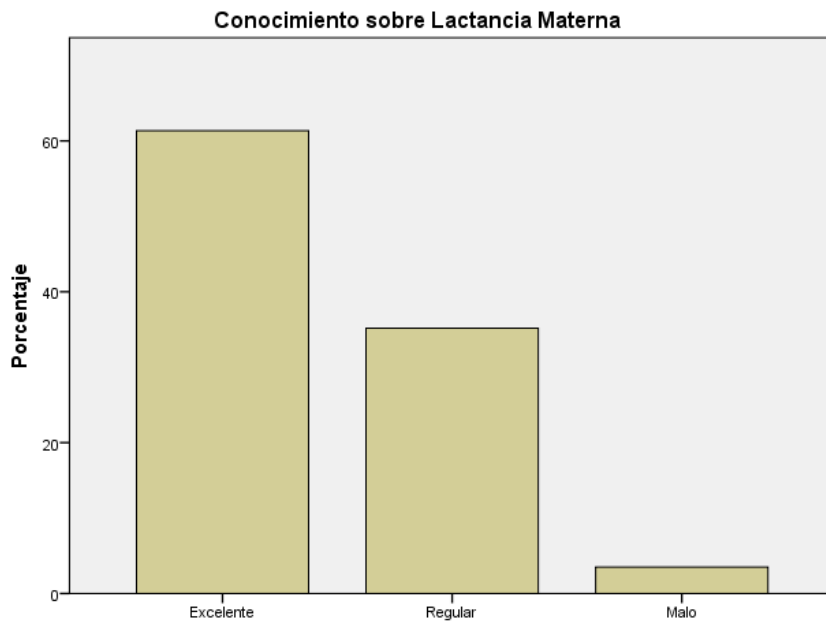
*Nota:* Los datos que se presentan es para corroborar la significancia estadística del Chi-cuadrado (p), Si  $p < 0,05$  el resultado es significativo, salvo que se indique lo contrario; gl= grados de libertad.

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* las autoras.

