



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO SEDE CARABOBO  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA: SALUD Y CUIDADO HUMANO

**APROXIMACIÓN DE UN MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA Y  
FAMILIAR PARA LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA**

Autora: Mgs. María Hilda Cárdenas

Tutora: Dra. Nelly Arenas

Valencia, Mayo 2013



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO SEDE CARABOBO  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA: SALUD Y CUIDADO HUMANO

**APROXIMACIÓN DE UN MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA Y  
FAMILIAR PARA LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA**

**Autora:** Mgs. María Hilda Cárdenas

Trabajo que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al Título de Doctora en Enfermería Salud y Cuidado Humano

Valencia, Abril 2013



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO SEDE CARABOBO  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA: SALUD Y CUIDADO HUMANO

**APROXIMACIÓN DE UN MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA Y  
FAMILIAR PARA LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA**

**Autora:** Mgs. María Hilda Cárdenas

Aprobado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo por miembros de la Comisión Coordinadora

Nombres y Apellidos

Firma

---

---

---

Valencia, Abril 2013



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO SEDE CARABOBO  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA: SALUD Y CUIDADO HUMANO

**AUTORIZACIÓN DEL TUTOR**

Yo, Nelly Arenas, en mi carácter de Tutora del Trabajo Doctoral Titulado:  
**APROXIMACIÓN DE UN MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA Y FAMILIAR PARA LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA.**

Presentado por la ciudadana: María Hilda Cárdenas, titular de la Cedula de Identidad N° 10.328.298 para optar al título de Doctora en Enfermería, Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano. Considero que dicha tesis reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Valencia, a los 01 días del mes de Abril del año Dos Mil Trece.

---

Dra. Nelly Arenas  
C.I.N°



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 DIRECCIÓN DE POSTGRADO SEDE CARABOBO  
 DOCTORADO EN ENFERMERÍA: SALUD Y CUIDADO HUMANO

**VEREDICTO**

Nosotros, Miembros del Jurado designado para la Evaluación de la Tesis de Grado Doctoral Titulada: **Aproximación de un modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna**, presentada por la Mgs María Hilda Cárdenas, para optar al Título de Doctora en Enfermería, Área de Concentración: Salud y Cuidado humano, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos	C. I N°	Firma
	—	
	—	
	—	

Valencia, Abril 2013

# **ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO**

## DEDICATORIA

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mis viejos hermosos, Francelina y Luis Antonio, por enseñarme que la vida sin amor no tiene significado, por estar a mi lado y darme su apoyo incondicional, por mostrarme el valor de la amistad y la familia, por haber depositado en mí su amor y sus anhelos.

Mi esposo Pedro Ali, por estar siempre a mi lado y apoyarme con su presencia, brindándome amor, fortaleza; gracias esposo por la paciencia.

Mis Hijos, Rosmary, Damian y Pedro Ali; epicentro de mi vida...tres razones inapelables para seguir por aquí por un largo tiempo.

Mi Nieto, Chiquitito de la casa; mi segunda oportunidad de ser madre...

Mi hermano, por estar conmigo y apoyarme siempre, lo quiero mucho, Mis sobrinos, Luis Alejandro, Luisfranny, Lurismar, estrellitas preciosas que iluminan la casa y Mi Cuñada, María Alejandra, por el cariño brindado

Mis familiares que no los nombro a todos por que me faltaría espacio pero que saben que los llevo en mi corazón

Mi Querida Amiga y Mejor Hermana Rosa Reina, emprendimos juntas esta formación académica hace ya 19 años de los cuales ya tenemos 3 títulos cosechados, gracias amiga por estar ahí en los momentos gratos y no tan gratos de mi vida...

Mi Querida y muy recordada Madre Académica Prof. Dra. Rosa González, que partió al cielo justo cuando quería verme graduada de Dra. Gracias Profe querida tenias razón ese era mi momento...dejaste arregladas muchas cosas antes de irte...mi cariño y agradecimiento eterno....

Mi Querida Tutora, Dra. Nelly Arenas por todas sus enseñanzas y dedicarme el tiempo necesario para la culminación de esta tesis

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios creador del universo y dueño de mi vida que me permite vivir y compartir el día a día con mis seres queridos

A mi Apreciada Tutora Dra. Nelly Arenas, por brindarme su confianza y dar todo su esfuerzo para la culminación de este trabajo

A la Prof. Elka Montes, que me apoyo con su experiencia y también dedico tiempo a la evaluación de este trabajo.

A Mi querida Prof. Amarilis, mi maestra, estuvo allí aportando sus conocimientos y apoyándome

A Todos Mis profesores que han formado parte de este camino; los recuerdo con mucho cariño

A todos mis Amigos de la Escuela de Enfermería y Especialmente a los de mi Departamento por apoyarme

A la Ilustre Universidad de Carabobo, llegue a tus espacios hace 19 años con muchos sueños, que ido cristalizando a través del tiempo

A la Comisión Coordinadora del Doctorado en Enfermería, por su afán de apoyar a sus Doctorandos

A mis Compañeros de Estudio del Doctorado, los recuerdo con mucho cariño...

A Alexandra....por brindarme un consejo oportuno y también las informaciones administrativas....

A la Dra. Cira Bracho de López...nos une el cariño y respeto que le profesamos a nuestra querida y siempre recordada Profe Rosa González

A la Prof. Ani y Milagros...han formado parte de mi vida académica...brindándome su confianza y cariño, las quiero y las respeto mucho....

Para todos Ustedes mi más Sincero y Eterno Agradecimiento

María Hilda

## INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	viii
AGRADECIMIENTO.....	ix
INDICE DE CONTENIDOS.....	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRAC.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1

### CAPITULO I

ABORDANDO EL PROBLEMA Y LA PROPUESTA DE ESTUDIO-----	5-8
Propósito del estudio -----	8
Objetivos de la investigación-----	8
Justificación-----	8-10

### CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL-----	11
¿Qué se ha hecho en relación a la lactancia materna exclusiva?--	11-17
Referentes teóricos relacionados con el tema en estudio-----	17
El cuidado-----	17-22
Modelos de cuidado de enfermería-----	22-37
Lactancia materna-----	37-38
Memoria histórica de la lactancia materna-----	38-43
¿Qué está pasando actualmente con la lactancia materna?-----	43-46
Lactancia materna, demanda y oferta de atención sanitaria-----	46-49
¿Qué sabemos del papel socializador de la lactancia materna?-----	49-52

### CAPITULO III

REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO-----	53
Enfoque teórico-----	53
Investigación cualitativa-----	53-54
Interaccionismo Simbólico-----	55-58
Teoría Fundamentada en los Datos-----	58-61
Teoría Fundamentada en los Datos: sus conceptos básicos-----	61-65

Entrevista en profundidad-----	65-66
Enfoque Metodológico-----	66
Contexto de la investigación-----	66
Técnica de recolección de datos-----	67
Criterios de selección-----	69
Procedimiento de recolección de los datos-----	69
Rigor metodológico-----	70
Consideraciones éticas-----	71
 <b>CAPITULO IV</b>	
<b>ANALISIS, INTERPRETACION Y DISCUSION DE LOS DATOS</b>	
Categoría 1: Practicas alimentarias del recién nacido-----	73-83
Categoría 2: Indagando sobre lactancia materna-----	84-93
Categoría 3: Barreras y dilemas del amamantamiento-----	93-107
Categoría 4: Promoción y beneficios de la lactancia materna-----	107-118
Categoría 5: Grupos de apoyo a la lactancia materna-----	118-126
 <b>CAPITULO V</b>	
<b>PRESENTACION DE LOS RESULTADOS: MODELO DE CUIDADO</b>	
Construcción del modelo de cuidado-----	127-132
Explicación del modelo de cuidado-----	132-133
Estructura del modelo de cuidado de enfermería y familiar-----	133-136
Orientaciones de cierre-----	136-139
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> -----	140-146
<b>ANEXOS</b> -----	147-151

# **APROXIMACIÓN DE UN MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA Y FAMILIAR PARA LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA**

**AUTORA:** Mgs. María Hilda Cárdenas.

**TUTORA:** Dra. Nelly Arenas

**AÑO:** 2013

## **RESUMEN**

De acuerdo a mi experiencia en la práctica profesional en el área asistencial pública y privada he venido observando que cada día las madres de todas las edades amamantan menos. En este contexto y frente a esta situación, como enfermera de largos años de experiencia en el área asistencial curativa y preventiva y como integrante del equipo de salud he sentido ciertas inquietudes que me han motivado y generado la disposición para iniciar el abordaje de la problemática. El contexto de la investigación fue el municipio San Carlos del estado Cojedes, en un Hospital público, un Ambulatorio Urbano y dos Centros Clínicos donde se desarrollaron los momentos de la investigación, la recolección de la información y la observación interpretativa, el propósito del estudio fue construir una aproximación de un modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna exclusiva, a través de los hallazgos en los datos recolectados. El abordaje fue el paradigma cualitativo con la orientación filosófica del Interaccionismo Simbólico, utilizando el método de la Teoría Fundamentada en los Datos. La técnica de recolección de datos fue la entrevista en profundidad. Participaron en el estudio, siete informantes: cuatro puérperas, dos de sus familiares que vivían junto a ellas la experiencia de amamantar a su hijo y una enfermera del área de puerperio, trabajadora del sector público y privado. Del análisis de los datos emergieron cinco categorías que permitieron la construcción del modelo de cuidado. Asimismo me dio la oportunidad de saber que debe existir un ambiente familiar favorable, sobre todo, en aquellas madres que enfrentan esta experiencia por primera vez. El apoyo de la familia es esencial para que disminuya la ansiedad que es un factor importante y muy frecuente en estas madres. La lactancia materna es un proceso único que proporciona la alimentación ideal para los lactantes y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables, así mismo también reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, disminuye la morbilidad y la mortalidad infantil.

**PALABRAS CLAVE:** Modelo de Cuidado, Lactancia materna, Familia

# A MODEL APPROACH OF NURSING CARE AND FAMILY PRACTICE OF BREASTFEEDING

**AUTHOR:** Mgs. Hilda Maria Cardenas.

**TUTOR:** Dra. Nelly Arenas

**YEAR:** 2013

## **ABSTRACT**

According to my experience in professional practice in the public and private health care area've been watching every day the mothers of all ages breastfeed less. In this context and deal with this situation, as a nurse of many years of experience in the curative and preventive care and as a member of the health team have felt some concerns that have motivated me and generated a willingness to start addressing the problem. The context of the research was the San Carlos municipality Cojedes state, in a public hospital, a clinic Urban and two clinical sites where moments develop research, data collection and interpretive observation, the purpose of the study was build an approximation of a model of nursing care and family to practice exclusive breastfeeding, findings based on data collected. The approach was qualitative paradigm with Symbolic Interaction philosophical orientation, using the method of Grounded Theory. The technique of data collection was in-depth interviews. Participated in the study, seven informants: four postpartum women, two of his relatives who lived with them the experience of breastfeeding her child and a nurse from postpartum area, working in the public and private sectors. Analysis of five categories emerged from the data in order to build the model of care. It also gave me the opportunity to know that there must be a favorable family environment, especially in mothers who face this experience for the first time. The family support is essential to decrease the anxiety which is a very common and important factor in these mothers. Breastfeeding is a unique process that provides the ideal nutrition for infants and contributes to their healthy growth and development, reduces the incidence and severity of infectious diseases, and reduce morbidity and mortality.

Keywords: Model of Care, Breastfeeding, Family

## INTRODUCCIÓN

Escoger como y que darle como alimentación al bebé, es una decisión personal que merece una consideración cuidadosa y exhaustiva. La leche materna es la fuente nutricional natural para bebés menores de un año. La mayoría de los profesionales de salud, entre ellos, la Academia estadounidense de Pediatría (The American Academy of Pediatricians) y la Asociación Nacional de Enfermeras Pediátricas y médicos asociados (National Association of Pediatric Nurse Associates and Practitioners) recomiendan la lactancia materna durante el primer año de vida del bebé **(1,2)**.

Sobre lo mismo, Talayero, Rivera y Fernández sustentan que la leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros seis meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas, grasas y suministra las enzimas digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los niños requieren **(3)**. Además, la leche materna contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a contrarrestar las infecciones. De ahí, que los expertos están de acuerdo que amamantar al bebé durante cualquier período de tiempo, por corto que sea, es beneficioso tanto para el bebé como para la madre.

Sin embargo, desde otro prisma, la lactancia materna es considerada como un fenómeno biocultural, simbiosis de instinto y cultura, así lo refiere Arruga, Burguieri y Delgado **(4)**. Se puede decir que es el aspecto cultural el que le confiere una especial vulnerabilidad: avances científicos, cambios sociológicos,

desinterés de los profesionales de la salud y presiones comerciales que han estado a punto de hacerla desaparecer en el último siglo.

La lactancia materna, como fenómeno cultural con implicaciones biológicas determinantes para la supervivencia de la especie humana, a semejanza de lo que ocurre con otros mamíferos, vemos como se ha modificado su práctica por factores sociales, económicos y psicológicos. De acuerdo a mi experiencia en la práctica profesional en el área asistencial pública y privada he venido observando que cada día las madres de todas las edades amamantan menos, justificándose con una serie de razones en todo caso valederas para ellas.

Algunas argumentan que tienen los senos pequeños y no son capaces de alimentar al bebé, otras dicen que deben salir a trabajar, en consecuencia, carecen de tiempo suficiente para lactar al bebé. Hay quienes expresan que el niño llora mucho y no queda satisfecho, además manifiestan que en su círculo familiar le han aconsejado que le suministre fórmulas lácteas, agua y jugos para que el niño aumente de peso, se desarrolle y crezca más rápido, sin preguntarse los riesgos de que el niño enferme.

La leche materna es un alimento completo, específico de la especie humana que contiene todos los nutrientes que un bebé necesita para crecer sano, facilita su adaptación a la vida, le transmite afecto tanto a la madre como al niño, le protege de enfermedades y estimula su desarrollo intelectual, a la vez que beneficia la salud de la madre y la economía de tiempo y economía familiar. Economía de tiempo porque el

alimento va directamente del productor al consumidor y economía financiera porque es gratuita.

En ese sentido, Ruiz. L y otros, sustentan que la leche humana es la más idónea para todos los lactantes, incluidos los prematuros y enfermos. Además, es un derecho básico del niño ser amamantado por su madre y comenzar la vida de manera más apropiada **(1)**.

Se conoce que en la sociedad tradicional las familias eran numerosas y existía la cultura de protección a la lactancia materna. Las otras mujeres ayudaban a la nueva madre en el aprendizaje del amamantamiento. En cambio en la sociedad actual, industrial y urbana, las familias son pequeñas y las nuevas madres carecen en algunos casos del apoyo de la familia tradicional, la mayoría no saben dar el pecho y en otros casos, nunca han visto amamantar, se nota definitivamente que el fenómeno biocultural de la lactancia materna precisa y merece de la promoción integral y política de los poderes públicos, gobiernos y administradores de salud.

En este sentido, toman fuerzas las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud siendo acatadas, interpretadas y aplicadas con mayor o menor empeño por los ministerios de salud de los diversos países y comunidades autónomas. De allí que los profesionales de enfermería tenemos el compromiso moral como ciudadanos y la obligación por ley de hacer educación sanitaria, divulgando y promocionando por los

medios a nuestro alcance, hábitos y estilos de vida saludables, que incluyan la promoción integral de la lactancia natural por parte del equipo de salud.

Esta es una de las razones de mi interés por abordar la temática: Aproximación de un modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna. El mismo está adscrito a la línea de investigación Promoción del Cuidado Humano en la Experiencia de la Salud y Calidad de Vida del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Carabobo. El estudio será abordado desde el paradigma cualitativo por el método de la Teoría Fundamentada en los Datos.

El trabajo está ordenado en 5 capítulos los cuales se estructuran de la siguiente manera: capítulo I abordando el problema y la propuesta de estudio, Objetivos del estudio, y la justificación. Capítulo II: marco referencial ¿qué se ha hecho en relación a la lactancia materna exclusiva?, referentes teóricos relacionados con el tema en estudio, el cuidado, modelos de cuidado de enfermería, lactancia materna, memoria histórica de la lactancia materna, ¿qué está pasando actualmente con la lactancia materna?, lactancia materna, demanda y oferta de atención sanitaria, ¿qué sabemos del papel socializador de la lactancia materna?. Capítulo III: referencial teórico metodológico: enfoque Metodológico, investigación cualitativa, interaccionismo simbólico, teoría fundamentada en los datos, teoría fundamentada en los datos: sus conceptos básicos, entrevista en profundidad, enfoque metodológico, contexto de la investigación, técnica de recolección de datos, criterios de selección, procedimiento de recolección de los datos, rigor metodológico, consideraciones éticas. Capítulo IV; análisis, interpretación y discusión de los datos categoría 1: practicas alimentarias del

recién nacido, categoría 2:, indagando sobre lactancia materna, categoría 3: barreras y dilemas del amamantamiento, categoría 4: promoción y beneficios de la lactancia materna, categoría 5: grupos de apoyo a la lactancia materna. Capitulo v presentación de los resultados: modelo de cuidado, construcción del modelo de cuidado, explicación del modelo de cuidado, estructura del modelo de cuidado de enfermería y familiar, orientaciones de cierre. Referencias bibliográfica. Anexos

## CAPÍTULO I

### ABORDANDO EL PROBLEMA Y LA PROPUESTA DE ESTUDIO

Sin duda alguna, la lactancia natural es la mejor opción para alimentar al niño durante el primer año de vida, pues le aporta importantes ventajas entre ellas la superioridad nutricional, ausencia de agresión físico-química y antigénica, apoyo inmunológico específico e inespecífico, apoyo al crecimiento y desarrollo del tubo digestivo y además de la prevención de la morbimortalidad infantil.

Además, de los grandes beneficios que aporta a la madre como la recuperación física en el postparto, espaciamiento de los embarazos y menor probabilidad de cáncer mamario. La lactancia ofrece un espacio para mayor interacción entre la madre y el niño, lo que influye en el establecimiento de vínculos afectivos y del desarrollo psicomotor. A pesar de la importancia de los beneficios que tiene dar lactancia materna exclusiva al niño en los primeros seis meses, seguida de alimentación complementaria, continuando con la lactancia hasta el segundo año de vida; Rosenthal, acota que la lactancia materna paso de ser un derecho a una decisión o elección con la comercialización de la leche artificial ya que esta cuando apareció se veía como algo a lo cual recurrir en última instancia y nunca para ser utilizada de forma habitual y de primera elección (5).

Además de los beneficios de la leche materna que están claros, existe la promoción por los diferentes medios de comunicación y la creación de instituciones públicas y privadas, ligas a nivel mundial, con la finalidad de promover la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, es

evidente que cada día se habla más de madres que no amamantan a sus hijos, atribuyendo esto a la era de la industrialización, a la entrada de la mujer al mercado de trabajo y las migraciones de la zona rural a la urbana, entre otros.

Frente a todas estas incongruencias, además, existen en el mercado una extensa gama de fórmulas artificiales que son ofrecidas a las madres, en las que ellas ven una serie de ventajas de tipo estético y de economía de quehaceres que a corto o largo plazo repercutirán negativamente en la salud del niño, se dice que antes del parto entre el 80 y 90% de las embarazadas desean amamantar, después del parto, a no ser que tengan apoyo emocional y reciban el entrenamiento y la información adecuada sobre cómo dar de mamar, una buena parte de estas mujeres se negaran a dar el pecho, trayendo como consecuencia un aumento en las tasas de morbilidad infantil en casi todos los países del mundo de los que no escapa Venezuela.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Venezuela muestra estadísticas de tasas de mortalidad en niños menores de un año que han ido en ascenso, siendo las primeras causas, diarreas, desnutrición y procesos alérgicos, que según opinión de expertos se deben a una inadecuada alimentación que fácilmente pudieran resolverse si las madres comprendieran que la lactancia materna exclusiva es el único alimento que necesita el niño en los primeros seis meses de vida **(6)**.

En este contexto y frente a esta situación, como enfermera de largos años de experiencia en el área asistencial curativa y preventiva y como integrante del equipo de salud he sentido ciertas inquietudes que me han motivado y generado la disposición para iniciar el abordaje de

la problemática desde el paradigma cualitativo a propósito de producir un aporte epistémico en cuidado de enfermería y familiar como sistema de apoyo a las madres para la práctica de la lactancia materna exclusiva

El contexto de la investigación fue el Municipio San Carlos del Estado Cojedes, específicamente el Hospital Dr. Egor Nucette, el Ambulatorio Urbano Blanca de Pérez y los Centros Clínicos Coromoto y Nazaret donde se desarrollaron los momentos de la investigación, especialmente la recolección de la información y la observación interpretativa en el período de Septiembre del 2009 hasta diciembre del 2011

En el municipio San Carlos del estado Cojedes existen diez ambulatorios urbanos y ocho clínicas privadas que ofrecen el programa de control de niños sanos, atendiendo en ambas instituciones un promedio mensual de cien niños en edades comprendidas entre cero a seis meses provenientes tanto de la zona urbana como rural y se observa el rechazo o la ambivalencia que tienen hacia la lactancia materna exclusiva.

Otra de las inquietudes que me llevan a estudiar el problema es que en estas instituciones he observado en las madres poca motivación hacia el amamantamiento de sus hijos, alegando una serie de razones a todas luces justas para ellas e injustas para los bebés. Entre los argumentos, ellas esgrimen: que el niño no queda satisfecho, que llora mucho y no duerme, que la leche no es buena, que el tamaño de los senos es pequeño, que el niño cuando se le da tetero duerme bastante entre otras.

Todos esos argumentos llaman la atención y constituyen interrogantes dignas de investigar y me llevaron a considerar el presente estudio, en la búsqueda de respuestas a las interrogantes que me formulo ante el presumible desconocimiento y las actitudes percibidas

en las madres, sobre la lactancia materna exclusiva y sus implicaciones en el cuidado de la salud del niño, de la madre y del grupo familiar. Después de lo planteado, surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuál será el conocimiento que tienen las madres y el grupo familiar del Municipio San Carlos del Estado Cojedes sobre la lactancia materna exclusiva? ¿Cuáles serán las creencias del grupo familiar y de la madre sobre la lactancia materna exclusiva? ¿Resultará beneficioso el diseño de un aporte teórico de cuidado sobre la lactancia materna exclusiva dirigido a la madre y al grupo familiar? ¿Existe una relación entre la edad, la cultura, la educación y estatus social de la madre con el abandono de la lactancia materna exclusiva? ¿Están dispuestas las madres y el grupo familiar a constituirse en grupos de apoyo para promover la lactancia materna exclusiva?