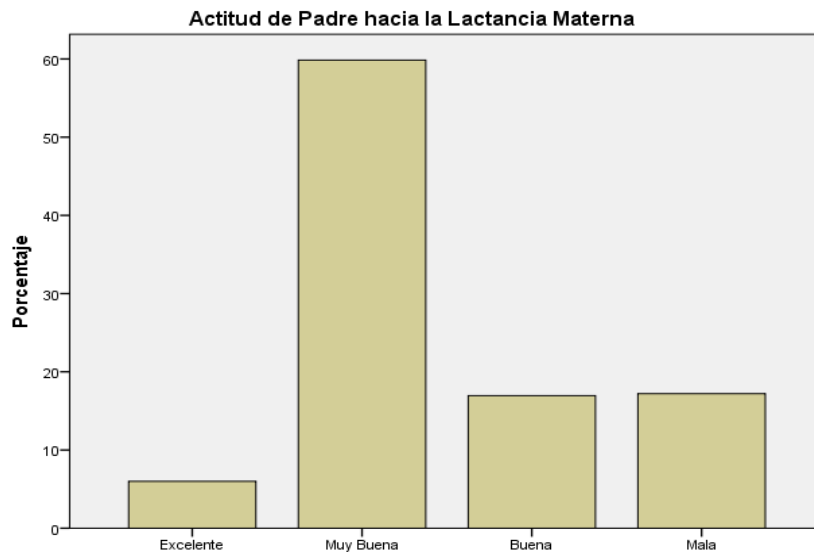
## APÉNDICE. FIGURAS

Figura 1



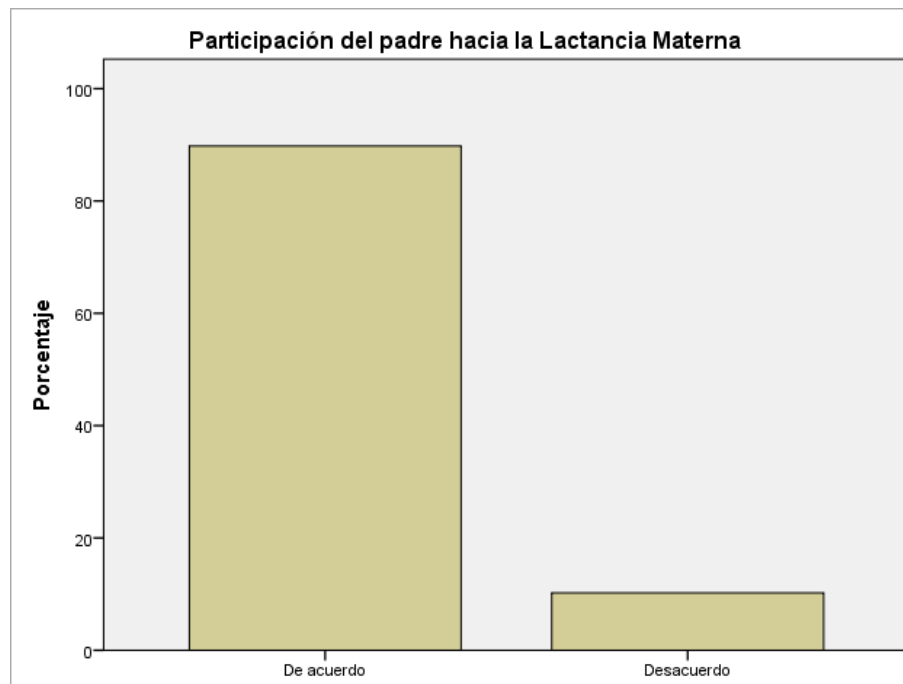
Fuente: base de datos  
Elaborado por: las autoras.

Figura 2



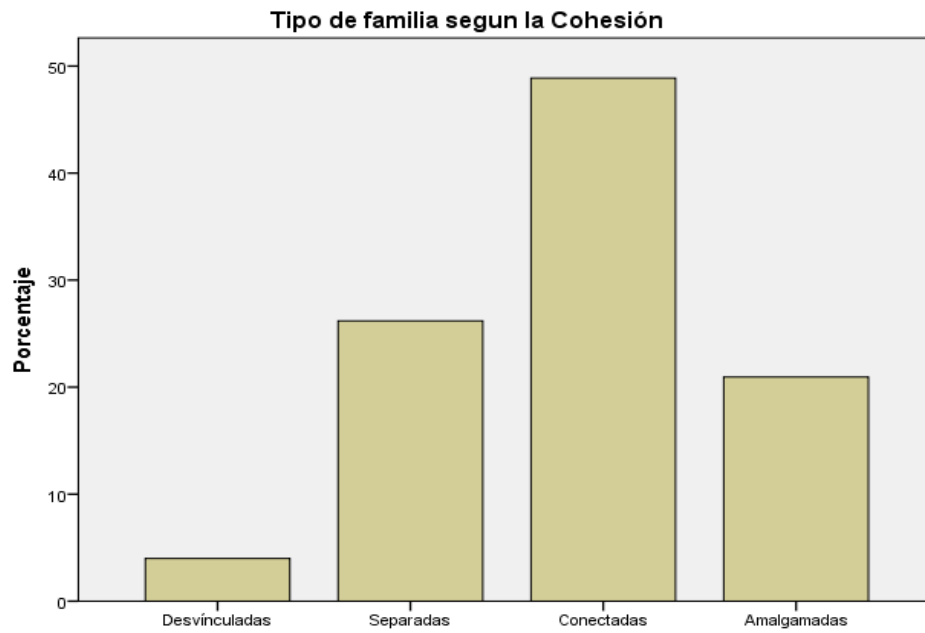
Fuente: base de datos  
Elaborado por: las autoras