#### **Objetivo General del estudio.**

Generar un modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna exclusiva, en base a los hallazgos en los datos recolectados.

#### **Objetivos de la Investigación**

- Descubrir los conocimientos que tienen las madres y el grupo familiar en estudio sobre la lactancia materna exclusiva.
- Interpretar la importancia que le otorga la madre y el grupo familiar a la lactancia materna exclusiva.
- Interpretar el significado que le asignan las madres en estudio a los cuidados de la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva
- Comprender el significado que le asignan las madres a la lactancia materna exclusiva.

**Justificación del Estudio.**

La lactancia materna adecuada incluye la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y una alimentación complementaria adecuada a partir del sexto mes con lactancia materna continuada durante dos años o más. Además de evitar la alimentación infantil artificial durante el primer año de vida, es una práctica factible siempre que las madres reciban apoyo en todos los niveles; independientemente de su ingreso económico, las barreras idiomáticas o su situación geográfica.

En consecuencia, la lactancia materna es potencialmente útil para estrategias dirigidas a prevenir la morbilidad infantil, en particular con los otros beneficios conferidos por la lactancia materna sobre el desarrollo saludable del niño, razón por demás que justifica la importancia del estudio.

Es por eso que se dice que la leche materna es el único alimento natural de la especie humana desde el nacimiento, siendo este el que contiene todos los requerimientos nutricionales para el desarrollo sano del niño en todos sus ámbitos, e incluso más allá de los aportes nutricionales, la lactancia materna exclusiva asegura el fortalecimiento del vínculo afectivo madre e hijo; tan importante en el desarrollo de la personalidad del individuo.

La relevancia de este estudio radica en que permitirá identificar los factores que influyen en la madre que tiende a abandonar la lactancia materna exclusiva y de esta manera el personal de enfermería proporcionara el cuidado efectivo para fortalecer la práctica de la lactancia materna exclusiva y las usuarias obtendrán más información sobre la lactancia materna exclusiva y esto les ayudara a comprender la importancia y el beneficio que obtendrá su hijo y ella practicando la lactancia materna exclusiva.

Para la institución será un aporte de alto valor teórico y metodológico sirviendo este para mejorar las políticas de promoción de la lactancia materna exclusiva e implementar programas educativos dirigidos a las madres, personal de salud y familia. Se sigue de esto, que el estudio como toda investigación científica dejara ventanas abiertas a otros investigadores que quieran iniciar o continuar en esta línea, servirá de antecedente para futuros trabajos de investigación.

## **CAPITULO II**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **¿Qué se ha hecho en relación a la lactancia materna exclusiva?**

Revisando experiencias previas tenemos que Carrasco, K y Corvalán, K estudiaron la Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con seis meses de vida, cesfam Panguipulli Noviembre-Diciembre del 2006. En este contexto se realizó un estudio censal, cuantitativo, transversal y descriptivo, cuyo objetivo fue analizar la asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la LME en las madres de niños/as con 6 meses de vida de los sectores urbanos del Centro de Salud Familiar de Panguipulli, durante noviembre y diciembre del 2006. Al universo constituido por 22 mujeres, se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas y semiestructuradas, la información obtenida se procesó en el programa Epi-info 6.0 y se analizó mediante tablas de distribución de frecuencias absolutas, relativas y de contingencia. Los resultados evidencian que sólo el 36,4% de la población mantuvo LME por 6 meses, siendo en su totalidad mujeres casadas o convivientes. El destete precoz se asoció significativamente con el embarazo no planificado, por otro lado, todas las mujeres solteras y el 80% de quienes estudiaban o trabajaban fuera del hogar destetaron precozmente. La población señaló como razones de destete

precoz principalmente la insuficiente producción láctea y la reinserción al campo laboral.

En cuanto a los conocimientos respecto de la LME el 59,1% de la población tenía un nivel de conocimiento suficiente y el 36,4% insuficiente, las mujeres en general poseían escaso conocimiento sobre los beneficios que les entrega la LME y aceptables en relación a los que ofrece para el/la niño/a. En cuanto a las creencias desfavorables para la LME, la totalidad de la población señaló mínimo 2 como verdaderas, aunque quienes mantuvieron LME por 6 meses las clasificaron mayoritariamente como falsas. La creencia “Si un/a niño/a no aumenta bien de peso es posible que la leche de la madre sea de baja calidad” se relacionó directamente con el destete precoz. En lo que respecta a la actitud ante la LME, aunque el 68,2% de las mujeres tenía una actitud muy favorable, el 60% de ellas desteta precozmente. Considerando la corta duración de LME en la población y el comportamiento de las variables estudiadas, resulta necesario seguir trabajando en mejorar las estrategias de intervención en pro de aumentar y mantener la práctica de LME, orientando la promoción de la lactancia materna principalmente entre mujeres solteras, portadoras de embarazos no planificados, trabajadoras, con niveles de conocimiento insuficientes y creencias desfavorables (7).

Por otra Parte Brito, M y Cool realizaron una investigación titulada Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo sobre lactancia materna dirigido a

las embarazadas con menos de 30 semanas de gestación. Ambulatorio San José. Barquisimeto. Edo. Lara. Enero- Mayo 2007 Con la finalidad de diseñar, aplicar y evaluar un programa educativo sobre lactancia materna dirigido a las embarazadas con menos de 30 semanas de gestación, adultas (70%), en un 90% amas de casa, predominantemente multíparas (70%), que acudieron a la consulta prenatal del Ambulatorio San José de Barquisimeto, Estado Lara, en el período Enero-Mayo del 2007, se realizó un estudio explicativo pre-experimental a 10 embarazadas seleccionadas por conveniencia a quienes se les aplicó un pretest estructurado con 20 preguntas de tipo cerradas de selección única. Posteriormente se aplicó el programa educativo, evaluándose mediante un postest. Los resultados obtenidos por las embarazadas en el pretest se ubicaron en las categorías regular (30%) y bueno (70%) mientras que en el postest el 100% se ubicaron en la categoría excelente, lo que demuestra el éxito de la aplicación del programa. El alcance del mismo estará destinado a implementar a nivel ambulatorio talleres y programas educativos, para reforzar y brindar nuevos conocimientos a las embarazadas, con la finalidad de disminuir la frecuencia del abandono precoz de la lactancia materna e incrementar la práctica de la misma **(8)**.

En este mismo orden Alarcón, G y Varón, M diseñaron un Protocolo para dar inicio a la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido sano dirigido al personal de enfermería de la unidad de Sala de Partos del Hospital Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto-Lara El trabajo de

investigación tiene como objetivo evaluar el protocolo diseñado para dar inicio a la lactancia materna en la primera hora del recién nacido sano, para ser utilizado por el personal de enfermería de sala de partos. La investigación fue abordada a través de un proyecto factible, de carácter descriptivo tipo trabajo de campo. El estudio se llevó a cabo en seis fases (diagnóstica, bases teóricas, factibilidad, metodología, elaboración e implementación de la propuesta y evaluación de la misma). La población, para la fase de evaluación de la propuesta estuvo representada por todo el personal de enfermería de atención directa de los turnos diurnos y nocturno. Se tomo una muestra aleatoria estratificada de treinta (30) enfermeras que represento el cuarenta por ciento (40%) de la misma, realizando 40 observaciones.

La información fue recolectada a través de un instrumento con escala dicotómica y 21 ítems, el cual fue validado a través de juicio de expertos. Para el análisis de los datos se utilizó el estadístico t de student. Los resultados obtenidos revelaron que las observaciones realizadas a las enfermeras resultaron se significativas estadísticamente con respecto al cumplimiento ideal de dichas acciones en cuanto a: contactos iniciales con las madres ( $t= 3,786$  a  $p<0.02$ ), evaluaciones preliminares, ( $t= 3,693$  a  $P<0,04$ ), “evaluación final”, ( $t= -6,178$  a  $p<0,0001$ ) y casi significativa el procedimiento de amamantar, con valor de  $t= -3,059$  a  $p<0,06$ . Estos resultados indican que el protocolo fue efectivo como guía para que las enfermeras inicien la lactancia materna en la primera hora del recién nacido sano (9).

Asimismo López Y. y González, S. estudiaron los Beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva en un consultorio del Policlínico Josué País. Santiago de Cuba, 2010 se dice que la Lactancia Materna Exclusiva (LME); hasta el 4º mes de vida es crucial para el buen desarrollo del bebé. El análisis de su prevalencia y de factores asociados al destete precoz es de vital importancia para establecer estrategias de trabajo para lograr su completa consecución. Se realizó un estudio de casos y controles de los nacidos en el consultorio 53 perteneciente al Policlínico Josué País, Santiago de Cuba, Cuba durante el año 2006 para conocer la prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta el 4º mes, y de los factores que pueden estar asociados con ésta. Se estudiaron todos los recién nacidos ( $N = 55$ ), conformando dos grupos: el control con Lactancia Materna Exclusiva hasta los 4 meses de vida ( $n_1 = 34$ ) y el grupo problema con destete precoz ( $n_2 = 21$ ). Se incluyó en la muestra a todas las madres que dieron su consentimiento oral para su participación en el estudio.

Se utilizaron los métodos de la Estadística Descriptiva para expresar los resultados de las frecuencias absolutas y relativas porcentuales, así como los de Chi cuadrado y Odds ratio para buscar asociación entre variables al 95% de confianza. Se tuvo en cuenta la confiabilidad, la ética médica para no violar ninguno de sus preceptos, mediante la utilización del consentimiento informado de las madres participantes. Se encontró que la lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes mostraba en el año 2006, en el consultorio 53 del Policlínico Josué País una baja prevalencia. Mientras

que la edad materna y el grado escolaridad no mostraron relación con la lactancia materna exclusiva, la presencia de partos eutócicos, y escasez de antecedentes patológicos personales fueron condiciones favorables para la lactancia materna exclusiva. Continúa influyendo la lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes en la morbilidad de los bebés, principalmente dada por infecciones a repetición del tipo de las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas, sin descartar otras (10).

De la misma manera Alvins, C y Briceño, A realizaron un estudio titulado Conocimiento de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y técnicas para amamantar en los primeros seis meses de vida del niño. Ambulatorio urbano tipo III La Carucieña. Periodo Mayo 2010-Marzo 2011 Con el propósito de Determinar el conocimiento de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva para el niño (a) y la madre y las técnicas de amamantar, en los primeros seis meses de vida del niño (a), se realizó un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo y de corte transversal de campo, con una muestra de 20 madres adolescentes que acudieron al Ambulatorio Urbano Tipo III La Carucieña.

A dicha muestra se le aplicó un instrumento, el cual previamente fue validado por expertos, de tipo cuestionario de 16 preguntas, constaba de dos partes la primera parte datos personales y la segunda parte preguntas cerradas y de respuestas múltiples, relacionadas con la problemática a investigar, constaba de 4 páginas, incluyendo el

consentimiento informado. Luego de aplicado el instrumento se recolectó la información y se tabularon los datos en cuadros y tablas, se analizaron estadísticamente por medio de la frecuencia relativa, porcentual y por dimensión, obteniendo como conclusión: el 60% de las madres adolescentes tienen conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva. Destacado que el 66,25% de las madres encuestadas conoce sobre los beneficios fisiológicos, psicológicos y económicos de la lactancia materna; y el 61,66% de las madres encuestadas conocen sobre la técnica para amamantar (11).

### **Referentes Teóricos relacionados con el tema en estudio.**

#### **El Cuidado**

J, Watson, una de las enfermera teorizantes del cuidado, fundamenta su trabajo en las ciencias humanísticas, lo ubica en la corriente de pensamiento de la Transformación, que considera que un fenómeno es único, en interacción recíproca y simultánea con el mundo que lo envuelve y que, por eso mismo, lo puede transformar. Para ella, el cuidado es como la base de la existencia humana, es la preocupación por los otros, ayuda a la persona a realizarse y actualizarse, es una manera de ser y de estar en relación con otros, una manera de estar en el mundo, un elemento esencial para toda adaptación, una relación de co-presencia y de reciprocidad (12).

La autora dice que en las últimas décadas, algunas enfermeras como Watson, a partir de su experiencia, han aportado a la definición de cuidado nuevas dimensiones (caring). Watson, junto a Benner, Wrubel y Parse, basan su teoría en una perspectiva fenomenológica según la cual el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de la otra persona, también parte del humanismo existencial que tiene en cuenta la globalidad de la experiencia de la persona en un momento específico de su existencia y de su espiritualidad. Considera la persona poseedora de un cuerpo, una mente y un espíritu, situando el cuerpo en el espacio y la mente y el espíritu en el aquí y el ahora.

Analizando lo antes expuesto por las teóricas del cuidado, nos damos cuenta de que el cuidado es esencial para la existencia humana y es por eso que enfermería lo ha tomado como esencia de su práctica cotidiana; nosotras basamos nuestro día a día en la identificación de necesidades de salud que están interferidas; le buscamos un soporte de posible solución y de esta forma lograr el bienestar de la persona a nuestro cuidado, para así brindar calidez y humanismo a nuestro trabajo, de la misma manera nos damos cuenta que educar es otra forma de prestar cuidado ya que así se orienta al individuo, familia y comunidad sobre las medidas de prevención que se deben tomar para llevar una vida sana. Es aquí donde enfermería juega un papel primordial porque es a la Enfermera la que el usuario verá como su educadora e integrante del equipo de salud que le enseñara a vivir de una manera más sana, y le orientara sobre la manera de cómo evitar riesgos que pongan en juego su salud.

Por otra parte, es preciso entrar en un nuevo paradigma del cuidado, desde la mirada del concepto de Cuidado Humano, concibiéndolo, como una definición amplia, que incluye múltiples aspectos compuestos que no deben separarse. Es por eso que, se requiere avanzar en este concepto y emplearlo como ciencia y arte en nuestra conducta personal y profesional.

Desde la óptica de Leonardo, Boff, un estudioso del cuidado humano nos afirma que el cuidado se da a priori, antes de toda actitud y situación de ser humano, lo que significa decir que este se halla en toda actitud y situación de acto. Quiere decir que el cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano, antes que este haga cualquier otra cosa. Significa reconocer el cuidado como un modo- de- ser esencial, siempre presente e irreducible a otra realidad anterior **(13)**.

Analizando lo aportado por este autor, se puede decir que sin cuidado no habría vida, ya que el cuidado existe desde la creación de la misma humanidad y se trata de una razón de supervivencia, y que el ser humano necesita del cuidado para vivir y el mismo autor dice que este sin cuidado dejaría de ser humano, es por eso que se dice que el cuidado es más que una conducta necesaria para sobrevivir, es un acto de compasión y comprensión, una actitud. Insiste Boff en que el cuidado “Representa una actitud de ocupación, preocupación, de responsabilidad y de involucramiento afectivo con el otro”. Es por eso que el cuidado es considerado por la humanidad como algo necesario para que perdure la especie.

Sobre este particular y partiendo de lo especificado anteriormente se dice que cuidar implica el deseo de dar cuidado y de llevar a cabo acciones de cuidado. Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación, o de intervenciones físicas de la enfermera. Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, a la mejoría y la preservación de la dignidad del otro. En el cuidado humano la relación entre curar y cuidar está invertida, Su énfasis está más bien, en la idea de que el cuidado ha potencializado los resultados de la auto curación y por lo tanto, cuidar puede ser un medio para curar. Lo antes mencionado nos llama a reflexionar sobre algunos conceptos filosóficos que vienen manejando las teoristas de enfermería que contribuyen al conocimiento del campo de la enfermería mediante directrices que orientan el desarrollo de la disciplina y a la formación de una base para la enseñanza profesional que conduce a nuevos desarrollos teóricos sobre el cuidado y que recopila muy bien Marriner/ Tomey., en su obra Modelos y Teorías de Enfermería, aquí haremos referencia a algunas de ellas:

Ida Jean Orlando basó sus teorías del cuidado en la relación interpersonal enfermera-paciente. Se centró en las expresiones verbales y no verbales con que el paciente expresa sus necesidades y en las reacciones de la enfermera al observar la conducta de aquel, con especial atención a las situaciones de malestar y su posible alivio.

Leninger; considera en su teoría que lo principal de la asistencia, en los conocimientos y la práctica en la enfermería son los cuidados. Define el cuidado

como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana”. Su metodología procede de la antropología pero implica una síntesis del concepto de cuidado como la característica esencial del ejercicio de la enfermería. A ella se le deben los fundamentos de la enfermería transcultural y las investigaciones, formación y ejercicio profesional resultantes de este subcampo de la enfermería.

Jean Watson, dice que “cuidado es el ideal moral de enfermería, un esfuerzo epistémico, el punto inicial de la acción de enfermería y una transacción única entre la enfermera y la persona cuidada **(14)**.”

Para Milton, Mayeroff, otro estudioso del cuidado dice “que el cuidado es ayudar a alguien a alcanzar el crecimiento personal, se fundamenta en el valor que se siente por la otra persona, promueve la autorrealización del que da el cuidado, en lo llamado “certidumbre o convicción básica”; el que brinda el cuidado determina la dirección del crecimiento de quien es cuidado, porque para cuidar se deben conocer los poderes y limitaciones, las necesidades, y lo conducente al crecimiento del otro.” **(15)**.

Desde otro punto de vista, la noción de cuidado se hace operativa definiendo funciones concretas a realizar. Según las OMS, las funciones principales de la enfermera son: participar en la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades, desarrollar programas educativos sobre salud,

trabajar de forma efectiva en un equipo de salud, e investigar. Todas estas tareas se integran en el cuidado y son tanto más efectivas en la medida que se estructuran en las fases lógicas que llamamos el proceso de enfermería. A la vez, la definición de las funciones de enfermería y su práctica sistemática obligan a entender la profesión como parte del compromiso, compartido con otros profesionales, de sustentar y promover la salud **(16)**.

En el equipo sanitario, no todos hacen todo, cada uno tiene una tarea particular que realizar. Una atención sanitaria que considere al individuo en su totalidad necesita de un equipo caracterizado por la corresponsabilidad. Según Mayeroff, no todas las personas están capacitadas para dar buenos cuidados. El cuidador ha de incorporar una serie de actitudes para desempeñar bien su labor, entre las que el autor señala: conocimiento, alternancia del ritmo, paciencia, honestidad, confianza, humildad, esperanza y coraje **(16)**. De esto podemos decir, que es el personal de enfermería el que está capacitado para prestar el cuidado que el individuo necesita para cubrir sus necesidades de salud, de bienestar y de orientación.

### **Modelos de Cuidado de Enfermería**

Un modelo de cuidado nos remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, al mismo tiempo que estimula el conocimiento y el desarrollo de la Enfermería. De esa manera, los modelos de cuidado engloban un conjunto de conocimientos que califican y perfeccionan la

praxis de la Enfermería. Para Marriner Tomey, un modelo es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física. La autora afirma que “en cualquier caso, los modelos pueden utilizarse para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos”. En esa dirección, para la autora el modelo conceptual está constituido por conceptos y proposiciones que especifican sus interrelaciones.

En ese sentido, para aclarar algo más lo que es un modelo de cuidado de enfermería la autora lo define como sigue: “un modelo conceptual para la práctica de enfermería es un conjunto de conceptos elaborados sistemáticamente con bases científicas y relacionados en forma lógica para identificar los elementos esenciales de la práctica junto con las bases teóricas de tales conceptos y los valores que debe poseer el practicante de la profesión para utilizarlos”.

Dentro de este marco de ideas, un modelo de enfermería incluye los conceptos de:

- a) Descripción de la persona que recibe la atención de enfermería (usuario), en nuestro caso en referencia, la madre lactante y la familia.
- b) Descripción general del medio ambiente (Municipio San Carlos del Estado Cojedes, específicamente el Hospital Dr. Egor Nucette, el Ambulatorio Blanca de Pérez y los Centros Clínicos Coromoto y Nazaret)
- c) Un detalle de la naturaleza de enfermería en sus roles de orientación, educación y promoción de la salud, y
- d) Un concepto de articulación para los tres conceptos anteriores que incluya el concepto de salud.

En nuestro caso,

la salud y el desarrollo en el bienestar de un bebé y los beneficios que se obtendrían en todos los miembros de la familia con el aporte teórico-práctico sobre los beneficios que ofrece la lactancia materna exclusiva.

En esta perspectiva, creemos necesario revisar algunos modelos de los que nos presenta Leddy S, Pepper J. M quien sostiene que la Enfermería ha resultado especialmente de las teorías sociales, biológicas y médicas. Después de 1950, un gran número de enfermeras teóricas han desarrollado modelos de Enfermería que ofrecen apoyo para el conocimiento y el desarrollo de las teorías de Enfermería. Algunos autores consideran que Florence Nightingale demostró las primeras teorías (o modelos conceptuales) de la Enfermería. En sus escritos se encontró registrado el significado del proceso de cuidado, la conceptualización de ambiente, la advertencia para que las enfermeras no enfocasen su atención solamente en la enfermedad sino que también considerasen la diferenciación que hay entre el enfoque teórico de la Enfermería y el de la medicina **(17)**.

Los conceptos básicos del modelo de enfermería que manejó Nightingale fueron: enfermería, persona, salud y entorno. Para ella los aspectos físicos, emocionales y sociales formaban parte del entorno, de este modo, su preocupación iba más allá de los hospitales, sino también a los hogares y específicamente a los más pobres donde se suponía que las condiciones higiénicas eran más precarias. De allí que los fundamentos teóricos de este modelo es completamente ambientalista como es de

esperarse en las circunstancias históricas de un contexto de guerra y postguerra de la época.

Toda la obra de la enfermería moderna, liderada por Nightingale está orientada por su concepción filosófica asentada en la interacción paciente-entorno y los principios y reglas sobre las que sustentó su ejercicio profesional.

Según Fitzpatrick y Whall, para Nightingale el entorno lo constituían la suma de todos aquellos elementos externos que influyen en la salud de las personas sanas y enfermas, en los que se incluían “todo, desde los alimentos y las flores del paciente hasta las interacciones verbales y no verbales con que se expresa”.

En función del esclarecimiento que venimos haciendo en relación a los modelos conceptuales y teorías de cuidado de enfermería es bueno aclarar que existen muchos modelos y unas cuantas teorías, no obstante de acuerdo al propósito de la investigación mencionaremos en adelante los más relacionados al mismo.

Ramona Mercer en su concepción “teoría del talento para el papel materno”, se centra en la paternidad y en la consecución de un papel maternal en diversas poblaciones. La aplicación de esta teoría conlleva una serie de consecuencias para el ejercicio de la enfermería en el ámbito de la salud de la mujer y de los lactantes. La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo

largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo.

De la misma manera, la teoría de Ramona Mercer: Adopción del Rol Maternal se basa en estudios de la maternidad no tradicional, ya que ella se centro en estudiar a las madres adolescentes, madres añosas, madres enfermas y madres con niños portadores de defectos, familias que experimentan estrés ante parto, padres de alto riesgo y madres que sufren parto por cesárea, otros autores ya habían trabajado en este punto pero se centraban en la aceptación del embarazo y del primer mes después del parto, Mercer amplía este periodo hasta los doce meses después del parto.

La autora habla de que la adopción del rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de sus cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. Para establecer esta teoría Mercer realizó los siguientes supuestos:

1-La forma en que una madre define y percibe los acontecimientos viene determinada por un núcleo del sí mismo, relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre sus hijos y otras respuestas referentes a su maternidad a lo largo de su vida constituyen el mundo real ante el que responde.

2-Las respuestas conductuales de la madre están influidas, además por la socialización de ella, por su nivel evolutivo y las características innatas de su personalidad.

3-El compañero de rol de la madre, es su hijo, ya que el reflejara su competencia y el éxito de su rol en su crecimiento y desarrollo

4-El niño se considera como un compañero activo del proceso de toma de rol de la madre, y afecta y es afectado por la representación del rol.

5-La identidad materna se desarrolla paralelamente a su vinculación y dependen el uno del otro.

De acuerdo con Mercer, el rol materno es algo que debe aprender la madre y va a depender de su entorno social, familiar y cultural; es por eso que todos estos factores afectaran de una manera u otra la lactancia materna exclusiva actividad principal del rol materno.

Por otra parte Kathryn Barnard es otra teorizante del modelo de cuidado del rol maternal, su teoría se centra en la interacción entre la madre, y el bebé con el entorno. Su metodología se basa en la utilización de una escala para medir los estados de la alimentación, la enseñanza y el entorno. Su teoría es de tipo descriptivo.

La década de los años sesenta para el desarrollo de la enfermería como disciplina, ha sido innegable, lo cual ha sido posible por la incorporación de las enfermeras a los programas de postgrado, como maestrías y doctorados, que han promovido el interés por el desarrollo del conocimiento y la investigación. Resultado de lo dicho es que se

han desarrollado modelos conceptuales y teorías de enfermería que definen la disciplina y explican su razón de ser, sus principios científicos, filosóficos, y sus valores. Estos se han expandido y a su vez han permitido el desarrollo de teorías de mediano alcance que buscan operacionalización de conceptos específicos para facilitar su aplicación en la práctica **(18)**.

Sin embargo, hay que seguir avanzando en la autonomía del investigador, para minimizar el que muchas enfermeras continúan fundamentando su práctica en el modelo médico, lo cual les dificulta profundizar sobre aspectos que son de especial interés para el desarrollo del conocimiento de enfermería, generar teorías e indicadores de calidad. Referida la calidad, por la visión que tenga enfermería, de la realidad de su lugar y su relación con la sociedad y su base de conocimientos propios. La importancia de los modelos es que facilitan establecer indicadores de calidad para enfermería.

La Enfermería brasileña ha utilizado en la práctica y la enseñanza, referenciales procedentes de diferentes paradigmas. Avances teóricos de los programas de postgrado en Enfermería han contribuido para el desarrollo de estudios y la utilización de referenciales que aportan cuestionamientos teóricos o prácticos **(19)**

Una de las cuestiones conceptuales abordadas se refiere al término modelo de cuidado, el cual en algunos momentos es visto como un marco/sistema/modelo conceptual. En otros momentos es visto como una metodología de cuidado/asistencia,

donde existe un marco de referencia (o marco teórico) o simplemente, una metodología o método, y en otros momentos, es considerado con una cierta indefinición, como un modelo de cuidado que posee la misma estructura de lo que llamamos metodología del cuidado o de la asistencia.

Es necesario definir primero lo que significa cada término, para después definir lo que es para nosotros un modelo de cuidado. Considerando lo anterior, podemos preguntar: ¿qué es un modelo de cuidado? ¿Cuál es su estructura?. En primer lugar, necesitamos revisar lo que es un marco/sistema/modelo conceptual. Para ello, retomamos la definición citada anteriormente, donde se expresa que el modelo conceptual está compuesto de abstracciones relativas y conceptos generales que orientan el fenómeno central de interés de la disciplina, siendo que existen las proposiciones que generalmente describen esos conceptos, así como las que afirman la abstracción relativa y las relaciones generales entre dos o más conceptos.

Para entender lo que significa metodología del cuidado/asistencia, necesitamos revisar sus elementos: marco referencial, marco teórico, metodología, método. El marco de referencia es definido como un conjunto de conceptos y presupuestos derivados de una o más teorías o modelos conceptuales de enfermería o de otras áreas del conocimiento, u originado en las propias creencias y valores de aquellos que lo conciben para utilizarlo en su práctica con individuos, familias, grupos o

comunidades, atendiendo a situaciones generales o específicas en el área de la asistencia, de la administración o en la enseñanza de enfermería.

Por otra parte la atención sanitaria está pasando a ser competencia de todos. Los consumidores demandan servicios seguros, económicos, completos y aceptables; al mismo tiempo hay un movimiento hacia el auto cuidado que pone mayor énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los ancianos y niños requieren de toda una diversidad de cuidados informales, en los domicilios y en otros espacios. Cada vez; es más necesario involucrar a las comunidades y usuarios para planificar y distribuir equitativamente los servicios. En este movimiento debemos preguntarnos ¿cuál es el lugar de la enfermera en el cambio?, ¿cómo debe enfrentar la enfermera el desafío de la reforma?, ¿cómo podemos ofrecer cuidados eficaces en función de los costos, mantener la calidad y contribuir a reducir la falta de equidad?

En este sentido la Organización Mundial de la Salud señaló: las enfermeras deben ser capacitadoras y motivadoras, para enseñar a las personas a valerse por ellas mismas, en todo el mundo las enfermeras son necesarias pues pueden contribuir para mejorar la situación de salud. son el puntal en cuidados sanitarios eficaces, en relación con los costos de éstos, también en el informe sobre Fortalecimiento de la Enfermería y Partería se declaró: en todas las regiones las especialidades de enfermería y partería tienen una importancia esencial en la prestación de servicios eficaces y eficientes en cuatro sectores: atención preventiva y promocional, atención

curativa, atención a pacientes crónicos y rehabilitación, y atención en casos de dependencia completa y de enfermedades terminales **(20)**.

Se dice que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. Sin embargo, a través del tiempo, el cuidar se ha convertido en la función exclusiva de un gremio, al cual algunos le llaman oficio y otros, empero la mayoría, le llamamos profesión de enfermería. Para Marie Françoise Collière “cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades” “cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida”, estos conceptos nos hacen reflexionar sobre cómo a través del tiempo se necesitaron hombres y mujeres que de forma natural y espontánea desarrollaron esta actividad, incorporando conocimientos y sabiduría transmitidos de generación tras generación **(21)**.

Hernández Conesa lo define como la cosmovisión del cuidado, en donde convergen las dimensiones histórico-antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería. Cuidar entonces se hace una tarea en la cual los expertos en la materia aplican sus conocimientos durante todo el ciclo de vida del hombre, percibiendo las respuestas humanas que éste tiene **(22)**. Desde el punto de vista de Patricia Benner, el cuidado determina lo que puede ser percibido o conocido por una persona y se dirige

hacia la respuesta individual determinada por su mundo vivencial, es decir, los cuidados deben proporcionarse individualmente, tomando en cuenta los factores de condicionamiento básico de cada persona los cuales incluyen su historia, su cultura, sus creencias, su espiritualidad y el medio socioeconómico en el que viven, por lo tanto practicar el cuidado es entrar al mundo vivencial de cada individuo o cada comunidad (23).

Nosotros, quienes ejercemos la enfermería, continuamente reflexionamos y quizás redefinimos cuál es el quehacer de nuestra profesión tratando de dirigir nuestra actuación a ejercer, gestionar, investigar o enseñar el cuidado de enfermería, sin embargo, pocas veces disertamos si la verdadera esencia de enfermería se encuentra presente en cada una de nuestras actividades. Esta premisa nos brinda la oportunidad de visualizar al cuidado como algo más que atender las necesidades de los pacientes o comunidades considerando que enfermería tiene la oportunidad de compartir los momentos más especiales del ser humano, como el de nacer, crecer, desarrollarse físicamente, reproducirse, sentir sufrimiento físico y emocional o el difícil momento de morir. La buena práctica del cuidado es fundamental para aliviar las respuestas humanas ante estas situaciones, constituyéndose como una práctica privilegiada dentro de la ciencia de la salud, donde es sumamente importante el vínculo entre el que cuida y el que es cuidado, con la convicción de que la función de enfermería es cuidar, y que cuidar es ayudar a vivir.

Después de haber disertado y definido desde varios autores todo lo referente al cuidado y al cuidado de enfermería, es conveniente abordar el papel de la educación para la salud en las madres lactantes y la familia y su impacto en la prestación de cuidados y más cuando se trata de la construcción de un modelo de cuidado de enfermería y familiar para fortalecer las practicas de la lactancia materna exclusiva; se puede decir que la familia como sistema de apoyo, es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos. Es un elemento que la enfermera deberá tener en cuenta en el proceso de cuidados. La familia tiene unas características que ayudan a su definición: La familia como sistema social universal: en todas las sociedades, el grupo familiar es el primero que entra en contacto con el individuo y el que más influencia ejerce sobre él.

Por otra parte la familia como macrocosmos social, en la familia se reproducen las relaciones sociales con una diferenciación de los roles en función de la edad, sexo y otros. De la misma forma la familia como sistema abierto, es un conjunto de partes o unidades que conforman un todo complejo y estructurado. En la familia, los miembros constituyen las unidades que forman subsistemas (subsistema conyugal, subsistema hermanos, subsistema abuelos) que configuran el sistema familiar. La familia es un sistema abierto que mantiene relaciones con otros sistemas.

Se afirma que la familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo y otros). Hay estados que muestran que

las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida. Para la situación del postparto, el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva se hace necesario el apoyo familiar ya que este grupo es el que podrá brindarle el apoyo las veinte y cuatro horas del día y orientar a la madre en forma positiva para que amamanten con éxito y de esa forma conseguir el crecimiento y desarrollo sano del niño.

En este orden de ideas se puede decir que el término "familia" no es una tarea fácil, cada quien tiene un concepto diferente y todos son válidos. Lo importante es establecer que las familias se componen por todas las personas que habitan un mismo núcleo y a quienes unen relaciones personales íntimas; donde existen por un lado, sentimientos de afecto, amor, cooperación y solidaridad y, por otro, relaciones de poder y autoridad **(24)**.

Así hay familias que se componen por el papá, la mamá y los hijos; las hay más amplias (con abuelos, tíos u otros parientes, o inclusive amigos que comparten el hogar) y también existen familias con sólo el padre, o sólo la madre y los hijos. Por eso se habla de "las familias", justamente debido a la diversidad que podemos encontrar con relación a esta forma de convivir.

Las celebraciones familiares ocurren en momentos de cambio, podemos mencionar, por ejemplo, las bodas, el nacimiento de los hijos, las graduaciones, que constituyen momentos que marcan las tareas y responsabilidades de cada uno de los

miembros de una familia. Dentro de estos cambios también hay vivencias negativas que es necesario afrontar como: enfermedades, desempleo y defunciones, que también nos obligan a generar cambios en nuestro vivir cotidiano y que en muchas ocasiones saber manejarlos para salir adelante, depende de la estabilidad familiar.

El entorno familiar social es lo que nos define como personas. De alguna manera condiciona los gustos, las costumbres, la forma de relacionarnos, entre otras cosas. Por lo general y en una primera instancia, los menores aprenden de los modelos de las personas adultas que están en contacto directo con ellos, después la escuela también se encarga de la transmisión de cultura y valores, por lo que es importante que las familias participen en los procesos escolares y estén en contacto directo con los profesores y los directivos de las instituciones educativas.

Así como las sociedades se organizan con leyes que signan sus derechos y obligaciones, las familias tienen sus propias normas, reparto de funciones y papeles a cumplir. Es en este sentido que, desde una perspectiva tradicional, quien suele salir a trabajar para proveer de recursos a la familia son los hombres mientras que las mujeres se dedican a las labores domésticas y al cuidado de los hijos.

Sin embargo, en la época actual, los papeles ya no son solamente inherentes al género, ahora todos los adultos deben compartir las tareas de manera equitativa y esta es una reflexión muy importante que debemos hacer sobre la inequidad que se oculta detrás de la manera tradicional de repartir el trabajo en los hogares.

Después del planteamiento precedente se puede decir que la lactancia materna es el corazón de la familia, porque la lactancia es una expresión de amor, protección y una forma de cuidarse mutuamente. Pero no es menos cierto que la mayoría de las familias no reciben información sobre los principios básicos del amamantamiento. Por ejemplo, muchas mujeres no pueden tener conciencia de la importancia de amamantar frecuentemente, o de que deben alternar los pechos para evitar complicaciones y además en la producción de leche materna. Desdichadamente, como la generación más inmediata de mujeres adultas no ha amamantado, no tienen mayores habilidades para apoyar a sus hijas a amamantar.

Muchas mujeres que han parado la lactancia de manera temprana, lo hacen por la preocupación de "que no tienen suficiente leche". Sin embargo, los estudios demuestran que las madres que reciben información adecuada sobre lactancia materna y apoyo práctico, son menos susceptibles a experimentar ansiedad durante el período de lactancia.

Según la Organización de la Salud (OMS) y Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la familia puede organizarse y apoyar exitosamente la lactancia, asegurándose de que la madre reciba una adecuada nutrición y un adecuado descanso mientras amamanta **(25)**. En las sociedades no occidentales, el período postparto está reconocido como un momento donde las madres son particularmente muy vulnerables **(26)**. En muchas culturas, el período

después del parto, está muchas veces asociado con conductas culturales especiales, como por ejemplo, la abstinencia sexual o llamada cuarentena, para permitirle a la madre recuperarse del parto y con muchos otros ritos que aseguran el bienestar de las madres. Durante este período, las madres son capaces de lograr amamantar mientras que otras tareas son asumidas por otros miembros del grupo familiar o de la sociedad (27). Estas culturas ofrecen lecciones muy valiosas para las familias de los países industrializados que ven dificultades cuando se trata de darles a las madres un adecuado tiempo post parto para recuperarse y para tener tiempo de estar con sus hijos(as) y de cuidarse a sí misma.

Mercado dice, la lactancia materna es una práctica que ha ido pasando de generación en generación y es concebida en la mujer como parte natural e instintiva (28). Para lograr una lactancia materna exitosa, es parte fundamental la orientación que la madre tenga al respecto de la misma, la cual debe ser brindada por los profesionales de la salud y por instituciones que promueven y apoyan el bienestar de la mujer y la niñez, pero también es importante el apoyo de la pareja y la familia, estas condiciones de éxito, deben crearse y contribuyen al logro de un embarazo saludable y a término en compañía de quien ella escogió para compartir esta experiencia: su esposo o compañero de vida y su familia.

## **Lactancia Materna**

La lactancia es la alimentación con leche del seno materno. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños" (29). La OMS y el UNICEF recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. (30). La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría coincide en sus recomendaciones con la OMS y UNICEF.

Según la OMS y el UNICEF, a partir de los dos primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. En nuestra cultura se tiende a considerar la lactancia materna como algo propio únicamente de bebés de pocas semanas o meses. Sin embargo, también se han descrito casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años. Los estudios antropológicos publicados concluyen que la franja natural de lactancia en bebés humanos se encuentra situada entre los dos años y medio y los siete (31).

### **Memoria Histórica de la Lactancia Materna**

La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, que ha permanecido como referente para los bebés humanos desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX, tanto si se trata de leche de la propia madre o leche de otra madre a cambio o no de algún tipo de compensación (32). A principios del siglo XX se inicia lo que ha sido considerado como "el mayor experimento a gran escala en una especie animal" a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial y los niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta (33).

La frecuencia y duración de la lactancia materna disminuyeron rápidamente a lo largo del siglo XX. En 1955 se había creado en las Naciones Unidas el GAP (Grupo Asesor en Proteínas), para ayudar a la OMS a ofrecer consejo técnico a UNICEF y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en sus programas de ayuda nutricional y asesoría sobre la seguridad y la adecuación del consumo humano de nuevos alimentos proteicos. En los años setenta el GAP emite informes donde advierte la preocupación por el problema de la malnutrición infantil derivada del abandono de la lactancia materna e invita a la industria a cambiar sus prácticas de publicidad de productos para la alimentación infantil (34).

En 1979 la OMS/UNICEF organiza una reunión internacional sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. De la reunión sale una resolución

llamando a la elaboración de un Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. **(27)**. También se funda IBFAN para velar por el desarrollo de dicho Código. Paralelamente resurge el interés de la comunidad científica por la lactancia materna y son múltiples las investigaciones que se hacen sobre la misma. Empieza a acumularse la evidencia sobre la superioridad de la leche humana para la alimentación del lactante y el niño pequeño **(35)**. Otros investigadores dirigen sus esfuerzos al estudio de los condicionantes de la lactancia y de los factores que influyen en la elección del amamantamiento y en su duración. Los movimientos sociales (grupos de apoyo a la lactancia materna) y la evidencia científica de que el abandono de la lactancia materna supone un problema de salud pública prioritario en todos los países del mundo empujaron a las instituciones internacionales y nacionales, con la OMS a la cabeza, a poner en marcha diferentes iniciativas.

En 1981 se convocó la 34 Asamblea Mundial de la Salud WHA 34.22 que aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna compromiso ético que los distintos gobiernos debían adoptar. La lentitud de los gobiernos para transformar en Leyes las recomendaciones del Código llevó a la OMS y el UNICEF a promover reuniones internacionales que promovieran el apoyo a la lactancia materna **(36)**.

En 1989, la OMS/UNICEF hace público un comunicado dirigido a los gobiernos: “protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función de los servicios de

maternidad”. En el mismo año las Naciones Unidas adoptaron la Convención sobre los Derechos de la Infancia. El apartado del artículo 24 hacía referencia expresa a la necesidad de asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan las ventajas de la lactancia materna y reciban apoyo para la aplicación de esos conocimientos **(37)**.

En un antiguo orfanato de Florencia (Ospedale degli Innocenti, se celebra una Cumbre mundial con el lema “La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial” a la que asisten representantes de 30 países que respaldan la Convención sobre los derechos de la infancia y firman una declaración de compromiso: Declaración de Innocenti **(38)** que servirá de referencia para la promoción de la lactancia materna durante muchos años, siendo revisada posteriormente en el 2005 **(39)**.

Consecuencia directa de esta Declaración fue la creación, en 1991, por un lado de WABA – World Alliance of Breastfeeding Action, red internacional de personas y organismos que trabajan en colaboración con OMS/UNICEF con la misión, entre otras, de organizar anualmente la Semana mundial de la lactancia materna, y por otro la IHAN - Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (inicialmente llamada Iniciativa Hospital Amigo del Niño), que busca evaluar la calidad asistencial a madres e hijos en hospitales y maternidades.

En 1992, la Conferencia internacional sobre nutrición, convocada por FAO y OMS en Roma **(40)**, acepta las metas para el año 2000 de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, destacando la promoción de la lactancia entre los 8 temas más importantes de la nutrición mundial. En 1994, la Cumbre sobre promoción y Desarrollo recomendó la lactancia materna como herramienta para mejorar la salud materna y espaciar los embarazos. En la Cumbre Mundial sobre Mujer y Desarrollo (Pekín, 1995) se apoyó la necesidad de dar facilidades para la lactancia a las mujeres trabajadoras **(30)**. En 1999, la Conferencia Internacional de la OIT revisó el convenio de Protección de la Maternidad que consolidaba el derecho a un permiso pagado por maternidad para todas las mujeres trabajadoras y el derecho a intervalos pagados para amamantar durante la jornada laboral **(41)**.

La Asamblea de la OMS de 1994, en la resolución 47.5 fijó la duración óptima de la lactancia materna exclusiva en 6 meses y llamó sobre el error de distribuir sucedáneos de leche materna en situaciones de emergencia y propuso recoger datos sobre el crecimiento de lactantes amamantados que sirvieran para elaborar un nuevo patrón de crecimiento **(42)**.

Con el objetivo de que los gobiernos se impliquen de una forma más decidida con la lactancia materna y aporten recursos económicos se aprueba la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño (EMALNP), por consenso de la 55 Asamblea de la OMS WHA 55.25, en mayo del 2002 y por la Junta Ejecutiva del

UNICEF, unos meses después (43). La estrategia marca líneas de actuación que deben seguir los países miembros, basadas en pruebas científicas. La mayor parte de las recomendaciones están dirigidas a mejorar los índices de lactancia materna. Se reconoce que la lactancia es, en parte, un comportamiento aprendido y hay que ofrecer a las madres lugares donde poder aprender, como los grupos de apoyo a la lactancia materna, protegidas de la publicidad de las casas comerciales (44).

El Plan Estratégico para la protección, promoción y Apoyo a la Lactancia se presentó en Dublín en 2004 por la Dirección General para la Salud y protección del Consumidor de la Comisión Europea. Este documento reconoce las recomendaciones de la EMALNP y las adapta a la realidad de Europa (45). En 2006 la Unión Europea publica las “Recomendaciones Standard para la alimentación del lactante y niño pequeño en la Unión Europea” que constituye una completa guía para la alimentación del lactante y el niño pequeño desde la gestación hasta los 3 años. Contiene apartados especiales para los prematuros, situaciones que contraindican la lactancia, riesgos de no amamantar y recomendaciones para el uso apropiado y seguro de sucedáneos cuando la madre así lo decida (46).