**Figura. 3**



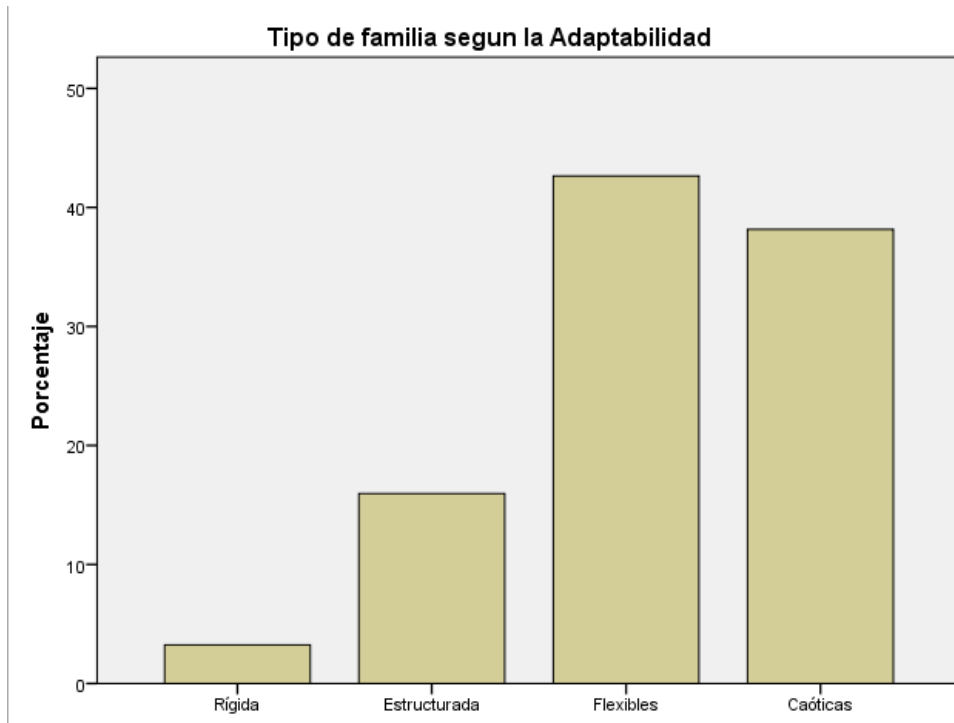
Fuente: base de datos.  
Elaborado por: las autoras.

**Figura 4**



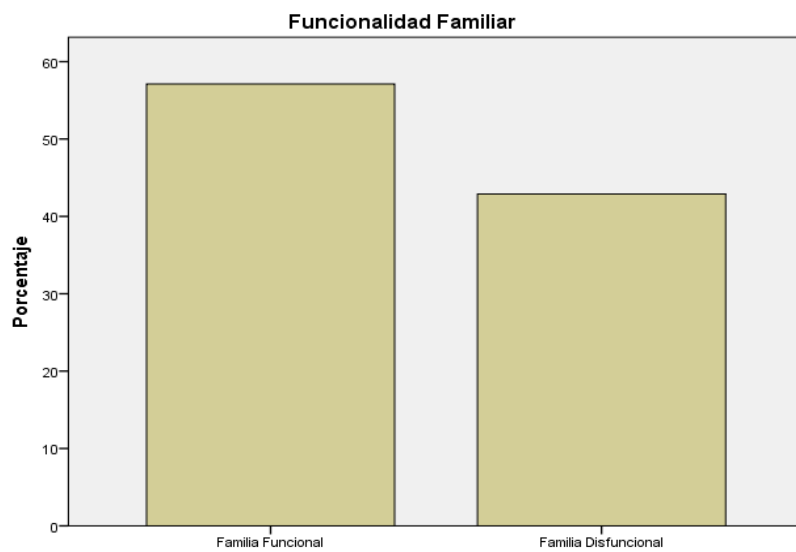
Fuente: base de datos  
Elaborado por: las autoras

**Figura 5**



Fuente: base de datos.  
Elaborado por: las autoras.