### **¿Qué está pasando actualmente con la lactancia materna exclusiva?**

El abandono del amamantamiento, como forma habitual de alimentación de los lactantes, es un problema con importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias. Su relevancia ha sido destacada por la Organización Mundial de la Salud

(OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en diferentes declaraciones (47).

Aún queriendo y con más conocimientos, no es fácil enmendar el error producido: en efecto, más de una generación de mujeres que no han amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracionales, perdiéndose una cultura. Si todo en lactancia fuese instinto, no habría mayor problema, pero en ella hay un componente instintivo, fundamentalmente de la parte del recién nacido (reflejos de búsqueda y succión-deglución), unos reflejos sumamente eficaces en la madre (la estimulación del pezón que provoca aumento de las hormonas prolactina y oxitocina) y un importante componente cultural transmitido (la técnica o arte femenino de amamantar, legado sabiamente de madres a hijas y que formaba parte del acervo cultural de la humanidad, sin que los sanitarios tuviésemos que intervenir en ello). Pues bien, eso es lo que se ha perdido: la cultura del amamantamiento, de la crianza natural y, posiblemente, el vínculo afectivo natural entre madres e hijos. En esa pérdida intervienen fundamentalmente tres componentes:

1. Modificaciones de la leche de vaca: hasta fines del siglo XIX poco se sabía de la composición de la leche y de sus diferencias con las de otros mamíferos. Se conocen desde la antigüedad recipientes en forma de biberón que hablan de los intentos de alimentación de niños con leches de animales, pero no es hasta finales de 1800 en que el progreso de las ciencias, de la química en concreto, hizo que se empezasen a

realizar modificaciones aceptables de la leche de vaca, hasta entonces la mortalidad de niños alimentados con leches distintas a la de mujer era altísima (de orden superior al 90% en el primer año de vida).

2. Cambios sociológicos ocurridos en la era moderna de la sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX, entre ellos: La incorporación de la mujer al trabajo asalariado hace ver el amamantamiento como un problema, derivándose inicialmente (siglo XIX) hacia la lactancia mercenaria, que se extiende hasta los estratos más humildes de la sociedad y posteriormente (siglo XX) hacia la lactancia artificial. Asimismo un cierto espíritu de modernidad con creencia ciega en avances científico-técnicos, que hace que el pensamiento dominante acepte que todo lo artificial es mejor que lo natural, encuadrándose en esto la llamada “maternidad científica”. Por otra parte el Pensamiento feminista inicial con pretensión de la mujer de todos los comportamientos y valores del otro género, incluso los perjudiciales para la especie. La lactancia artificial es considerada como una liberación y por otra parte los intereses económicos industriales.

Una participación activa de la clase sanitaria, fundamentalmente, médica, convencida inicialmente de las maravillas de la maternidad científica aunada a una cierta prepotencia que negaba cualquier posibilidad de intervención válida de las propias mujeres en su parto y en la crianza de sus hijos.

3. Desde hace millones de años, la especie a la que pertenecemos (homínidos) empezó a basar su triunfo adaptativo en una sutil y lenta modificación evolutiva de su cadera que le conduciría de la condición de cuadrúpedo a la bipedestación, con liberación de sus patas anteriores: lo que en términos adaptativos globales supone una mejora para la supervivencia de los homínidos, hace que el parto, de poca distocia en los primates, suela necesitar asistencia en los humanos, convirtiéndolo en una actividad social más que en un comportamiento solitario. Esa asistencia, a lo largo del último siglo y según países, se viene prestando en hospitales coincidiendo con la implantación de la maternidad científica y el predominio de alimentación artificial: una serie de rutinas erróneas han sido difundidas por nosotros y, la mayor parte de ellas, contribuyen a dificultar enormemente la lactancia materna (48).

Hoy día, sobre todo en los países ricos, no podemos invocar ni el feminismo, ni el trabajo asalariado de la mujer, ni la presión de la industria de sucedáneos como excusa para no aumentar la prevalencia de la lactancia. Por otra parte, tras los desastres causados por empleo perverso de la ciencia, lo artificial es denostado en beneficio de lo natural (49).

### **Lactancia Materna, demanda y oferta de Atención Sanitaria**

Los sistemas de salud varían, en gran medida de un país a otro, desde los sistemas en que el estado asume la responsabilidad total por la atención de salud de la población, propio de los países socialistas, hasta los que optan preferentemente por la

modalidad de la medicina privada, condicionada por la ley de la oferta y la demanda. Teniendo en cuenta el sistema preponderante, es decir el que brinda asistencia a la mayor proporción de la población, Milton Terris, en 1980, lo clasifica en tres grupos diferentes de organización de los servicios de salud: asistencia pública, seguros de enfermedad y servicios nacionales de salud; en ese mismo año M. Roemer agregó la libertad de empresa. **(46)**

Asistencia pública: es el más extendido en países subdesarrollados, colonias o neo colonias, en África, Asia y gran parte de América Latina, donde la mayoría de la población no puede sufragar los gastos de salud. En estos países los ministerios de salud pública se ocupan tanto de los servicios curativos como de los preventivos, por las terribles dificultades económicas y el atraso social, con frecuencia son de pobre calidad y cobertura, con recursos humanos de baja preparación, participan también en la atención médica a la población, organizaciones de beneficencia caritativas y otros. Como se puede apreciar, las características sociales y de vida de estos países no permiten que se hagan labores a favor de la lactancia materna, aún cuando existiera la voluntad, por parte de los gobiernos, es casi imposible.

Seguros de enfermedad: es llamado seguro social y predomina en países capitalistas de Europa, en algunos países como los escandinavos (Dinamarca, Finlandia y Noruega), donde la totalidad de la población recibe los servicios médicos por un sistema oficial de seguros, este se extiende a América del Norte y América

Latina. La principal dificultad de este sistema radica en que en muchos de estos países los seguros contemplan parte de la población (en algunos casos hasta 10 %) y se ocupan exclusivamente de la atención curativa. Dichos seguros son cotizados por los trabajadores, los patrones y las empresas; en ocasiones el estado aporta parte de los gastos de salud, por tanto estos servicios solo los recibe esta población y como vemos la promoción y prevención de salud la desconocen; por tanto, no podemos ni pensar que se vaya a hablar nunca a favor de una lactancia materna exclusiva en las maternidades y madres de estos países, aún cuando los servicios de salud basados en estos seguros sociales, son más avanzados que los de la asistencia pública, pues se asientan en países de desarrollo económico social capitalista.

Servicios nacionales de salud: predomina en los países socialistas, algunos países capitalistas han tratado de coordinar en un servicio nacional la asistencia pública. Los hospitales de la seguridad social y otros servicios bajo la dirección del Ministerio de Salud, como en Chile, 1952; o sistemas muchos más avanzados como en Suecia, 1955; Inglaterra, 1948 que llegan a tener Servicios Nacionales de Salud, aunque sus bases económicas y sociopolíticas difieren de los países socialistas.

Sistema de libertad de empresa: Prevalece en los países capitalistas, aunque en esto se mezclan todos los sistemas expuestos anteriormente, predomina la medicina privada, es decir, el negocio por la obtención de ganancia cada vez mayores, donde el enfermo paga los servicios como una mercancía. Todo esto tiene una influencia

desfavorable en la práctica de la medicina y repercute negativamente en el estado de salud de las capas más pobres y marginales, se ponen de manifiesto, en forma brutal, las abismales diferencias sociales en el campo de la salud pública.

En estos países la mayoría de los hospitales y clínicas son privados, se caracterizan por el alto nivel en el aseguramiento de camas y un bajo nivel relativo de médicos. Los servicios se encuentran diseminados, con una distribución desigual de médicos por las regiones del país y escasez de estos en los lugares más apartados. La atención ambulatoria se presta con un carácter eminentemente curativo por médicos que trabajan en un gabinete de forma individual, casi siempre junto a un farmacéutico. Existen escuelas de medicina estatales y junto a estas las privadas o particulares, persiste la forma de pagos, por lo que la educación médica tiene un carácter elitista.

Es evidente que estos sistemas priorizan la atención curativa sin tener en cuenta la preventiva. Si el amamantamiento es una actividad netamente preventiva y los sistemas de salud anteriormente señalados no lo tienen en cuenta, entonces es fácil de afirmar que no se realizan labores de promoción a favor de la lactancia materna; por tanto, en estos países los más perjudicados son las personas de más bajo ingreso, puesto que a las capas sociales más altas, a pesar de que tampoco amamantan a sus bebés, su modo de vida elevado les permite mantener mejores condiciones higienicosanitarias y dietéticas.

### **¿Qué sabemos del papel socializador de la lactancia materna?**

La naturaleza ha dispuesto que el ser humano, como todos los mamíferos, se alimente en el primer tiempo de su vida mamando el pecho de su madre. Todas las estructuras y funciones, tanto de la madre como del niño, se preparan desde las primeras semanas de gestación, de manera que en el momento de nacer todo está dispuesto para asegurar al niño esta función básica de supervivencia. Diversos autores plantean que a la décima sexta semana de gestación el feto esboza espontáneamente el movimiento de mamar, incluso a la vigésima séptima semana algunos se chupan el dedo in útero, por lo tanto la boca del recién nacido está adaptada para la función primordial del amamantamiento.

La boca del niño y el pecho de la madre forman una perfecta “unidad de succión” que trabaja en forma sincronizada y armónica extrayendo la leche y permitiendo que el niño pueda deglutirla. Si el niño es amamantado adecuadamente satisface su necesidad instintiva de succionar y tiene mejores posibilidades de alcanzar un desarrollo normal de sus estructuras dento-máxilo- faciales y otorrino laríngeas **(50)**.

En la situación de amamantamiento se tiene el más temprano, extenso y cercano modelo de interacción social entre el niño y el mundo que lo rodea. Una negociación exitosa de esta interacción proporciona no sólo apoyo nutricional, sino los inicios psicológicos para el niño y su familia en conjunto. El papel central de alcanzar una

interacción social con la persona que proporciona los cuidados es aceptado como un buen predictor del desarrollo infantil.

Klauss, Trause y Kennell, describen el modo en que la madre inmediatamente después del nacimiento del niño, lo alza y comienza a acariciarle la cara con las yemas de los dedos **(51)**. Ante esto, el bebé se tranquiliza, ella continua tocándole la cabeza y el cuerpo con la palma de la mano y, al cabo de cinco o seis minutos, siente el deseo de acercarlo al pecho. Inmediatamente después del parto señalan; “las madres parecieron alcanzar el éxtasis”. Desde el momento del nacimiento la atención se vuelca sobre el bebé. La estabilidad y regulación autónomas son facilitadas a través de una interacción cercana, directa, inmediata y consistente con aquellas personas que le proporcionan cuidados al niño.

Evelyn Tomen, indica que los contactos táctiles tempranos con la persona que lo cuida, ayudan al niño a lograr regularidad en el control de la respiración, regulación de la frecuencia cardiaca y el control de la temperatura. Ciertamente, el control de la temperatura proporcionado a través del contacto piel con piel ha sido un importante mecanismo durante los siglos, a través del cual el niño puede sobrevivir y crecer en ambientes hostiles en altitudes elevadas y en situaciones extremas de calor y frío, con el cuerpo de la madre formando, en estos casos, una fuente de regulación térmica para el niño **(52)**.

Cuando una madre y su hijo de dos a tres semanas se encuentran frente a frente, tienen lugar fases animadas de interacción social, alternadas con fases de desconexión. Cada fase de la interacción comienza con la iniciación y el saludo mutuo, llega a ser un animado intercambio que incluye expresiones faciales y vocalizaciones durante las cuales el niño se orienta hacia la madre con movimientos excitados de los brazos y las piernas. Luego sus actividades se apaciguan gradualmente y acaban cuando el bebé descansa.

Los fenómenos de mayor importancia que ha puesto de relieve la investigación reciente, son la capacidad del neonato saludable para entrar en una forma elemental de interacción social y la capacidad de la madre de sensibilidad corriente para participar con buen éxito en ella. La situación de amamantamiento ofrece oportunidades para tener una interacción consistente y predecible con la primera persona que le proporciona cuidados al niño; madre e hijo están engranados conjuntamente en una “danza” nutricional, lo que es el prototipo de otras intervenciones que serán la base para otros aspectos del desarrollo de la vida del niño. Durante el amamantamiento existen oportunidades de atención por parte de la madre, contacto directo y caricias. La estimulación auditiva, táctil y vestibular que el contacto corporal y la atención de la madre le proporcionan en la situación de amamantamiento son importantes para otras áreas del desarrollo. Las capacidades auditivas del recién nacido le permiten una interacción social; al hablarle durante el amamantamiento, el niño atiende selectivamente y se orienta hacia la voz humana,

particularmente si la voz tiene alta modulación de intensidad y tono. El niño adicionalmente demuestra una “sintonía interaccional”, donde sus movimientos aparentemente sin intención se coordinan con el ritmo de la voz humana que escucha a su alrededor (52).

### **CAPITULO III**

#### **ABORDAJE METODOLOGICO**

En virtud de que el propósito de esta investigación es generar un modelo teórico de cuidado de enfermería y familiar para fortalecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, el abordaje fue el paradigma cualitativo con la orientación filosófica del Interaccionismo Simbólico, utilizando el método de la Teoría Fundamentada en los Datos.

La investigación cualitativa designa toda investigación en ciencias humanas y sociales que responda en gran medida a estas cinco características: primero, la investigación es concebida en gran parte desde la óptica comprensiva, segundo, aborda el objeto de estudio de manera abierta y amplia, tercero, la recolección de la información se efectúa mediante técnicas cualitativas, tales como: la entrevista, la observación libre y recopilación de documentos, cuarto, da lugar a un análisis cualitativo de los datos en el que las palabras son analizadas directamente por otras palabras, sin pasar por una operación numérica, y quinto, culmina en un relato o en una especie de teoría, no en una demostración (53).

Esta visión recupera el espacio del sujeto, centrando la atención en él y todo lo que guarde relación con su experiencia vivida, para interpretar y comprender la realidad o el fenómeno, dándole gran importancia a la subjetividad en la producción de conocimiento. Con el paradigma cualitativo se reencuentra el sujeto con su ambiente.

La investigación cualitativa posee un fundamento muy humanista para atender la realidad social. Sostiene Weber “la sociología no opera sobre materia inerte, ciertas formas de comportamiento social fluyen y cambian permanentemente” (54).

Las personas producen datos descriptivos de sus experiencias en sus propias palabras habladas o escritas. Taylor/Bogdan, señalan, “la metodología cualitativa...es un método de encarar el mundo empírico” (54).

La investigación cualitativa es un proceso de investigación participativa donde el investigador, no sólo está interesado en observar para conocer la problemática, sino que va mas allá, en virtud de que mantiene una conversación abierta, prolongada, cara a cara. El investigador va en busca de la experiencia del otro a través del diálogo para indagar aspectos que no pueden ser observables como los sentimientos, valores, creencias, ideas, y todo aquello que guarda relación con la interacción humana.

Marta Rogers argumenta, es imposible separar la persona y su contexto, porque en conjunto forman una unidad, el ser humano unitario, totalmente indivisible. La autora señala que el paradigma de enfermería es de porte cualitativo, razón que nos llevó a pensar que a través del enfoque teórico filosófico del Interaccionismo Simbólico y del método de la Teoría Fundamentada en los Datos, podíamos abordar el problema bajo ese enfoque metodológico.

### **Interaccionismo Simbólico**

El Interaccionismo Simbólico (IS) es una corriente filosófica o una perspectiva de ciencia formada por un conjunto de ideas sobre la naturaleza de las personas y la

sociedad, como el centro de la interacción humana. Sostiene que es a través del proceso de interacción que los seres humanos forman los significados.

Tiene su origen fundamentado en el pragmatismo, un movimiento filosófico que surgió a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX y que influenció profundamente la sociología de la escuela de Chicago. Dentro de este llamado pragmatismo anglo-norteamericano están las ideas de pensadores como John Dewey, Charles Peirce, Willian James, Willian Thomas, pero quien ejerció gran influencia y lo desarrolló principalmente, fue George Herbert Mead quien presenta una amplia perspectiva en las teorías. Entre otros autores que contribuyeron, aunque en menor grado a su fueron: Charles Horton Cooley y F. Znanieck. (55).

El Interaccionismo Simbólico subraya la naturaleza simbólica de la vida social: las significaciones sociales deben ser consideradas como producidas por las actividades interactuantes de los actores. Surge al interior de la corriente sociológica, donde Mead en sus ideas dio siempre prioridad al mundo social para comprender la experiencia social y explicar la conducta del individuo en términos de la conducta organizada del grupo social.

Mead, afirma que un símbolo significativo, es una suerte de gesto vocal que solo los humanos son capaces de realizar. Los gestos se convierten en símbolos significantes cuando surgen de un individuo para que constituya el mismo tipo de respuesta que se supone provocará en aquellas personas a quienes se dirige. Solo logramos comunicarnos cuando empleamos símbolos significantes: El conjunto de gestos vocales que tiene mayor probabilidad de convertirse en símbolos significantes es el

lenguaje, un símbolo que responde a un significado en la experiencia de un primer individuo y que también evoca ese significado en el segundo individuo, es un símbolo significante. Cuando el gesto llega a esa situación se ha convertido en lo que llamamos “lenguaje”. El lenguaje implica la comunicación tanto de gestos como de sus significados (55).

En enfermería los símbolos se manifiestan en normas y procedimientos que la enfermera pone en práctica a través de sus palabras y acciones de enfermería para preservar la integridad de las personas cuidadas y su red de relaciones con los demás miembros del equipo de salud.

Blumer desarrolló un conjunto de ideas básicas sobre la sociedad y la conducta humana, denominadas “raíces” que constituyen la estructura de la naturaleza de los siguientes elementos: sociedad o grupo humano, interacción social, objeto, ser humano como actor, acción humana e interacción.

### **Sociedad o grupo humano**

Los grupos humanos se consideran constituidos por seres humanos unidos por acción. La acción consiste en múltiples actividades que los seres humanos desempeñan en sus encuentros los unos con los otros, frente a una situación. Los seres humanos pueden obrar solos, colectivamente o como representantes de alguna organización o grupo. Según Blumer, los grupos humanos o sociedades existen en acción y deben ser vistos en términos de acción. Un principio básico del Interaccionismo Simbólico es que cualquier esquema de sociedad humana orientada

empíricamente, debe respetar el hecho de que lo primero y lo último en una sociedad humana consiste en que las personas están unidas en acción (55).

### **La naturaleza de la acción social**

Una sociedad consiste de individuos interaccionando los unos con otros. Las actividades de sus miembros ocurren en la mayoría de las veces en respuesta a otro o en relación a otro. La vida humana en grupo presupone una interacción entre sus miembros. Esta interacción tiene importancia vital y debe ser vista como un proceso que forma la conducta humana y no meramente un medio de expresión.

#### La naturaleza de los objetos

El objeto es definido por Blumer como alguna cosa que puede ser indicada o referida. Puede ser clasificado como objeto físico, social y abstracto. La naturaleza del objeto la constituye el significado que tiene para el ser humano. Este significado constituye la manera por la cual se ve el objeto. Un objeto puede tener diferentes significados para diferentes individuos. El significado de los objetos para un individuo surge de la manera por la cual ellos son definidos por los otros con quienes interactúa

### **El ser humano como actor**

El ser humano es visto como un organismo que responde a otros, no solamente en el nivel no simbólico, que además de hacer, interpreta las indicaciones de otros. El ser humano posee un *self*, que significa ser un objeto de su propia acción. El es un objeto para sí mismo, hace y guía sus acciones en dirección a otros, con base al tipo de objeto que él es para sí mismo. El objeto del *self* emerge del proceso de interacción

social. En el abordaje del *self*, Blumer hace referencia a las ideas del Mead, en el cual destaca que para verse un objeto en sí mismo, la persona tiene que verse desde afuera (55).

**Principios básicos del interaccionismo simbólico:**

- Los seres humanos están dotados de la capacidad de pensamiento.
- La capacidad de pensamiento está modelada por la interacción social.
- En la interacción social, las personas aprenden significados y símbolos que le permiten ejercer su capacidad de pensamiento humano.
- Las personas son capaces de modificar o alterar los significados y símbolos que usan en la acción e interacción, de acuerdo a la interpretación de la situación.
- Las personas son capaces de introducir estas modificaciones, debido a su capacidad para interactuar consigo mismas, lo cual le permite examinar los posibles cursos de la acción, valorar sus ventajas y desventajas, para luego elegir.

**Teoría Fundamentada en los Datos.**

Origen de la Teoría Fundamentada en los Datos.

El origen de la Teoría Fundamentada en los Datos está en los trabajos desarrollados por Barney y Glasery Anselm Strauss en la Universidad de California, San Francisco. USA a mediados de la década de los 60 del siglo XX. Como profesores de sociología de esta Universidad unieron sus experiencias para desarrollar técnicas de análisis de datos cualitativos. Anselm Strauss, vio a la Universidad de Chicago con una fuerte tradición en la investigación cualitativa. Su pensamiento estaba inspirado por los interaccionistas y pragmatistas, entre ellos W.I. Thomas Jon Dewey G.H. Mead,

Everett Hughes y Hebert Blumer. Con características de investigación diferentes a su colega, Barney Glaser proveniente de la Universidad de Columbia era influenciado por Paúl Lazarsfeld, un innovador en métodos cuantitativos, contribuyó a la formación de un conjunto sistematizado de procedimientos para la investigación.

Al iniciar sus trabajos en la Universidad de California, en San Francisco, Glaser y Strauss ayudaban a los estudiantes de enfermería a guiar sus investigaciones. Uno de los primeros proyectos relacionados con la muerte de pacientes en los hospitales, dieron como resultados, dos monografías sobre el tema: *Awareness of dying e Time for dying*. Con la experiencia obtenida en los estudios desarrollados y como una alternativa de las formas de análisis realizadas en la época, los investigadores pasaron a desarrollar una nueva forma de abordaje de la investigación científica, denominada Teoría Fundamentada en los Datos, a sí mismo surgió un nuevo método de técnicas de análisis de los datos cualitativos, con características que lo distinguen de otros métodos, dando énfasis al desarrollo de teoría. Este modelo fue publicado por primera vez en 1967, en el libro *The Discovery of Grounded Theory*. Desde su publicación, las técnicas para el desarrollo de Teoría Fundamentada en los Datos siempre han sido refinadas por los autores, solamente Glaser con sus colaboradores (Strauss/Corbin, además de otros investigadores Clake, Charmaz (56).

La teoría Fundamentada en los Datos, es un método de investigación cualitativa que utiliza un conjunto de procedimientos sistemáticos para desarrollar una teoría sobre un fenómeno, fundamentada en los datos, de lo cual deriva su nombre.

Strauss y Corbin, declaran que una teoría consiste en relaciones plausibles, (razonables) propuestas entre conceptos o conjunto de conceptos. Afirman que la teoría Fundamentada en los Datos, busca guiar a los investigadores para la producción de teoría que tenga densidad conceptual, esto es, con varias relaciones conceptuales. Estas relaciones, declaradas como proposiciones, son presentadas en forma discursiva, insertadas dentro de un contexto rico en descripción y formulación conceptual. La presentación discursiva captura la densidad conceptual y transmite descriptivamente el contenido substantivo. Para los autores, construir teorías implica interpretar datos que deben ser conceptuados y los conceptos, relacionados para formar una expresión teórica de la realidad.

A través del análisis comparativo pueden ser generadas dos teorías denominadas substantiva y formal. Según Glaser y Strauss, la teoría substantiva está relacionada con el área substantiva o empírica en un contexto de la realidad, y la teoría formal, con el área formal o conceptual, (conceptos más abstractos)

Cualquier teoría substantiva evoluciona del estudio de un fenómeno en un contexto situacional particular. Una teoría formal emerge del estudio de un fenómeno examinado bajo diferentes tipos de situaciones. No es un nivel de condiciones que hace la diferencia entre las teorías, es más bien la variedad de situaciones estudiadas. Si una teoría es fiel a la realidad del área substantiva e inducida a partir de los datos, ella debería representar esa realidad, ser comprensible y tener sentido, tanto para las personas estudiadas, como para aquellas que estudian esta área (actores e investigador). Si las interpretaciones son amplias, entonces la teoría deberá ser

suficientemente abstracta e incluir variaciones lo bastante aplicable a varios contextos relacionados con el área (57).

Glaser /Strauss, hacen referencia a las dos teorías: sustantivas y formales, señala que las teorías sustantivas son las que se relacionan con un área sustancial o concreta de investigación por Ej. escuelas, hospitales o consumo de drogas.

Las teorías formales se refieren a áreas conceptuales de investigación, entre ellos los estigmas, organizaciones formales, la socialización y las desviaciones.

### **Teoría Fundamentada en los Datos: sus conceptos básicos**

Es muy importante tener claro ciertos conceptos, para poder comprender el procedimiento del método. El método empleado comprende un conjunto de procedimientos, que tengan como punto principal el análisis comparativo. Según Strauss y Corbin, “analizar es de hecho interpretar”, ellos afirman, que este es el proceso central para la construcción de la teoría, cuyos procedimientos facilitan el rigor de la investigación, proveen los fundamentos para construir con densidad e integración de las categorías, aproximándolas a la realidad.

### **La interrogante de investigación**

El objetivo principal de este método es generar teoría, para eso se necesita de una interrogante de investigación que de flexibilidad y libertad para explorar el fenómeno. Strauss y Corbin dicen que la cuestión inicial es amplia, y se va haciendo progresivamente más focalizada, a medida que los conceptos y sus relaciones van siendo descubiertos a través del proceso de investigación. Para ello, el investigador no comienza con una teoría, comienza con un área de estudio que puede emerger o

que es relevante para esa área, teniendo como principal característica el análisis comparativo y constante de los datos.

### **La sensibilidad teórica**

Además del proceso de sistematización, el método requiere del investigador una sensibilidad teórica referida como una cualidad personal del investigador en relación a los atributos del término *insights*, o sea, habilidad para dar significados a los datos, capacidad de entender y separar aquello que es importante para el estudio. La literatura y las experiencias profesionales y personales son fuentes de sensibilidad teórica. Sin embargo, es durante el proceso de análisis que el investigador aumenta su sensibilidad, hace comparaciones, piensa sobre lo que ve, hace hipótesis y procura conocer lo que es importante para la formación de conceptos, sus relaciones y significados, Strauss y Corbin (57). De acuerdo con Glaser, las realizaciones teóricas significantes ven como un crecimiento y maduración de los datos, siendo que mucho de eso está fuera de la conciencia del analista hasta que acontece. Por eso, es importante, que el investigador movilice sus habilidades creativas en cada etapa del proceso.

### **El muestreo teórico**

Uno de los elementos esenciales en el proceso de construcción de la teoría es el muestreo teórico. En la Teoría Fundamentada en los Datos, la muestra es definida teóricamente y es por eso denominada muestreo teórico. Consiste en tener una muestra basada en los conceptos que tienen relevancia teórica para la teoría que está siendo desarrollada. La relevancia teórica indica que ciertos conceptos son

considerados significantes porque ellos están repetidamente presentes. El interés está en reunir los datos para el análisis comparativo y en ayudar a descubrir las categorías relevantes. El muestreo teórico es acumulativo y aumenta en profundidad en la medida en que los conceptos y relaciones son acumulados a través de los procedimientos de levantamiento y análisis de los datos.

De acuerdo con Glaser y Strauss, el muestreo teórico es un proceso de recolectar datos para generar teoría. Ese proceso es controlado por la teoría emergente que apunta a los pasos a ser seguidos. Uno de los puntos básicos, es la escogencia de grupos para levantamiento de datos. Esos grupos son escogidos conforme el análisis de los datos y la formulación teórica. El tamaño de la muestra es determinado por el análisis de los datos. A sí mismo, en el constante diálogo con los datos durante todo el desenvolvimiento del proceso, son formuladas cuestiones, hipótesis que dirigen el muestreo teórico (57).

Decir que uno muestrea teóricamente, significa que el muestreo, en vez de ser predeterminado antes de comenzar la investigación, éste evoluciona durante el proceso. Está basado en conceptos que surgieron del análisis y que parecen tener importancia para el desarrollo de la teoría y su fin es maximizar las oportunidades para comparar eventos, incidentes o sucesos.

El muestreo teórico lo inicia el investigador con la entrevista de un grupo de informantes, orientado por sus objetivos, simultáneamente a esta etapa se inicia la codificación de los datos, para identificar lagunas que son utilizadas para orientar la recolección de datos adicionales que permitan desarrollar teóricamente las

categorías. El muestreo teórico de cualquier categoría, termina cuando se alcanza el proceso de **saturación teórica**. Una categoría se considera saturada, cuando ningún dato nuevo, es relevante. Cuando se construye una teoría, la regla general es reunir la información hasta que cada categoría esté saturada, ¿que significa esto?; que no pueda surgir ningún dato nuevo relacionado con una categoría que se considera saturada, en otras palabras, que no aporta un nuevo conocimiento en relación con esa categoría, que la categoría esté bien desarrollada en términos de dimensiones y propiedades. Y por último que las relaciones entre categorías estén bien establecidas y validadas.

### **Análisis de comparación constante de los Datos**

El análisis comparativo es esencial para generar una teoría fundamentada en los datos. Consiste en comparar incidente con incidente, incidente con categoría, categoría con categoría, a sí mismo como patrones de comportamiento entre los grupos dentro de un área substantiva, distinguiendo similitudes y diferencias.

Hutchinson, dice que el análisis de este método, es desenvuelto a través de los procedimientos de codificación. La codificación es el proceso central por el cual las teorías son construidas. En ese proceso los procedimientos de codificación envuelven un desmembramiento del todo en sus partes, el análisis, la comparación y la categorización de los datos.

Para Strauss y Corbin, la codificación comprende un conjunto de operaciones realizadas para analizar los datos, en la codificación, se distinguen tres tipos: abierta, axial y selectiva (57).

**La codificación abierta** es el primer paso analítico y consiste en un proceso de separar, examinar, comparar y conceptualizar los datos. Durante la codificación abierta, los datos brutos son separados en líneas, oraciones o párrafos. En seguida, son examinados y comparados por similitudes y diferencias. Para cada incidente o evento es dado un nombre, formando los códigos conceptuales que pueden ser agrupados y formar las categorías.

**La codificación axial**, es formada por un conjunto de procedimientos por el cual los datos son agrupados de nuevas maneras, a través de la conexión entre las categorías. Las relaciones entre las categorías componen un modelo que Strauss y Corbin denominan el paradigma modelo o modelo del paradigma.

### **Entrevista en profundidad**

En el presente estudio, la técnica de recolección de datos, fue la entrevista en profundidad. Taylor y Bogdan (54), definen este tipo de entrevista como: “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras”. Siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio de preguntas y respuestas. El propio investigador se vuelve instrumento de la investigación. Según Charmaz (58), los sujetos no hablan por sí solos sino que es el propio investigador quién los hace hablar. Asimismo, los significados no son entes objetivos, sino que son el resultado de un proceso de negociación entre el investigador y los participantes, esto es, se *co-construyen*. Su rol implica no solo

obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas. Las entrevistas en profundidad tienen mucho en común con la observación participante, del mismo modo que los observadores, el entrevistador avanza lentamente, trata de establecer el rapport con los informantes, formula inicialmente preguntas no directivas y aprende lo que es importante para los informantes antes de enfocar los intereses de la investigación.

La diferencia primordial entre la observación participante y las entrevistas en profundidad reside en los escenarios y situaciones en los cuales tiene lugar la investigación. Mientras que los observadores participantes llevan a cabo sus estudios en situaciones de campo naturales, entrevistadores realizan los suyos en situaciones específicamente preparada. El observador participante obtiene una experiencia directa del mundo social. El entrevistador reposa exclusiva e indirectamente sobre los relatos de otros (54).

### **Enfoque Metodológico**

#### **Contexto de la investigación.**

El contexto de la investigación fue el Municipio San Carlos del Estado Cojedes, específicamente el Hospital Dr. Egor Nucette, el Ambulatorio Urbano Blanca de Pérez y los Centros Clínicos Nazaret y Coromoto. El Hospital Dr. Egor Nucette, es un Hospital público tipo II, con las especialidades de traumatología, cirugía general, pediatría, neonatología, medicina interna, cardiología, ginecología y obstetricia y consulta externa que incluye estas mismas especialidades; el servicio de ginecología y obstetricia cuenta con unas 45 camas destinadas a la hospitalización de embarazadas,

puérperas y problemas obstétricas con un porcentaje de 80% para las puérperas, 15% a embarazadas y un 5% a los casos de ginecología.

El Ambulatorio Urbano Blanca de Pérez, es un ambulatorio Tipo II, con una visión y misión amplia y clara para lograr el bienestar óptimo del paciente, prestando los servicios de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, atención de enfermería, inmunizaciones, odontología, laboratorio, planificación familiar, programa de niño, niña y adolescente, salud reproductiva y muchos más, dándole gracias a Dios por cada año de trayectoria invaluable de esta institución en el área de la salud.

Las clínicas privadas: son centros de hospitalización con un promedio de 20 camas que atienden de manera general todas las especialidades, con un 65% dedicado a la parte quirúrgica, de estas el 55% son cesáreas.

### **Técnica de Recolección de Datos**

La técnica de recolección de datos fue la entrevista en profundidad, aquí es imprescindible tener claridad de la información que necesitamos, cuanto necesitamos, como y donde obtenerla. El muestreo es un proceso de recolección de datos muy útil, para ello necesitamos saber qué tipo de muestra es la conveniente, en nuestro caso, la información fue para generar la teoría, el investigador recolecta, codifica y analiza los datos que están emergiendo. El muestreo teórico, es el procedimiento que sirve para lograr maximizar las oportunidades de los eventos, incidentes o sucesos para verificar

el grado de saturación y como una categoría varia en términos de propiedades y dimensiones.

El inicio de la recolección de los datos ocurrió después de la aprobación del proyecto por la Comisión evaluadora designada por la Coordinación del Doctorado en Enfermería. El proceso de recolección se realizó en el período de septiembre de 2009 a julio de 2010.

Participaron en el estudio, siete (7) informantes: cuatro (4) puérperas, dos (2) de sus familiares que vivían junto a ellas la experiencia de amamantar a su hijo y una (1) enfermera del área de puerperio, trabajadora del sector público y privado (anexos 1, 2). Para el momento del primer encuentro de la entrevista, acudimos a las puérperas en la sala de puerperio de los centros donde habían dado a luz, luego para el segundo encuentro nos trasladamos a sus respectivas residencias, éstas fueron visitadas de forma correlativa hasta obtener la saturación de la información. La enfermera fue entrevistada en su ambiente de trabajo y los dos familiares fueron abordados en visitas a su residencia.

### **Criterios de Selección**

Puérperas mediatas hospitalizadas en los centros de salud: Hospital Dr. Egor Nucette, Clínica Nazaret y Centro clínico La Coromoto.

Enfermera con experiencia en el área de puerperio.

Grupo familiar que convivan con las puérperas seleccionadas.

Que todos expresaran la disposición voluntaria de participar en la investigación.

### **Procedimiento de Recolección de los Datos**

La participación de todos los entrevistados en el estudio fue voluntaria. Antes de cada entrevista, el propósito de estudio fue explicado en detalle, y se abrió espacio para aclarar posibles dudas en la entrevista preliminar (solicitud de participar en el estudio (anexo 3) y su respectivo consentimiento informado (anexo 4). Durante el proceso de recolección de la información, ninguno de los informantes rehusó la participación en el estudio.

Inicialmente, en la primera entrevista, el abordaje de la puérpera, lo orientamos con la pregunta troncal: “*¿Con que piensas alimentar a tu hijo?*”. En las entrevistas subsecuentes, conforme fueron surgiendo las categorías y de acuerdo a las respuestas, se hacían nuevas preguntas que pudiesen aclarar las ideas expresadas por los participantes. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en las propias palabras del informante, para el análisis preliminar y su posterior validación de credibilidad. Los datos fueron analizados siguiendo los momentos del método de comparación constante sugerido por la Teoría Fundamentada en los Datos.

Para empezar la codificación abierta, se abrieron las entrevistas para un primer análisis en busca de los primeros significados.

Luego en un segundo nivel del análisis, en la codificación axial, se depuraron los códigos, se buscaron las diferencias y semejanzas y se construyeron las categorías de acuerdo a sus propiedades y sus relaciones entre las categorías.

La fase final del análisis, corresponde a la construcción de definiciones conceptuales de las categorías en la búsqueda de sub-categorías para comprender el fenómeno, estas se organizaron en una tabla de tres columnas: categorías, sub-categorías y códigos (anexo 5)

### **Rigor Metodológico**

Los criterios que se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo y evitar amenazas contra su validez y confiabilidad son:

1. La credibilidad, que se relaciona con la fidelidad de los hallazgos; para esto se realizaron las entrevistas personalmente, y se transcribieron exactamente como los participantes claves lo expresaron, sin omitir ninguna frase que pudiera cambiar el sentido de lo dicho, para ello, una vez transcrita la entrevista se entrega una copia al informante para que constate su acuerdo o desacuerdo con la veracidad del texto.
2. La auditabilidad, con la posibilidad de que otro investigador pueda seguir la trayectoria del proyecto en su totalidad, se hizo una búsqueda exhaustiva de teóricos y filósofos del cuidado de enfermería específicamente que tienen que ver con el fenómeno en estudio.
3. La transferibilidad o adecuación, es decir, la aplicabilidad del estudio, la posibilidad de extender los resultados a otras poblaciones con características similares. En esta investigación, este criterio viene dado por que las informantes

claves eran puérperas que estaban amamantando a su hijo y fueron abordadas en la institución donde dieron a luz y su hogar junto a sus familias que de una u otra forma conocían el hábito de amamantar o manifestaban dudas o algún inconveniente con la práctica de la lactancia materna exclusiva.

### **Consideraciones Éticas**

Una vez obtenida la aprobación del proyecto y tomando en cuenta las recomendaciones previstas por la Coordinación del Doctorado en Enfermería y de la Comisión Evaluadora designada, se inició la ejecución del proyecto. Hicimos algunos ajustes con base a las sugerencias de los evaluadores y posteriormente se presentó a los directivos de enfermería de las diferentes instituciones, donde se realizaría el proyecto, con el propósito de solicitar la autorización, para contactar a las posibles participantes puérperas que estuvieran amamantando a su hijo. Con dicha autorización, la investigadora inició el proceso de contacto.

Los principios éticos que guiaron el desarrollo de este proyecto fueron el respeto por la autonomía, la privacidad y la intimidad, la beneficencia, la no maleficencia, la justicia y la confidencialidad de la información. El respeto incluye el principio de autonomía y autodeterminación.

En la primera visita a la sala de puerperio a todas las informantes contactadas, habiendo expresado la voluntad de participar, se hizo entrega de la solicitud de entrevista, dando las explicaciones del propósito de la investigación, demás contenidos y aclarando las dudas a que hubiera lugar. En caso afirmativo, como fueron todos los casos, comentarle que la investigadora la visitaría al día siguiente

para ampliarle la información. De mutuo acuerdo se establecieron tres (3) encuentros para la recolección de la información: dos en la sala de puerperio y un tercer encuentro en su domicilio con lo cual todas afirmaron gustosamente su acuerdo, verbalmente y lo convenido en el consentimiento informado (anexo 4).

El principio de reciprocidad tiene que ver con los beneficios que reciben los sujetos que participan en el proyecto. En este sentido la investigadora, como parte de la preparación para el estudio, realizó el curso de consejera de lactancia materna. De ésta manera pudo atender las inquietudes que manifestaron los participantes, relacionadas con el cuidado de la salud. Esta experiencia resultó muy interesante, pues aportó muchas ideas para la elaboración del modelo de cuidado de enfermería y familiar, en virtud de la interacción que se estableció entre la investigadora y los informantes.

Para garantizar la privacidad y la confidencialidad, se solicitó a cada uno de los participantes que seleccionaran el lugar más cómodo para realizar la entrevista y la libertad de escoger el pseudónimo con que serían codificadas en la entrevista a fin de evitar la verdadera identidad. A cada entrevista se le asignó un código numérico correlativo, según el orden en que se realizó el encuentro.

## **CAPITULO IV**

### **ANALISIS, INTERPRETACION Y DISCUSION DE LOS DATOS**

Concluido el proceso de análisis, interpretación y discusión de los conceptos identificados, y sus relaciones, se organizaron los datos para ser presentados en cinco (5) categorías:

Prácticas alimentarias del recién nacido. Indagando sobre lactancia materna. Barreras y dilemas del amamantamiento. Promoción y beneficios de la lactancia materna. Grupos de apoyo a la lactancia materna.

#### **Categoría 1: PRACTICAS ALIMENTARIAS DEL RECIÉN NACIDO**

De esta categoría surgieron 3 sub categorías correspondientes a sus unidades temáticas.

##### **Condicionando el amamantamiento de su hijo**

La OMS y la UNICEF señalan que la lactancia “es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños”. Sin embargo, es probable que amamantar al hijo recién nacido provoque una serie de dudas o temores en las nóveles madres que se inician en esa hermosa etapa en la vida de una mujer. Cuando se les preguntó a las informantes, con qué piensas alimentar a tu hijo? A pocas horas de nacer su hijo, esto fue lo que expresaron:

*Bueno, yo creo que con teta, aunque si no lo llena tendré que darle tetero (Celeste) yo pienso darle pecho, depende si ella se acostumbra (Casandra) por ahora le estamos dando teterito, porque estoy cesareada*

*y no puedo sentarme para darle la teta (Celestina) no se todavía, aunque aquí le estoy dando teta, porque no permiten tetero.*

Para las informantes, la interrogante formulada según percibimos en sus propias palabras, generó en ellas una serie de respuestas a manera de proposiciones condicionadas, posiblemente debidas a sus diferentes experiencias de la vida cotidiana. Siguiendo las orientaciones del análisis señalado por Strauss y Corbin, basados en lo que la gente dice y hace, se puede interpretar estas respuestas desde el contenido semántico de la palabra condición. La condición es algo que debe estar dado para que otra cosa o situación sean posibles, en este sentido, es sinónimo de “requisito”; hace referencia, pues, a lo indispensable para que se realice un acto, en este caso, el acto de amamantar a su hijo. En otro núcleo semántico, es un modo eventual de ser o estar, actual o posible. Estar dispuestas a amamantar a su hijo al momento de nacer o cuando las condiciones expuestas por ellas estén dadas.

También pudiéramos interpretarla desde el punto de vista de la lógica de una proposición «si A, entonces B» o bien «A es condición suficiente de B», donde A es el antecedente y B el consecuente. Las proposiciones condicionales expresan la condición necesaria para que tenga efecto lo que indica la oración principal; ésta indica la causa o efecto de tal condición.

Ahora bien, con independencia de que la madre sea, una madre primeriza o experimentada, estas decisiones sobre la lactancia materna siempre plantean dudas.

Hay casos en que la alimentación con leche materna puede que no sea posible o preferible para todas las mujeres. Decidir entre dar el pecho o alimentar con biberón

generalmente se basa en la comodidad y en el ritmo de vida; además, alimentar a pecho en algunos casos, puede que no sea recomendable para algunas madres o bebés (enfermedad transmisible u otras), donde los médicos recomiendan suspender la lactancia materna; pero esto último, no es el caso de las informantes, pues ellas no lo expresaron.

Esta interpretación se hace aludiendo a las connotaciones de algunas respuestas condicionadas expresadas por las madres interrogadas: *Bueno, yo creo que con teta, aunque si no lo llena, tendré que darle tetero; o no sé todavía, aunque aquí le estoy dando teta, porque no permiten tetero*, lo cual significa que alimentar a su hijo con leche materna está condicionado a que el niño quede satisfecho, a que el niño se acostumbre o a lo que le permitan en la institución donde nació el niño, se intuye que de lo contrario, le darán tetero. Estos comportamientos expresados en su decir y hacer reflejan creencias y conductas aprendidas en la familia, en el tejido social, en la cultura y transmitidos de una generación a otra. En este sentido, según Schaefer. Richard. T, la sociedad es el grupo más grande. Se compone de personas que tienen en común un patrimonio histórico y una cultura. Los miembros de la sociedad aprenden esta cultura y la transmiten de generación en generación (59).