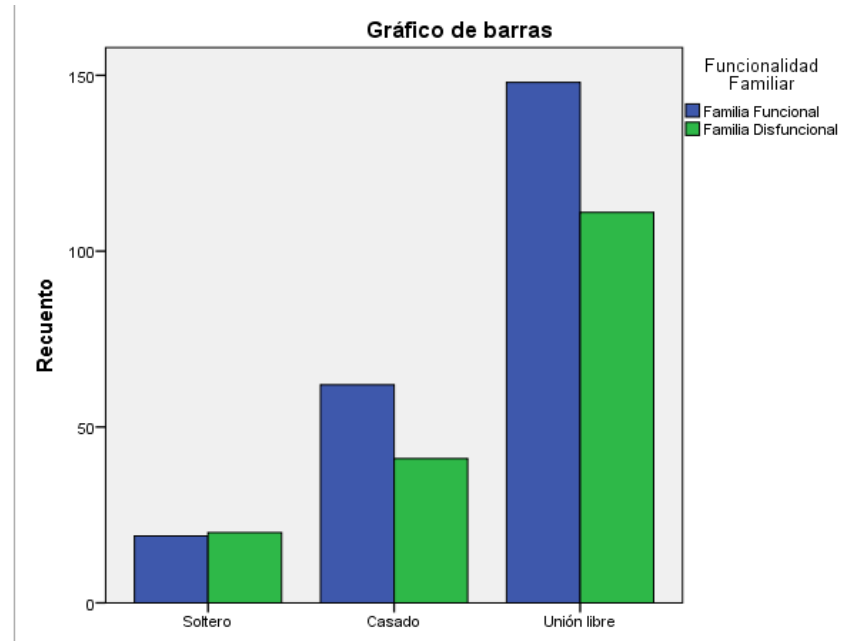
**Figura 6**



Fuente: base de datos.  
Elaborado por: las autoras.

**Figura 7**

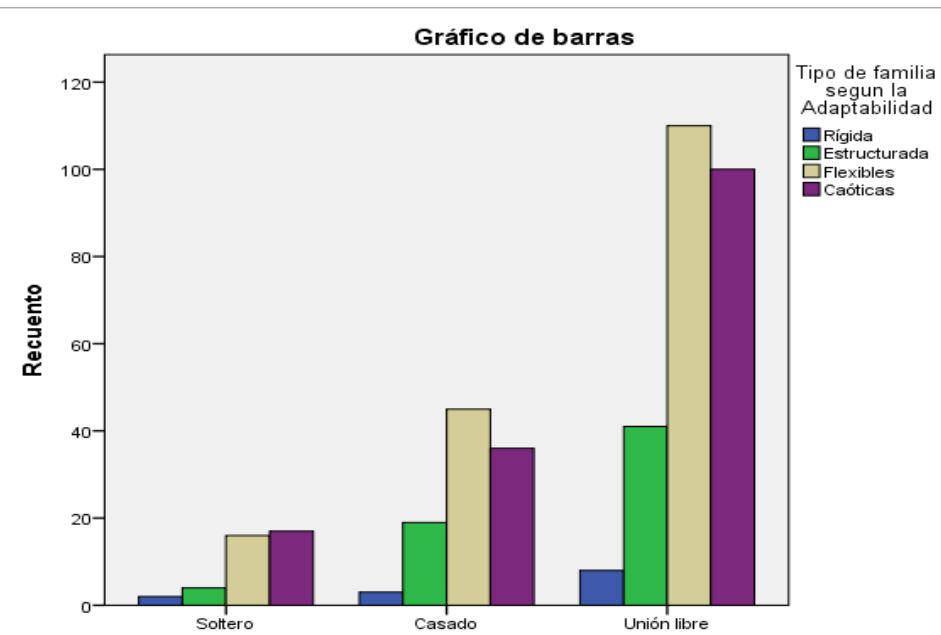
**RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON EL ESTADO CIVIL**



Fuente: base de datos.  
Elaborado por: las autoras.