El tipo de comportamiento de estas madres se puede asociar a la teoría conductista de Skinner y al condicionamiento operante, que aplica principios de reforzamiento para condicionar o moldear conductas operantes. Skinner desarrollo un procedimiento estándar para el estudio del condicionamiento operante, aplicable tanto a las personas como a los animales. Se interesa, sobre todo, por la manera en que el comportamiento

afecta al ambiente para producir consecuencias y como una consecuencia favorable, o refuerzo, produce un incremento en la probabilidad de que un comportamiento vuelva a ocurrir **(60)**.

Las conductas operantes son respuestas voluntarias, no producidas de manera automática por algún estímulo, sino a base de “recompensas” o amenazas de “castigo”. Para Skinner, el organismo está en proceso de “operar” sobre el ambiente, lo que en términos populares significa que está irrumpiendo constantemente; haciendo lo que hace **(60)**. Durante esta “operatividad”, el organismo se encuentra con un determinado tipo de estímulos, llamado estímulo reforzador, o simplemente reforzador. Este estímulo especial tiene el efecto de incrementar el operante (esto es; el comportamiento que ocurre inmediatamente después del reforzador). En el condicionamiento operante: el comportamiento es seguido de una consecuencia, y la naturaleza de la consecuencia modifica la tendencia del organismo a repetir el comportamiento en el futuro **(60)**. El aprendizaje de la conducta operante, se conoce también como condicionamiento, pero es diferente del condicionamiento de reflejos, el condicionamiento operante es la misma clase de aprendizaje que describió Thorndike y este, es para Skinner, entre todos, el tipo de aprendizaje más importante, se considera uno de los temas en los que Skinner y Thorndike se aproximan bastante. Si la ocurrencia de una respuesta operante es seguida de un refuerzo, aumenta su probabilidad de que ocurra de nuevo. Para los reflejos el reforzador es un estímulo incondicionado, mientras que para las operantes es una recompensa **(61)**.

En conclusión, se induce que este comportamiento condicionado en la vida cotidiana de la madre del recién nacido se convierte en un dilema, en donde el más afectado es el bebe, porque él es incapaz de decidir, mientras la madre no puede jerarquizar entre lo que es ideal para el sano crecimiento y desarrollo de su hijo y lo que ella está dispuesta a dar o hacer por él. Ante tanta indecisión, a veces resulta ganador el abandono del amamantamiento, lo cual se convierte en un problema con implicaciones personales, sociales y sanitarias.

A pesar de todo, siempre la OMS destaca su relevancia y plantea entre sus estrategias que aunque es un acto natural, la lactancia materna también es un comportamiento aprendido. Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando aprendan y dispongan de reforzadores de información exacta, así como de su decisión y del apoyo dentro de sus familias, comunidades y del sistema de atención sanitaria.

La mayor parte de las recomendaciones están dirigidas a mejorar los índices de lactancia materna... y hay que ofrecer a las madres lugares donde puedan aprender, como los grupos de apoyo a la lactancia materna, protegidas de la publicidad de las casas comerciales (30).

### **Justificando el uso de otras alternativas**

Sumergida como analista en interacción con los datos, en la etapa de codificación abierta sobre la misma pregunta, encontramos que para las madres ante las diversas circunstancias imprevistas de la vida cotidiana, ellas optan por sucedáneos para alimentar a su hijo. Veamos como lo expresan:

*Bueno tengo que esperar, que me recupere, vamos a ver si mañana le puedo meter la teta, bueno si es que me baja la leche (Celestina) le están dando tetero las enfermeras para yo poder descansar porque después del parto quede muy adolorida... después le daré la teta (Casandra) yo le voy a dar las dos cosas teta y tetero, porque...como yo trabajo...será un problema si solo come teta...que le van a dar mientras yo no esté (Celestina)*

Como se ve en las expresiones de las madres entrevistadas, para ellas con que alimentar al bebe consiste en elegir estrategias de alimentación, aunque no compatibles con los principios de lactancia materna exclusiva, pero, justificándolas por razones convincentes, algo que le resuelven un problema a la madre, pero no al hijo, tal como lo dice Celestina: *Bueno tengo que esperar, que me recupere, vamos a ver si mañana le puedo meter la teta, bueno si es que me baja la leche.* En lo expresado se observa que el amamantamiento del hijo, está sujeto a la condición de espera, en todo caso, justificadas para ellas, su recuperación y que le baje la leche. En los mismos relatos dice Casandra: *le están dando tetero las enfermeras para yo poder descansar, porque después del parto quede muy adolorida...* Estas expresiones denotan que el primer contacto táctil y el reflejo de succión lo tendrá el bebe con la enfermera, con el biberón y no con su madre. En sus propias palabras ella expresa; *después le daré la teta.* Decidir otra alternativa de alimentación para el bebe a todas luces es justo, aunque sea alimentación complementaria, pero no es el ideal de la lactancia materna exclusiva, donde los especialistas aconsejan amamantar al niño en su primera hora de vida, para que madre e hijo establezcan comunicación y su primer contacto físico cuanto antes. Durante la lactancia, además de recibir alimento, el bebé recibe amor y seguridad, dando lugar al binomio afectivo madre-hijo.

Desde el punto de vista anatomofisiológico, sabemos que la epidermis, o la superficie de la piel, contienen muchas terminaciones nerviosas por todo el cuerpo. Las terminaciones nerviosas transmiten impresiones al cerebro que nos indican que tipo de cosas estamos tocando. Ese primer contacto es importante, pues el niño ya empieza a identificarse con su madre y la madre con su hijo, sabemos que el tacto representa el sistema sensorial más primitivo de los seres humanos y el niño se orienta en el espacio a través del tacto. Además, si el niño es amamantado adecuadamente satisface su necesidad instintiva de succionar y tiene mejores posibilidades de alcanzar un desarrollo normal de sus estructuras dento-maxilofaciales y otorrino laríngeas (50). En consecuencia, la madre que no amamanta a su hijo en los primeros momentos de su nacimiento se está negando a ella y a su hijo disfrutar los momentos más placenteros de su llegada al mundo.

En el proceso de desarrollo histórico, en determinadas épocas la mujer fue formada para desear amamantar a sus hijos, recibiendo apoyo de sus familiares, porque era una cultura intergeneracional, lo cual era un comportamiento rutinario para toda mujer que deseaba tener un hijo. Hoy, con la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, con los cambios ocurridos en la sociedad y en el seno de la familia, esto ha desaparecido y con mayor razón si se trata de un hogar matriarcal, donde la mujer cuando queda embarazada ya empieza a planificar la forma de resolver el problema de la crianza de su futuro bebe, tal como lo expresa Celestina: *yo le voy a dar las dos cosas teta y tetero, porque...como yo trabajo...será un problema si solo come teta*, estos cambios sociológicos ocurridos en la era moderna de la sociedad industrial entre

los siglos XIX y XX, como hemos dicho, obedecen a la incorporación de la mujer al trabajo asalariado, lo cual hace ver el amamantamiento como un problema, derivándose en un principio hacia la lactancia mercenaria, extendida hacia los estratos más humildes de la sociedad y posteriormente hacia la lactancia artificial (30).

Sin embargo, y por encima de todo, la leche materna es un alimento inconmensurable para el bebe. Es una mezcla de proteínas, sales minerales, vitaminas, grasas, moduladores del sistema inmune, lípidos, azúcares, hormonas, enzimas, antiinflamatorios y otros nutrientes necesarios para la supervivencia y el sano crecimiento del recién nacido. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan la lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida.

### **Decidiendo amamantar como producto biocultural**

La lactancia materna por lo general se define como alimentación con leche de seno materno. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños". Es la alimentación de los bebés con leche materna para satisfacer sus requerimientos nutricionales. Elegir alimentar con lactancia materna es una de las primeras decisiones que tienen que tomar los padres. Sobre la misma pregunta, otras madres expresaron lo siguiente:

*Yo le voy a dar lactancia materna exclusiva, de hecho el nació anoche y hasta ahora no ha comido otra cosa, estoy muy contenta (Celia) quiero solo darle teta a mi bebe para que crezca sanito... (Celia) alimentare a mi hijo solo con tética, porque me han dicho que es la mejor (Casandra)*

*creo que con teta porque es la leche que una misma produce, que es la mejor para los bebes porque no se enferman (Celeste)*

Para este grupo de madres entrevistadas, la seguridad de tomar la decisión para asumir el rol de alimentar a su hijo con leche materna, es evidente y consiste en expresar de forma afirmativa proposiciones como estas: *Yo le voy a dar lactancia materna exclusiva*, lo cual significa que es una decisión personal, en el caso de Celia, que a su vez reafirma con seguridad cuando agrega: *de hecho, el nació anoche y hasta ahora no ha comido otra cosa, estoy muy contenta*. Por seguridad entendemos aquello que está exento de peligro, daño o riesgo. Algo seguro es algo cierto, firme e indubitable, es decir, aquello de lo que no se tiene duda. La seguridad, por lo tanto, es una certeza y decisión, alude a la facultad que tienen los seres humanos de poder decidir sobre sus propios actos. En el caso de estas madres, se trata de la seguridad alimentaria de sus hijos, por lo que hacen referencia a la disponibilidad del alimento en cantidad y calidad suficiente, al expresar en sus propias palabras: *quiero solo darle teta a mi bebe para que crezca sano... porque es la leche que una misma produce, es la mejor para los bebes porque no se enferman*. Lo dicho y hecho por estas madres coincide y se sustenta con la concepción de la FAO: la seguridad alimentaria sólo se cumple cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico y económico a los alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y las preferencias culturales para una vida sana y activa (62).

En el caso que nos ocupa, es obvio, que los bebés de estas madres, contarán en todo momento con acceso físico y económico, pues obtendrán su alimento del productor al consumidor. En este sentido, y para sostener la interpretación del discurso, la Academia Americana de Pediatría (AAP) coincide con organizaciones como la Asociación Médica Americana (American Medical Association, AMA), la Asociación Dietética Americana (American Dietetic Association, ADA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) al recomendar la lactancia materna como la mejor opción para alimentar a un bebé. La lactancia materna contribuye a la defensa contra las infecciones, a prevenir alergias y a proteger contra diversas afecciones crónicas (31).

En el entendido de que la lactancia materna es un fenómeno biocultural con primacía en los seres humanos, que además de su dimensión biológica, el hombre en virtud de su logos, es capaz de aprehender y modificar sus comportamientos por la influencia de su contexto cultural. La biología y la cultura no son competidoras. Las normas culturales afectan a nuestras actitudes y nuestra conducta en forma sutil, pero poderosa, pero no lo hacen al margen de la biología. En última instancia, todo lo social y psicológico es biológico.

Alice Eagly (1987-1997) y Wendy Wood (1991), teorizan sobre el modo como interactúan la biología y la cultura. Creen que una variedad de factores, incluyendo las influencias biológicas y la socialización en la niñez, predispone una división sexual en el trabajo. En la vida adulta, las causas inmediatas de las diferencias de género en la conducta social son los roles, reflejan la división sexual del trabajo.

Debido a su fuerza muscular y velocidad, a los hombres se les suele encontrar en los roles que exigen poder físico. La capacidad de las mujeres para criar y atender a los niños las inclina a desempeñar roles de mayor protección (63). Se entiende que los roles definen los modos de pertenencia y de participación de los individuos en las diferentes colectividades del sistema.

En el mismo sentido, para la teórica de enfermería Ramona Mercer, el rol materno es algo que debe aprender la madre y va a depender de su entorno social, familiar y cultural; la decisión de alimentar a su bebe con lactancia materna, no escapa del impacto de estos factores (64).

Merece la ocasión subrayar en cuanto al rol familiar que existen ciertas pautas constantes de comportamiento, acciones y actitudes, deberes y privilegios que se atribuyen a cada uno de los miembros de una familia. Al realizar este comportamiento todos ellos, hombres o mujeres, desempeñan su rol familiar. Pero hay que decir, que las pautas de comportamiento son variables, y esa variación dentro del rol es a su vez una indicación de la jerarquía de comportamiento aceptable dentro de la sociedad. En relación al rol maternal, la madre que ama, protege, alimenta, instruye, educa y, en general, cuida a su hijo, desempeña su rol de acuerdo con las pautas aprobadas socialmente (64).

## **Categoría 2: INDAGANDO SOBRE LACTANCIA MATERNA**

De esta categoría se derivaron 3 sub categorías correspondientes a sus unidades temáticas.

### **Informándose la propia madre**

Para obtener información sobre los beneficios de la leche materna, existen diferentes medios de comunicación, la creación de instituciones públicas y privadas, con la finalidad de promover la lactancia materna exclusiva. Sumergidas en la interacción con la información en la búsqueda de nuevas categorías, cuando se le preguntó a las madres, que conocimiento tienen ustedes acerca de la lactancia materna, esto fue lo que respondieron:

*...en la consulta de control del embarazo habían unas carteleras que decían que era la primera vacuna del niño(Celeste) yo he leído mucho sobre la alimentación del niño y todos los libros, internet, y revistas hablan de que la lactancia materna es la mejor(Celia) mi abuela siempre me dice que la leche materna es la mejor(Celestina)hay una enfermera en la mañana que pasa por los cuartos y da una charla, y las mamas que no han puesto su bebe a mamar, ella se los pone y las enseña(Casandra)*

En las propias palabras de estas madres, para ellas el conocimiento sobre lactancia materna consiste en buscar y recibir información sobre el tema por distintos medios y diferentes fuentes, se interpreta que en su mayoría han leído o escuchado que la leche materna es el mejor alimento para su hijo, sin embargo, la decisión de amamantar o dar el biberón a su bebé es una decisión muy personal. Hay algunas consideraciones que tal vez quieran tener en cuenta antes de decidir qué es lo mejor para la madre y para su recién nacido. De todos modos, en todas las madres se observa de acuerdo a su discurso que las mueven intereses comunes, la necesidad y responsabilidad de buscar información sobre la alimentación de su hijo. Como bien lo expresa Celia: *yo he leído mucho sobre la alimentación del niño y todos los libros, internet, y revistas*

*hablan de que la lactancia materna es la mejor.* La maternidad es uno de los hechos de la vida que agrega regocijo a la condición de ser mujer. El rol maternal, viene a completar en su máxima expresión de plenitud del ser femenino por excelencia. Integrando así su realización creativa desde el plano físico, emocional y espiritual. La mujer al asumir el rol materno se siente responsable de los deberes para con su hijo, y como persona responsable actúa conscientemente.

La persona responsable está obligada a responder por alguna cosa o alguna persona. Así, es el caso de estas madres que han asumido la responsabilidad de consultar, leer, observar y escuchar para apropiarse de la información sobre el significado y los beneficios de la lactancia materna. También es la persona que cumple con sus obligaciones o que pone cuidado y atención en lo que hace o decide. Según la teoría de Adopción del rol materno de Ramona Mercer, la forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influenciadas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo (64).

Como se observa en este tema, las madres a través del proceso de socialización con su familia, en la sala de hospitalización, a través de las redes sociales han buscado la información que las ayude asumir la responsabilidad del rol materno. Ser responsable significa ser éticamente capaz de rendir cuentas del cuidado o bienestar de otro; como en el caso que nos ocupa, ser responsable del cuidado de su hijo en lo

que atañe a su alimentación del recién nacido, etapa en la cual es totalmente dependiente de su madre, lo cual implica la capacidad personal o la habilidad para actuar con libertad por sí mismo. Al decir de Jonas, Hans, el hombre es el único ser conocido que tiene responsabilidad, solo los humanos pueden escoger consciente y deliberadamente entre alternativas de acción y esa elección tiene consecuencias, la responsabilidad que emana de la libertad (65). En conclusión, significa que este grupo de madres como seres humanos, ontológicamente, se sienten responsables del cuidado de sus hijos, y como agente directo de la acción, son capaces de priorizar y escoger la mejor alternativa de acción, específicamente, tomar la decisión de escoger la lactancia materna como la mejor alimentación para su recién nacido.

### **Copiando Modelos Parentales**

De lo dicho anteriormente, la información puede venir por distintos medios y diferentes fuentes, así como del interés de una persona por alguna información. Cuando se les pregunto a las informantes de quien más han recibido información sobre la lactancia materna, todas ellas respondieron así:

*Mi mamá cuando nació mi hermanito...le daba teta y tetero porque no lo llenaba y lloraba mucho... ella es la que me ha enseñado todo, porque yo estaba estudiando y como dice ella, metí la pata, mi vida cambio, y tengo que cuidar el bebe (Celeste)los hombres no se meten en eso, aunque cuando el niño está llorando mucho, él prefiere que le dé tetero, pero será para que lo deje dormir, por eso es que le doy tetero de noche (Celestina) mi suegra me ha dicho que ella crio a sus 5 hijos con lactancia materna...tengo una amiga que le dio fue pura teta a su bebe y se la crio sanito e inteligente (Celia)mi suegra me dice que aproveche ahorita de darle pura teta, porque cuando cumpla 3 meses, así yo no*

*quiera voy a tener que darle tetero, porque a esa edad...no se produce suficiente leche para que el niño se llene (Casandra)*

En este relato, para las entrevistadas, de quien más han recibido información, consiste en narrar las experiencias que han vivido y escuchado acerca de la lactancia materna de parte de familiares, como la madre, el esposo, la suegra y de amigos.

En general se dice que una familia es un grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentesco, cuyos miembros adultos asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos.

Sin embargo, para Beck-Gernsheim, definir el término familia no es una tarea fácil, cada quien tiene un concepto diferente y todos son validos. Así, hay familias que se componen por el papa, la mamá y los hijos, las hay más amplias, con abuelos, tíos, otros parientes, e incluso amigos, como en el caso de estas entrevistadas, donde comparte información de la madre, el esposo de la suegra y de una amiga. Tal cual lo expresa Celeste: *Mi mamá cuando nació mi hermanito...le daba teta y tetero porque no lo llenaba y lloraba mucho.* El grupo familiar social, es lo que nos define como personas, condiciona los gustos, las costumbres y las formas de relacionarnos. Por lo general los menores aprenden de los modelos de las personas adultas que están en contacto directo con ellas, sobre todo, en momentos como el nacimiento de los hijos que marcan tareas y responsabilidades a cada uno de los miembros de la familia. Es el caso de Casandra cuando dice: *mi suegra me dice que aproveche ahorita de darle pura teta, porque cuando cumpla 3 meses, así yo no quiera voy a tener que darle*

*tetero, porque a esa edad...no se produce suficiente leche para que el niño se llene.*

Del texto se induce que de seguir el modelo de aprendizaje parental de su suegra, a todas luces razonable, ya que en la familia se dan sentimientos de amor, afecto, cooperación y solidaridad, que es muy probable una predisposición de querer dar el pecho a su bebe hasta los 3 meses. Se intuye, que la familia desconoce la regla de oro para producir una cantidad de leche abundante y comprender que: “mientras más amamantes, mas leche tendrás”

Es frecuente que detrás de estas informaciones generacionales sobre la lactancia, existen también unas expectativas que no hallan correspondencia en la realidad. La inmensa mayoría de las madres primerizas no han visto amamantar jamás, por lo que ignoran cómo funciona la lactancia. A menudo, esperan bebés que coman puntualmente cada tres horas y duerman entre toma y toma, algo que pocas veces se da en la cotidianidad de la vida real; en consecuencia, por desconocimiento, estas madres acaban pensando que el niño llora porque pasa hambre, es decir, porque no producen suficiente leche.

De hecho, Lawrence R. en la primera de las recomendaciones sobre la realidad de la lactancia materna afirma: La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones y se debe prolongar al menor durante todo el primer año y mas allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño (27).. Se induce que de no producir la madre suficiente leche después de los 3

meses, ninguno de los especialistas e investigadores expertos en la materia, correría el riesgo de recomendar la lactancia materna exclusiva, que como sabemos es hasta los 6 meses.

Los modelos parentales son las prácticas de crianza que los adultos cuidadores asumen para el acompañamiento afectuoso e inteligente de niños, niñas y adolescentes. Con ellos dan curso al proceso de crianza, que es el mismo proceso de socialización y educación, es decir, estos tres procesos son entendidos como sinónimos (66). De esto se entiende que la familia es el primer contexto socializador en el que los niños, las niñas y los adolescentes establecen relaciones que facilitan la formación de la personalidad, el acompañamiento de los adultos cuidadores (padres, tíos, abuelos, maestros) es necesario para que asuman la función de guía, de orientación del proceso y construyan el modelo de cuidado que consideren adecuado, como ocurre en el caso de Celeste cuando dice: *ella (la madre) es la que me ha enseñado todo, mi vida cambio, ahora tengo que cuidar el bebe.*

Como sabemos, Celeste es una madre adolescente de 15 años que ha recibido la orientación de su madre, por ser ésta, el familiar que la acompaña en su hogar. La socialización es el eje fundamental sobre el que se articula la vida intrafamiliar y el contexto sociocultural con su carga de roles, expectativas, creencias y valores.

Por consiguiente, los padres, por sus interacciones en la vida cotidiana, pueden modelar o formar los atributos cognoscitivos, emocionales y conductuales que desean ver en sus hijos.

Desde una visión fisiológica, la cantidad de leche producida por la madre, se adapta a las necesidades del bebé. Para que ocurra la secreción de leche materna, el bebe debe estimular la secreción láctea chupando el pezón y areola al mismo tiempo. Para producir este estímulo en las glándulas mamarias de la madre, el bebe realiza un acto instintivo de succión que produce en la hipófisis anterior la liberación de la hormona prolactina, desencadenando la secreción de la leche. Cuanta más cantidad de leche tome el bebé, mayor será la estimulación de la hipófisis anterior y por ende se producirá más prolactina (PRL) y más leche producirá la madre. Asimismo, la succión del pezón y areola también estimula la neurohipófisis, liberando la hormona oxitócica. La succión estimula los nervios eferentes para la eliminación de la leche. También el comportamiento de la madre estimula al recién nacido a que realice la succión a través del cariño y de los cuidados, de manera que puedan localizar el pezón con el menor esfuerzo (27).