**Figura 8**

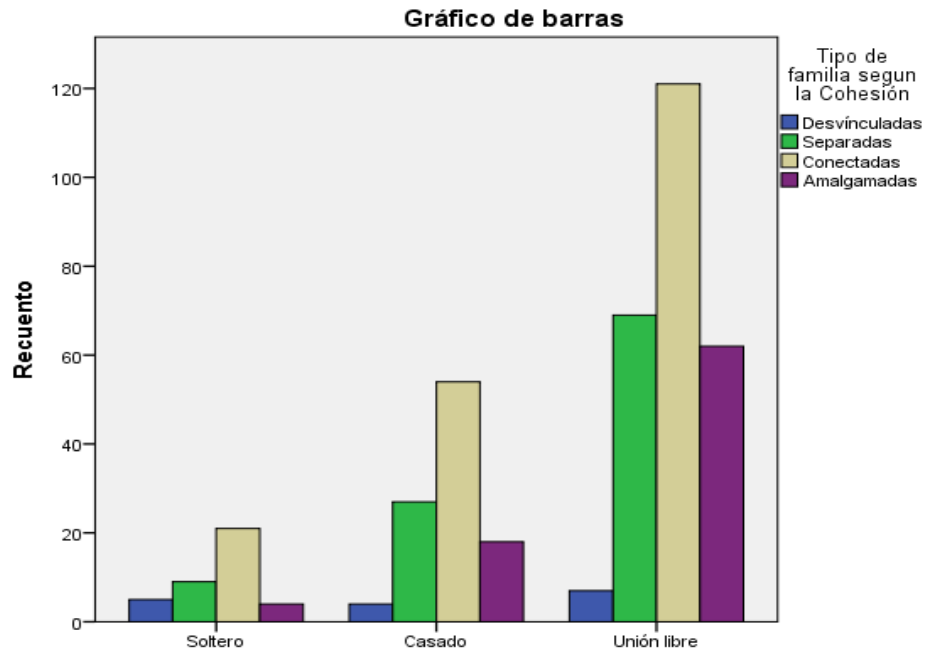
**TIPO DE FAMILIA SEGÚN LA ADAPTABILIDAD RELACIONADO CON EL ESTADO CIVIL**



Fuente: base de datos.  
Elaborado por : las autoras.

**Figura 9**

*RELACION ENTRE EL TIPO DE FAMILIA SEGÚN LA COHESION Y EL ESTADO CIVIL*



Fuente: base de datos.  
Elaborado por: las autoras.

**Apéndice –E–**  
**FOTOGRAFÍAS**

## CENTRO DE SALUD TIPO C PUERTO QUITO





## CENTRO DE SALUD TIPO C EL CARMEN





## VISTA

### Datos del equipo de investigación

Dra. Ángela Mariuxi Alvarado Román.

*Médica. Egresada del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas.*

Dra. Ana Esther Zambrano Asencio.

*Médica. Egresada del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas.*

Dra. Betzabé Tello

*Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*

Dr. Juan José Iglesias Fernández.

*Médico. Especialista en Anatomía Patológica, Diplomado en Medicina Familiar. Tratante del Hospital Dr. Gustavo Domínguez. Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*

### Datos de contactos:

Dra. Ángela Alvarado.

**Tlf:** 0996844064

**E-mail:** [amariuxi\\_25@hotmail.com](mailto:amariuxi_25@hotmail.com)

Dra. Ana. Zambrano.

**Tlf:** 0984147892

**E-mail:** [lucyesther2710@hotmail.com](mailto:lucyesther2710@hotmail.com)

Dra. Betzabé Tello.

**Tlf:** 0992372671

**E-mail:** [betzabetello@yahoo.com](mailto:betzabetello@yahoo.com)

Dr. Juan José. Iglesias.

**Tlf:** 09399794470

**E-mail:** [ya1100@hotmail.com](mailto:ya1100@hotmail.com)