### **Recibiendo Información del Personal de Salud**

Continuando con la misma pregunta en relación de quien más habían recibido información, esto fue lo que respondieron:

*...aquí no puedo darle tetero, porque las enfermeras están pendientes, y si le ven un tetero a una se lo quitan y lo regañan(Celeste)ayer unos estudiantes de enfermería y medicina estaban dando una charla sobre el cuidado de los bebes y hablaron de la lactancia materna... yo les pregunte de la alergia y ellos me dijeron que la leche de formulas pueden causar alergia en algunos niños...y una enfermera me dijo que lo único que yo necesito es que mi bebe mame parejo para que produzca suficiente leche...ella siempre me saca de dudas(Cassandra) el Dr. me*

*dijo que lo mejor es la leche materna, que tratara de no quitarle la teta(Celestina)la enfermera del módulo me explico, incluso lo de las rotulaciones con fecha del almacenamiento de la leche, para que así, la valla gastando en forma ordenada(Celia)*

Como se puede ver en sus propias palabras en relación a la indagación sobre lactancia materna, son muchos los aspectos de interés sobre el proceso que estas madres necesitan conocer y sobre los cuales pueden aprender, pero, en este caso, también se observa, que no solo han recibido información de su propia búsqueda, de los modelos parentales, sino también del personal indicado de salud. Para estas madres de acuerdo a su discurso, no existen razones justificadas para no amamantar o dejar de hacerlo antes del tiempo indicado, pues como se observa tienen suficientes motivaciones que las impulsan a preguntar para aclarar sus dudas, para buscar y seguir las orientaciones de interés para la alimentación de su hijo de personal idóneo, de confianza y con conocimiento en lactancia materna; el personal de salud, como bien lo dice Casandra, *una enfermera me dijo que lo único que yo necesito es que mi bebe mame parejo para que produzca suficiente leche... ellas siempre me sacan de dudas*. Es de suponer que la enfermera conoce por su preparación que la succión estimula el pecho, razón por la cual le hace esas recomendaciones a la madre que esta lactando. La succión del bebe o la extracción de leche con sacaleches son el mejor estímulo de producción de leche.

El bebé debe succionar frecuentemente, en forma adecuada (buena prendida al pecho) y debe vaciar correctamente los pechos para aumentar la bajada de leche. En este sentido, Lawrence R. considera muy importante tratar de mantener la

lactancia exclusiva y para ello es recomendable que la mamá tenga contacto con especialistas en el tema que la ayuden a mejorar las técnicas de amamantamiento o re lactación pero, sobre todo, para que la animen y estimulen a superar las dificultades que pueden aparecer en este proceso (27).

En condiciones normales, la disminución de la producción de leche de forma fisiológica comienza a ser considerable a partir de los siete o nueve meses. Por ello se recomienda que la alimentación complementaria se realice a partir de los 6 meses de manera gradual, para evitar la ingurgitación de las mamas y para facilitar la adaptación del niño a la alimentación complementaria. No obstante, se dan casos en que la producción de leche podría prolongarse hasta cuatro años si continúa el amamantamiento.

Ofrecer información fidedigna a las madres puede ayudarles a tener éxito con la lactancia, como sucedió con Celia: *la enfermera del módulo me explico, incluso lo de las rotulaciones con fecha del almacenamiento de la leche, para que así, la valla gastando en forma ordenada.* El caso de Celia al recibir información de la enfermera es un buen ejemplo de apoyo hacia la promoción de la lactancia materna exclusiva, ella no contaba con esa información, pero al dialogar con la enfermera se posesiono de nueva información de personal de salud capacitado.

Generalmente, lo que ocurre es que se necesita apoyo de personas capacitadas para mejorar la lactancia e incrementar la producción de leche.

### **Categoría 3: BARRERAS Y DILEMAS DEL AMAMANTAMIENTO**

Del análisis de esta categoría, surgieron tres (3) sub categorías.

#### **Experiencias vividas**

Algunas veces las experiencias vividas pueden ser de gran apoyo y optimismo para las madres que están esperando un bebe y que tienen entre sus planes el amamantamiento, otras veces pueden convertirse en obstáculos o barreras. En nuestro caso, cuando se les pregunto a las madres estudiadas que experiencias tienes tú sobre la lactancia materna, ellas respondieron de esta manera:

*...con la otra niña yo le di solo pecho durante los dos primeros meses...solo que a los tres meses el pecho solo no la llenaba y tuve que meterle tetero...y de paso los pechos se me secaron...y eso no quiero que me pase con este(Casandra)eso fue un trauma, porque al principio no me salía nada y ese muchacho lloraba y lloraba...una enfermera me decía que tenía que pegármelo a la teta...de tanto mamar el niño me pelo el pico de la teta y me salió una llaga, ahí fue peor...usted no sabe lo que eso duele(Celestina)antes de que empiecen las clases tengo que meterle leche (de pote), porque si no que va a comer, Ud sabe que uno en el liceo entra a las siete y sale a las dos de la tarde y entonces que va comer el pobre bebe(Celeste)*

Experiencia es el hecho de haber vivido, presenciado, sentido o conocido algo. Para las madres entrevistadas, la experiencia vivida, es la forma de conocimiento que ellas poseen, producto de observaciones, situaciones o vivencias cotidianas en

primera persona. Todo ello se evidencia en el trozo textual, que contiene un fragmento de vida de cada madre, el relato de un episodio, especialmente significativo para cada una de las informantes, se entiende que lo vivido es significativo y tiene sentido para la persona que lo experimenta, por Ej. Celestina dice: *eso fue un trauma, porque al principio no me salía nada y ese muchacho lloraba y lloraba...una enfermera me decía que tenía que pegármelo a la teta...de tanto mamar el niño me pelo el pico de la teta y me salió una llaga, ahí fue peor. Se induce de este relato, desde el punto de vista anatómico que la piel del pezón es delicada y no está acostumbrada al tipo de uso tan intenso que le da el lactante, por lo que se producen las grietas (llagas) y pezones adoloridos, lo cual se convierte en una experiencia negativa que favorece la tendencia a no amamantar por temor a repetir la experiencia vivida.*

Las experiencias vividas por las madres, muchas veces se convierten en barreras para la lactancia materna, en ocasiones incluyen la restricción a la libertad e independencia, asociada a la angustia de sentir el llanto del bebe, además de cierta incomodidad personal.

Otras veces, la falta de apoyo familiar, institucional, el retorno al trabajo, o a la escuela (madres adolescentes) como en el caso de Celeste, pueden convertirse en obstáculos que facilitan o inducen a la madre a interrumpir la lactancia materna, antes del tiempo indicado, así lo dice: *antes de que empiecen las clases tengo que meterle*

*leche (de pote), porque si no que va a comer, Ud sabe que uno en el liceo entra a las siete y sale a las dos de la tarde y entonces que va comer el pobre bebe.* Lo expresado por Celeste es a todas luces razonable, pues la escasa e inadecuada provisión de lugares públicos y horarios para el amamantamiento a veces dificulta el desarrollo de la vida diaria, lo cual se convierte en un conflicto entre la lactancia y el deseo de ser buenas madres para el recién nacido o en dificultades para otras funciones de la mujer como cuidar otros hijos si los hay, atender a la pareja, realizar los trabajos domésticos, el trabajo fuera de la casa, actividades de desarrollo personal o de auto cuidado, necesidad de descanso o demandas del grupo social. Tampoco es raro el conflicto emocional que generan los otros miembros del grupo familiar al enfrentar la dedicación de la madre al cuidado del recién nacido, dejando de lado otras obligaciones.

La lactancia y el período postparto son fundamentales en la vida reproductiva de una mujer, su hijo o hija, su pareja y la calidad de vida de los recién nacidos y su pronóstico a largo plazo dependen de lo que sucede en esta etapa. Este período afecta la vida de las mujeres y sus parejas. Además, hay que recordar que muchas mujeres están sin pareja en el momento del parto. Ellas viven una situación muy difícil, especialmente si son muy jóvenes y no cuentan con suficiente apoyo de su grupo familiar.

La experiencia humana no solo implica pensamiento, sino también afectividad y únicamente cuando se consideran en conjunto se capacita al individuo para enriquecer el significado de su experiencia.

El Ser Humano elabora opiniones personales basándose en sus experiencias vividas, que por lo común expresan verdades subjetivas. En cualquier caso, el relato de la experiencia vivida se realiza desde lo subjetivo, lo individual, lo propio y lo diferente del otro. Una misma experiencia vivida por personas diferentes adquiere valores únicos en cada uno. La carga emocional adjudicada es dada por quien lo vive y sólo comprendida por él. La subjetividad se concibe como la capacidad de interacción, intencionalidad, negociación, pero también como la capacidad para pensar y expresar lo pensado.

Se interpreta en estos relatos, que debido al significado que las informantes le asignan a sus experiencias vividas, esto se traduce en un aprendizaje significativo, en el cual el aprendiz relaciona la información nueva con la que ya posee, tal como lo dice Casandra: *...con la otra niña yo le di solo pecho durante los dos primeros meses...solo que a los tres meses el pecho solo no la llenaba y tuve que meterle tetero...y de paso los pechos se me secaron...y eso no quiero que me pase con este,* aquí se traduce la experiencia vivida como una aprendizaje que la madre posee y lo relaciona con la vivencia de tener un nuevo hijo, es el caso de Casandra que relaciona la experiencia vivida con su primera hija, con la de su segundo hijo. En términos pedagógicos, el aprendizaje significativo es la capacidad de relacionar el nuevo

conocimiento con lo previamente almacenado en la memoria, es decir con lo aprendido anteriormente, como bien lo dice Ausubel (1983) “El factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe.” Y agrega, el aprendizaje significativo es el que conduce a la transferencia. Este aprendizaje sirve para utilizar lo aprendido en nuevas situaciones, en un contexto diferente, por lo que más que memorizar hay que comprender (67). En el aprendizaje significativo, la estructura de los conocimientos previos condiciona los nuevos conocimientos y experiencias, y éstos, a su vez, modifican y reestructuran aquellos. Ausubel distingue tres tipos de aprendizaje significativo: de representaciones, de conceptos y de proposiciones.

Se concluye que en estas madres, ocurre el aprendizaje de representaciones, esto sucede cuando se igualan en significado símbolos arbitrarios con sus referentes y significan para la madre cualquier significado al que sus referentes aludan.

Este tipo de aprendizaje se presenta generalmente cuando el significado de una palabra pasa a representar o se convierte en equivalente, aquí se convierte en equivalente para la madre Celestina la palabra *llaga*, con el dolor en el pico de la teta, el reflejo de succión que está percibiendo y recordando en ese momento como muy doloroso, por consiguiente, amamantamiento y dolor significan para ella la misma cosa. No se trata de una simple asociación entre el símbolo y el objeto, sino que la madre los relaciona, de manera relativamente sustantiva y no arbitraria, como una equivalencia representacional con los contenidos relevantes existentes en su estructura cognitiva (67). Además, todos sabemos que toda experiencia negativa,

como por ejemplo el dolor, el ser humano tiende a rechazarla, porque la considera desagradable.

### **Cultura Intergeneracional**

Cuando se les pregunto a las madres estudiadas que otras experiencias tienes tú sobre la lactancia materna, ellas respondieron de esta manera:

*Yo leí que la leche materna lo mas que contiene es agua, si eso es así, como es que va a alimentar al niño mejor que el tetero, yo le pregunte a mi mama y ella me dijo que eso era verdad, por eso es que al niño hay que darle tetero para que pueda engordar, que yo sepa el agua no alimenta, como es que los niños están bien alimentados con leche materna si eso es pura agua (Celeste) la hermanita como me ve dándole tética a su hermanita, ella le da tética a su muñequita, supongo que ella le va a dar teta a sus hijos, porque como me está viendo a mí, pero lo que sí, es que uno ya casi no ve a nadie dando teta(Casandra)mi abuela siempre me dice que la leche materna es la mejor, pero como hago yo, si no me sale suficiente leche para que el niño quede lleno, eso es algo natural, como le digo a mi cuerpo para que la produzca, yo creo que eso va en cada mujer(Celestina)*

En estos relatos como vemos, las madres expresan diferentes puntos de vista de la cultura intergeneracional en relación a la lactancia materna, por una parte Celeste dice: *Yo leí que la leche materna lo mas que contiene es agua, si eso es así, como es que va a alimentar al niño mejor que el tetero*, se induce de la expresión de la entrevistada que si ella busca lecturas relacionadas con la lactancia materna, debe tener algún interés en aclarar dudas con respecto al cuidado de su hijo, pero además, cuando quiere confirmar la veracidad de la información agrega: *yo le pregunte a mi mama y ella me dijo que eso era verdad, por eso es que al niño hay que darle tetero*,

*para que pueda engordar.* Nos encontramos en situaciones como esta donde quizás las madres de hoy quieren dar pecho a sus hijos, pero muchas veces se encuentran con información tergiversada en su verdadero sentido, además de la carencia de educación sobre el tema y apoyo convincente. La cultura, es un factor considerado típicamente humano y es entendida como un sistema de aprendizaje de ideas relativamente complejas que son transmitidas de generación en generación, sin que intervengan procesos genéticos. En la actualidad, hay toda una generación de mujeres, hoy abuelas, que no dieron el pecho a sus hijos, lo que significa que se rompió la cadena de transmisión familiar de la cultura sobre lactancia, lo cual viene a constituir en vez de un apoyo, una barrera. Es necesario aclarar que es cierto y comprobado científicamente que la leche materna contiene 88% agua, pero es “La Única Fuente de Agua que Necesita un Bebé “. La cantidad de agua que consume un bebé al amamantarlo exclusivamente llena sus requerimientos y provee un buen margen de seguridad. A pesar de que un recién nacido recibe poca agua en la primera leche amarillenta que recibe por que es bastante espesa (calostro), los infantes no necesitan agua adicional porque nacen con agua extra en sus cuerpos (27). Este calostro cambia gradualmente a la leche que tiene un mayor contenido de agua, la cual “baja” alrededor del tercer al cuarto día después del parto.

La historia y la experiencia nos dicen que antes de que los biberones se convirtieran en una norma, amamantar al recién nacido, era una actividad de la vida cotidiana basada en el aprendizaje por imitación dentro de la familia y la comunidad.

Un buen ejemplo de aprendizaje por imitación es el caso de Casandra, ella lacta a su recién nacida en presencia de su hijita mayor, como observadora, sirviéndole de modelo, se interpreta que la niña del juego pasará, cuando sea madre a la realidad de amamantar a sus hijos. Bandura, llamo a este fenómeno, aprendizaje por la observación o modelado, y esta teoría se conoce como la teoría social del aprendizaje. Es una adquisición eminentemente social, todo empieza en la infancia (68). Estudios sobre aprendizaje observacional han demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin refuerzo obvios y hasta cuando carecen de oportunidad para aplicar el conocimiento, el único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe directamente a otro individuo, o modelo que le lleve a determinada conducta, tal es el caso del modelaje de Casandra ante su niña mayor cuando dice: *la hermanita como me ve dándole tética a su hermanita, ella le da tética a su muñequita, supongo que ella le va a dar teta a sus hijos*. Conclusión: todo un ejemplo de transmisión de cultura intergeneracional, es el que encontramos en este relato, sin embargo, hay muchas familias y comunidades que adolecen de esa transmisión entre generaciones a tal punto que en algunos estratos de la sociedad ha desaparecido, convirtiendo la falta de modelaje de la costumbre en una barrera para la lactancia materna.

Otro elemento a considerar como barrera es la escasas o falta de leche que muchas madres manifiestan, lo cual entorpece la costumbre de amamantar, tal es el caso de Celestina, ella relata que su abuela la orienta con frases como esta: *mi abuela siempre*

*me dice que la leche materna es la mejor*, sin embargo, Celestina como agente actuante confronta otra dificultad referente a su creencia de que sus pechos no producen suficiente leche, ella argumenta: *pero como hago yo, si no me sale suficiente leche para que el niño quede lleno. Eso es algo natural, como le digo a mi cuerpo para que la produzca, yo creo que eso va en cada mujer*. Una creencia es una idea en la que creemos lo suficientemente como para considerarla una “verdad”. Para Celestina esa es su verdad, tanto así que ella lo acredita como algo natural a la constitución anatómica de su cuerpo. Se interpreta que su creencia es su verdad, es decir, está convencida de la idea de que ella es una mujer que su cuerpo no produce leche, la fe en esa idea es parte de su vida, para ella es una verdad que se ha creído y ahora ya es parte de su grupo de creencias de vida.

Desde el punto de vista sociocultural, existe la creencia de que cuando un bebe pide pecho a menudo, es porque la madre no tiene suficiente leche (hipogalactia verdadera), pero según los expertos en la materia, este fenómeno es poco frecuente. En la realidad concreta, lo que ocurre es que al bebe no se le permite mamar a su demanda, o por otro lado puede ser que la madre no lo coloque en la posición correcta al pecho y el bebe no puede extraer toda la leche. Es un hecho científico, generalmente aceptado que toda mujer sana es capaz de amamantar satisfactoriamente a su hijo. Sin embargo, la causa más frecuente citada por las madres en las diversas encuestas como fracaso en la lactancia, es la falta de leche.

La producción de leche aumenta cuando al bebé se le deja mamar todo el tiempo que necesite y todas las veces que dé señales de hambre. El estómago del bebé tiene poca capacidad y puede vaciarse en 1,5 horas; además la leche materna es de muy fácil digestión, cosa que no ocurre con la leche artificial y por ello es frecuente que el bebé "pida" muy a menudo (27). Prácticamente todas las mujeres producen leche suficiente para su bebé. La nula o escasa producción de leche (Hipogalactia verdadera), es muy, muy, muy poco frecuente. En casos como este, muchas veces las creencias se convierten en un factor negativo que no incentiva a la madre para el amamantamiento. Es excepcional que una madre no pueda producir la leche suficiente para alimentar un niño sano. Generalmente, lo que ocurre es que se necesita apoyo de personas capacitadas para mejorar la lactancia e incrementar la producción de leche.

### **Comunicación y Creencias Populares**

Cuando se les pregunto a las madres estudiadas que otras experiencias tienes tú sobre la lactancia materna, la mayoría de las entrevistadas dijeron esto:

*se dicen muchas cosas por ahí ( de la leche de pote) y uno ve en la televisión, que supuestamente es muy buena, cómoda y que hace engordar a los muchachos(Casandra) la teta no lo llena, el es muy tragón y a mí no me sale mucha leche,...le meto 3 o 4 onzas de tetero a las 10pm y duerme hasta las 5am,... cuando no le doy tetero se despierta cada rato(Celestina)forma unas parrandas, eso es llorar y llorar, mi mamá me dice que si sigue así le va a comprar la Nan, que esa es buena porque es suavcita y les cae bien; yo me acuerdo que a mi hermanito ella le dio y no se enfermaba...yo leí algo en internet(conservación de*

*leche materna) y le dije a mi mamá, pero ella me dijo que si estaba loca; esa leche se pone piche y le hace daño al bebé y yo creo que es verdad, porque imagínese si se pone mala la leche de pote...fabricada por una industria mas la leche de teta que es más natural(Celeste) a mi no me parece eso de guardar leche fuera del pecho, me parece muy raro, como eso es tan natural y congelarla de verdad que no creo que yo lo llegue hacer, estoy más tranquila si el niño come tetero(Celestina)*

La respuesta de estas madres evidencia que la comunicación y los medios de comunicación de masas ejercen un papel muy importante en el convencimiento de la gente a consumir ciertos productos e influye en acentuar ciertas creencias. El caso de Casandra es muy peculiar, ella dice: *uno ve en la televisión, que supuestamente es muy buena, cómoda y que hace engordar a los muchachos*. Se intuye de su verbo, que Casandra cree que estar gordo es bueno para su hijo, porque culturalmente, la gordura es sinónimo de no tener hambre y estar saludable. Es probable que la cuña comercial tenga más asidero en ella que las charlas de educación para la salud, específicamente sobre lactancia materna, donde se explica que “La leche materna tiene todo lo que el bebé necesita para saciar su sed y satisfacer su hambre. La leche materna es sin lugar a dudas el mejor alimento y bebida que se le puede ofrecer a un infante para que crezca fuerte y sano” (27).

Para toda madre el cuidado de su recién nacido tiene un valor primordial, cada una le da un significado particular, como ocurre en las actividades significativas de la vida cotidiana para tomar sus propias decisiones, en cuanto a lactancia materna se refiere. Los conocimientos sobre la lactancia materna no bastan para que su práctica sea exitosa, es necesario que el personal de salud, específicamente enfermería, quien en la mayoría de los casos tiene a su cargo los programas de lactancia materna sepa

identificar los aspectos puntuales de debilidad de las madres para que insista en su educación, a fin de que ellas sientan seguridad y confianza en los beneficios que ofrece para su hijo, para ella y su grupo familiar el amamantar.

En el caso de Celestina, ella cree que a su niño, la leche materna no le sacia el hambre y por eso no logra conciliar el sueño. Una creencia es esencialmente un sentimiento de adhesión a algo o a alguien de cuyo sentido es imposible dar razón. De acuerdo a lo expresado por Celestina, ella confía en que al darle tetero a su niño él es capaz de dormir casi toda la noche, así lo sustenta: *le meto 3 o 4 onzas de tetero a las 10pm y duerme hasta las 5am*. Ella cree que el tetero lo llena y lo hace dormir porque está satisfecho, de hecho lo presume: *cuando no le doy tetero se despierta, cada rato*. Esto se puede interpretar como una idea que esta madre presume sobre las propiedades del tetero, a las que le da cierto crédito. Al lado de esto, Gabriel Marcel dice: “creer que” es afirmar simplemente que se presume algo; el sentido de “creer” aquí es mucho más débil, mucho más incierto que estar convencido... “creer que” es creer que algo es así, que algo es de esta o de otra manera, que algo tiene tales o cuales propiedades o cualidades,...en suma es creer el contenido de una proposición, o lo que esta proposición afirma **(69)**.

La propaganda generalmente se repite y se dispersa sobre una amplia variedad de medios con el fin de crear el resultado deseado en las actitudes de la audiencia.

Agregado a esto, Celestina no solamente cree en las propiedades del tetero para que su hijo quede satisfecho y duerma, sino que además duda de las propiedades de almacenamiento y conservación refrigerada de la leche materna, ella dice: *a mí no me*

*parece eso de guardar leche fuera del pecho, me parece muy raro, como eso tan natural y congelarla de verdad que no creo que yo lo llegue hacer, estoy más tranquila si el niño come tetero.* Al interpretar lo que dice Celestina, agregamos el caso de Celeste, tal parece que adolecen del conocimiento de las propiedades de la leche materna y de su conservación. La leche materna tiene propiedades antibacterianas que permiten su almacenamiento por períodos prolongados de tiempo, en determinadas condiciones. La leche materna es el líquido máspreciado y de mayor beneficio para el recién nacido. Es por eso que almacenarla servirá para no desperdiciarla y además, para permitirle a otras personas le den el alimento esencial a su bebé cuando usted se tiene que ir a trabajar o estudiar. Conocer las pautas para almacenar correctamente la leche materna es una forma de apreciar y entender el alto contenido alimenticio para que su bebé crezca.

La madre Celeste quien se queja de que el niño llora mucho, recibe orientación de su madre, quien hasta le da el nombre de la leche de formula que le va comprar al niño y de sus propiedades, estas son sus palabras: *forma unas parrandas, eso es llorar y llorar, mi mamá me dice que si sigue así le va a comprar la Nan, que esa es buena porque es suavecita y les cae bien.* Se induce que la madre de Celeste no ha recibido la cultura intergeneracional de la costumbre de amamantar, por lo tanto lo que le transmite a su hija es lo que ella ha recibido de la propaganda publicitaria o de alguna indicación errada. Además, Celeste no solo oye lo que su madre le dice, sino que trae al recuerdo el aprendizaje por modelaje que obtuvo de su madre sobre la alimentación de su hermanito: *yo me acuerdo que a mi hermanito ella le dio (Nan) y*

*no se enfermaba..., esa leche(la leche materna) se pone piche y le hace daño al bebe y yo creo que es verdad, porque imagínese si se pone mala la leche de pote...fabricada por una industria mas la leche de teta que es más natural(Celeste).*

Esta situación es algo que se comparece con el fenómeno de aprendizaje por la observación o modelado descrito por Bandura y que él llamo a esta teoría como la “teoría social del aprendizaje (68).

El autor establece 4 procesos para el aprendizaje por observación: prestar atención y percibir las características más importantes del comportamiento de otra persona, recordar el comportamiento, reproducir la acción y estar motivado para aprender y ejecutar el comportamiento. Lo expresado por Celeste denota que su postura asumida, se adapta a los pasos del proceso de aprendizaje por observación: presta atención a lo que dice su madre, recuerda el nombre de la leche que recomienda su madre, recuerda el comportamiento de ésta y las vivencias con su hermanito al ser alimentado con esa leche, por lo que se interpreta que Celeste asume ese comportamiento como transmisión cultural y generacional, basada en el modelaje de las creencias y experiencia de su madre, que a su vez ha sido reforzada por la propaganda publicitaria de las formulas lácteas. La teoría del aprendizaje social de Bandura se fundamenta en que: el aprendizaje humano se da en buena parte en el medio social. Se adquieren conocimiento, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes al observar a los otros. Se fija en modelos para aprender la utilidad y conveniencia de ciertos comportamientos y en las consecuencias de su proceder. El autor afirma: el modelamiento se refiere al aprendizaje resultante de observar a otros, reconoce que

las influencias del modelamiento pueden fortalecer o debilitar las inhibiciones de la conducta que los individuos han aprendido previamente (68)

En el caso de Celeste, se interpreta que el modelamiento de la publicidad televisiva, reforzado por la orientación verbal y modelaje personal recibido de la madre al amamantar a su hermanito con la leche de fórmula, que en su creencia, ella considera buena. Desde el análisis precedente, es evidente que este modelaje, lejos de incentivar que la lactancia materna es el mejor alimento que puede recibir un bebe, han fortalecido la alimentación con tetero e influenciado en su creencia: *es buena porque es suavcita y les cae bien; yo me acuerdo que a mi hermanito ella le dio y no se enfermaba*. Se nota en esta situación, que se ha relegado la cultura generacional de la costumbre de amamantar, para dar paso a un tipo de cultura que opera en la ideología y en la creencia popular del consumismo. Vemos que la lactancia materna es un reflejo de los valores y creencias de cada cultura y como tal, la lactancia ha sufrido transformaciones a través del tiempo y ha tenido que adaptarse a cada periodo. Hoy a los trabajadores de la salud, específicamente a enfermería, nos espera y tenemos que asumir, un reto muy fuerte como agentes de cambio en cuanto a re significar en la población, en la familia y en la mujer los objetivos, sus propiedades y beneficio de la lactancia materna para el sano desarrollo de sus hijos como futuros ciudadanos.

#### **Categoría 4: PROMOCIÓN Y BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA**

Del análisis de esta categoría, surgieron dos (2) sub categorías

### **Promoviendo la Lactancia Materna**

Cuando se les pregunto a las mamás del estudio ¿qué piensas tú de la promoción de la lactancia materna?, estas fueron algunas de sus respuestas:

*Bueno, yo sé que es la leche que una misma produce, que es la mejor para los bebés, porque ique no se enferman,(en el hospital)me dijeron que el niño tenía que comer solo teta, que aquí estaba prohibido traer tetero...me gusta eso de lactancia materna porque es cómoda..hay una página que se llama la liga de lactancia materna que habla todo lo que es la lactancia, yo siempre me meto para aclarar mis dudas (Celeste) yo vi unas carteleras que hablaban de lactancia materna, su importancia y las técnicas (Celestina) en internet si hay información sobre eso, hasta mi esposo ha leído sobre lactancia que es el mejor alimento y las ventajas, mi esposo dice que si fuese sabido que era tan buena no hubiera dejado que a la otra niña le metiera tetero(Cassandra) es el alimento especifico y mejor que una madre le puede dar a su hijo, que contiene todo lo que él necesita para crecer sano y fuerte, pero para que eso sea así, debe ser exclusiva... el niño desde que nace debe comer solo pecho hasta los 6 meses y luego le comienza a dar otros alimentos pero sin quitarle la teta hasta que tenga 2 años (Celia)*

Cuando se le preguntó a las informantes que pensaban ellas sobre la promoción de la lactancia materna, para ellas consiste: *(en el hospital) me dijeron que el niño tenía que comer solo teta, que aquí estaba prohibido traer tetero...me gusta eso de lactancia materna porque es cómoda... además, estas madres, la caracterizan y definen como la leche que produce la misma madre, que es la mejor para alimentar al bebe, porque los niños no se enferman. La madre Casandra, incluso, llega a tipificarla cuando expresa: es el alimento especifico y mejor que una madre le puede dar a su hijo, que contiene todo lo que él necesita para crecer sano y fuerte, pero para que*

*eso sea así, debe ser exclusiva... el niño desde que nace debe comer solo pecho hasta los 6 meses.*

A nuestra interpretación a través de sus relatos se evidencia que estas madres entrevistadas tienen un interés interno y están motivadas para amamantar a sus hijos, ya que la información que poseen, acerca de la importancia, el tipo de lactancia y las técnicas, ellas mismas la han buscado en las carteleras, en el hospital. También se evidencia en las expresiones de las púerperas y madres lactantes de niños menores de seis meses, que han buscado la información por diversos medios como en internet, revistas y en la familia. Esto a nuestro entender, es un grupo motivado por la necesidad de conocer todo lo relacionado a la promoción y beneficios de la lactancia materna para ellas y para sus hijos. La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta. Todos sabemos que el éxito de la lactancia materna depende, en gran parte, de la motivación que tenga la madre para tomar la decisión de amamantar, a fin de satisfacer esa necesidad que la mueve, busca el asesoramiento e información durante el embarazo y después del parto. Según lo analizado en el discurso de estas madres, se encuentra como idea central la motivación por satisfacer la necesidad de alimentación de su hijo, se interpreta que este discurso no solo se corresponde con la teoría de las necesidades de Maslow, sino que a su vez cae perfectamente dentro de la jerarquía de las necesidades humanas, ubicándolas en el nivel inferior de la pirámide. Maslow, quien es uno de los principales representantes de la escuela de psicología humanística, defiende en su teoría: los seres humanos

están en continuo crecimiento y desarrollo desde su concepción hasta la muerte. Las necesidades motivan la conducta del individuo, la persona tiene que satisfacer sus necesidades fisiológicas y de seguridad (nivel inferior) para pasar a satisfacer otras más elevadas (nivel superior) como el amor, la autoestima, para llegar al final de la pirámide donde se sitúa la necesidad de autorrealización (70). La ausencia de satisfacción en los niveles más bajos bloquea la posibilidad de crecimiento personal. Se interpreta que las informantes ante la necesidad y el deseo de amamantar a su hijo, han buscado cierta información relacionada con la promoción de la lactancia materna porque su voluntad e interés por el cuidado de sus hijos las ha movido a recibir la orientación a través de charlas, lecturas y carteleras sobre las propiedades fisiológicas e inmunológicas y las técnicas de amamantar. Siempre que se esté motivado a algo, se considera que ese *algo* es necesario o conveniente y que más conveniente para este grupo de madres que darle la mejor alimentación a su hijo. Al lado de esto, a medida que la madre amamanta a su hijo, además de mantener compensadas sus necesidades fisiológicas, con el calor y el roce de su cuerpo, el arrullo de sus brazos y los cuidados del recién nacido, son acciones que satisfacen las necesidades de sentirse seguro y protegido, logrando así satisfacer el segundo nivel de necesidades básicas.

Dicho esto, la madre también se verá motivada a buscar la ayuda de la familia y amigos para las tareas domésticas, porque todos sabemos que en los primeros días y meses la madre tendrá que dedicarle la mayor parte de su tiempo a satisfacer las

necesidades fisiológicas y de seguridad de su hijo, a través del amamantamiento y del cuidado cotidiano, además de los periodos de descanso que requiere la madre.

### **Reconociendo los Beneficios de la Lactancia Materna**

Cuando se les preguntó a las madres del estudio que sabes o conoces tú de las ventajas de la lactancia materna, estas fueron sus respuestas:

*...estoy muy contenta, en el modulo en estos días, fui a lo del control del niño y varias mamas con ese bolsero, con termos, teteros y una señora me dijo: muchacha y tu no cargas nada pa darle a ese niño, de aquí vamos a salir tarde, yo le dije: no, porque mi bebe come solamente pecho, es supercomoda, además, aprovecho para acariciarlo y cargarlo...la vecina de al lado como el bebe esta gordito, se quedo loca con el poco de leche que me sale (Celeste) todos) estamos felices, más que todo porque mi bebe está creciendo sanito y obispado... mi esposo dice que le encanta verme amamantar a nuestro hijo...a mí me han dicho y además leí que uno de los beneficios de la lactancia materna era que fortalecía el apego con el bebe, hacia que la madre y el niño se quisieran más...fue una sensación demasiado buena, hasta llore de la emoción al ver a mi hijo por primera vez (mamando) y de paso yo producía el alimento que el necesitaba, es muy emocionante (Celia) mi mama dice que le de leche materna, porque la de pote está muy cara, yo le digo que no es lo caro, sino que es lo indicado para la niña,... si, verdad que esta linda, mire como esta obispadita...ya me conoce...si demasiado feliz y no solamente a mí, a todos los de la casa, dígame el papa esta contentísimo con su chiquita como le dice él(Casandra)*

Tras el análisis de los datos de estas informantes en busca de los aspectos más relevantes que ellas le atribuyen a los beneficios de la lactancia materna encontramos un común de palabras en todos los relatos con significado de regocijo y felicidad. Según lo dicho, consiste en estar muy contentas porque el niño crece sanito, es supercómoda, con la crianza al pecho aprovechan de cargar al niño y acariciarlo, el

niño y la madre se conocen, fortalece el apego entre la madre y el hijo, es producida por la propia madre. Además, les proporciona felicidad personal y a toda la familia, todos están muy contentos. De los datos textuales, no es difícil interpretar que la crianza al pecho crea un lazo que permite a las madres y a la familia conocer y vivir la experiencia para reconocer y valorar las ventajas de la lactancia materna y sus beneficios para toda la familia. Algo que coincide con estudios científicos que han demostrado que la lactancia materna tiene beneficios tanto para el bebé como para su madre, e incluso también para la propia familia. Desde nuestra interpretación, las ventajas de la lactancia materna para este grupo de madres, significa brindarle calor humano al niño, lo cual se traduce en apego y seguridad para el bebé y el placer de cercanía única que le permite a la madre y al hijo conocerse mutuamente, en un acto interactivo que afianza el binomio afectivo madre-hijo. Llama la atención y es necesario resaltar que todo el discurso resalta la palabra felicidad, por lo que aludiremos a su definición desde su más digno representante: Aristóteles. Para elaborar su concepción de felicidad, el filósofo partió de la tesis de que el bien y la felicidad son concebidos por los hombres a imagen del género de vida a que cada cual le es propio. La multitud y los más vulgares ponen el bien supremo en el placer, y por esto aman la vida voluptuosa.

A los bienes que ordenamos para alcanzar otros, los llamó bienes medios. Al bien más elevado, al que no podemos convertir en medio para alcanzar otro bien, lo denominó bien final o bien supremo.

Al bien supremo lo identificó con la felicidad, por esta razón ubicamos su ética dentro de la corriente que se ha denominado eudemonismo, de **eudaimonía**, felicidad.

El Eudemonismo es la doctrina ética que considera la felicidad como el bien supremo al que debe aspirar el ser humano, moralmente está asociado al bien.

De allí que Aristóteles, define la felicidad como bien supremo, como aquello que da sentido y finalidad a todo otro fin querido por el hombre. La felicidad, consiste en el ejercicio perfecto de la actividad propia del hombre. Tal actividad no es otra que la actividad del alma, para que sea perfecta debe ser acompañada por todas las virtudes (71). La virtud entonces, se adquiere a través del ejercicio y el hábito, es decir, que para que un hombre se haga justo, es menester que practique la justicia. La felicidad consiste en el ejercicio perfecto de la actividad propia del hombre. Ese afán de la felicidad es para el logro de la vida buena como mira Aristóteles al perfeccionamiento de la condición humana, pero hay que tener en cuenta que para crecer y para desarrollarse, hay una tarea humana a desarrollar como un hábito, porque la felicidad, consiste en el ejercicio perfecto de la actividad propia del hombre.

Parafraseando a Aristoteles, para que se valoren y se reconozcan los beneficios de lactancia materna, es necesario que las madres practiquen el amamantamiento como un ejercicio con todos sus hijos, para hacer de él una costumbre, un hábito, una virtud que las lleve a vivir una experiencia contentas, felices hacia la vida buena para

su hijo y para su familia, tal como ellas lo expresan: *todos estamos felices, más que todo porque mi bebe está creciendo sanito y obispado (Celia)*. Se induce de esta comparación teórica con la realidad, que la felicidad que estas madres expresan puede considerarse como un bien supremo, como aquello que da sentido y finalidad a todo otro fin querido por la madre, que no es más que la felicidad y bienestar de su hijo aportado por las ventajas de la lactancia materna. La felicidad que ellas pregonan, consiste en el ejercicio diario y continuo de la actividad propia de la madre a través del hábito del amamantamiento. De hecho, la felicidad es el ideal supremo que toda madre desea para hijo, ella lo manifiesta con el hábito de la lactancia materna.

La madre que amamanta a su hijo lo está iniciando también en el aprendizaje de la interacción social: *si, verdad que esta linda, mire como esta obispadita...ya me conoce...si demasiado feliz y no solamente a mí, a todos los de la casa, dígame el papa esta contentísimo con su chiquita como le dice él(Cassandra)*

Además de brindarle el alimento que necesita para vivir, al mismo tiempo le proporciona el afecto y el cariño que necesita para crecer sintiéndose amado y seguro, lo cual sentará las bases para las futuras relaciones y el equilibrio emocional del pequeño: *a mí me han dicho y además leí que uno de los beneficios de la lactancia materna era que fortalecía el apego con el bebe, hacia que la madre y el niño se quisieran más (Celia)*. Con el contacto físico vienen los abrazos, caricias y masajes, a través del tacto le comunicamos bienestar y seguridad a nuestros hijos, a cualquier edad y más aún en los primeros años de vida: *además aprovecho para acariciarlo y*

*cargarlo (Celeste).* A través de la caricia durante las primeras horas y días después del nacimiento se desarrolla en forma válida la inteligencia y la estabilidad emocional del bebé. Agrega Celeste: *estoy muy contenta, porque mi bebe come solamente pecho (Celeste)* En relación a este beneficio, investigaciones reportan que el amamantar provoca en las madres un momento especial en sus vidas, la dedicación al bebé las colma de felicidad, además, se ha observado que existe menor incidencia de depresión posparto en las madres porque la lactancia produce una mayor sensación de bienestar en la madre y mejora su autoestima (19). La práctica o repetición de una acción genera en nosotros una disposición permanente o hábito que nos permite de forma casi natural la realización de una tarea. Agrega Aristóteles, los hábitos pueden ser buenos o malos; son hábitos malos aquellos que nos alejan del cumplimiento de nuestra naturaleza y reciben el nombre de vicios, y son hábitos buenos aquellos por los que un sujeto cumple bien su función propia y reciben el nombre de virtudes (71). De manera que el hábito de amamantar de una madre, según esta teoría se puede considerar una virtud, porque es una disposición natural, no impuesta.

Prosiguiendo en el análisis e interpretación, encontramos que las madres no solo reconocen la ventaja de cómoda de la lactancia materna, sino que le antepone un afijo al morfema léxico, dándole una significación de grado máximo o superior al expresarla así : *unas mamas con el pote de lecha, el tetero y otro poco de cosas y yo solamente con un pañalito, porque mi bebe come solamente pecho, es supercomoda...la vecina del lado como el bebe esta gordito, se quedo loca con el*

*poco de leche que me sale.* Según el Diccionario Enciclopédico, en esencia el adjetivo cómoda es algo que proporciona bienestar físico y descanso, es fácil o no exige molestias o excesivo esfuerzo (72). El Pequeño Larousse ilustrado define cómoda, como algo que se presta al uso necesario, sin presentar ningún inconveniente o molestia (73). Que se hace en el momento apropiado, que se hace cuando conviene. Se aplica a la persona que se siente bien o se encuentra a gusto y descansada. De la definición tan clara de los diccionarios comparada con la expresión de la vivencia de Celeste, se corrobora, que ella reconoce en el amamantamiento las ventajas de su comodidad y no solamente eso, sino que la califica en grado máximo. La leche materna no solo es cómoda o *supercomoda* como la califica Celeste, sino también, que es bacteriológicamente segura, está siempre preparada y a la temperatura perfecta. Por lo tanto, se evitan los riesgos de contaminación o errores en la preparación (74). La ventaja de cómoda de la leche materna es obvia, porque es un alimento que va del productor al consumidor, no tiene que embarcarse para ser transportada alrededor del mundo; todas las madres la llevan lista y disponible a la hora y donde quiere que vayan.

De tal suerte que los beneficios de la alimentación con leche materna, una repercute sobre la otra, constituyéndose en ventajas generales a cual más beneficiosa para el niño, la madre, la familia, la comunidad y el Estado. Para este último, por lo tanto, representa el coste de atención médica menor.

Al relacionar esta ventaja, resultan muchos beneficios, como hemos dicho son consecuencia el uno del otro. Por ejemplo la contribución al equilibrio ecológico, el amamantar es excelente para el medio ambiente. La producción y el consumo de fórmulas usan gran cantidad de recursos y produce una enorme cantidad de desechos. La lactancia materna no conlleva latas, biberones, o cristal que desechar, reduciendo así los desperdicios que contaminan nuestro medio ambiente. Todo esto resulta una gran economía para las comunidades, además de conservarse más higiénicos sus alrededores y por supuesto menos problemas de basura y menos contaminación del ambiente.

La leche materna es un producto natural. La dieta habitual de la madre es transformada en un alimento invaluable y altamente especializada para su bebé. Este es el sistema de producción de alimento más eficiente desde el punto de vista energético hasta ahora conocido (74). La leche materna es completamente libre de desechos. No necesita embalaje ni preparación.

En el mismo relato se puede apreciar que ella destaca otro beneficios cuando dice: *el poco de leche que me sale*, lo cual representa para la familia una ventaja económica, porque su bebe *come solamente pecho*. La lactancia materna repercute en la economía familiar, porque se gastará menos en consultas al pediatra y en medicamentos. Supone un gran ahorro, debido al precio elevado de los sustitutivos de

la leche materna con alto impacto en el presupuesto familiar. Los bebés amamantados precisan menos consultas por enfermedad, menos medicamentos y hospitalizaciones.

También supone un beneficio para las empresas empleadoras. Las madres que amamantan faltan menos al trabajo, puesto que sus bebés enferman con menor frecuencia. Algunas empresas han comprobado la rentabilidad de dar facilidades a las madres para dar el pecho a sus hijos. Estas mismas madres faltarán menos al trabajo en los años posteriores ya que, como se ha dicho antes, se ha demostrado que los niños que han sido amamantados enferman menos.

### **Categoría 5: GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA**

De esta categoría surgieron en el análisis, 2 sub categorías

#### **Descubriendo los Grupos de Apoyo**

Por grupos de apoyo se conoce a grupos de mujeres que están amamantando o lo han hecho, que se reúnen periódicamente para compartir experiencias, apoyo e información adecuada sobre lactancia materna (LM). Son grupos abiertos a nuevas participantes y están dirigidos por una o más consejeras con más antigüedad y experiencia.

Cuando se les preguntó como agentes externos a los familiares de las madres en estudio y a una enfermera del área, ¿qué piensan o qué significado tiene para uds la lactancia materna exclusiva?, estas fueron sus respuestas:

*Pienso que es la mejor, porque le aporta a los bebés el alimento apropiado para un desarrollo sano, yo lo que se, es porque le daba teta a*

*mis hijos, pero no quien me orientara como ahora que las enfermeras orientan a la embarazadas sobre lactancia materna, a mí me han dicho que la leche materna contiene las vitaminas y minerales que los niños necesitan durante los primeros seis meses (mama de Celeste) es el mejor alimento, esta creado solo para alimentar a la especie humana, de verdad me emociono tanto porque sé que es lo ideal para alimentar a mi hijo, yo he estado leyendo y cada día me sorprendo más de los elementos esenciales que contiene la leche materna, por eso yo y mi esposa solo le damos lactancia materna a nuestro bebe, y me incluyo porque yo la ayudo en las cosas de la casa para que ella pueda amantar a nuestro bebe sin preocupaciones (esposo de Celia) la lactancia materna es el alimento ideal que debe recibir el niño desde que nace hasta los seis meses, además que lo protege de tantas enfermedades que pudieran poner en riesgo su vida, aquí en el hospital está prohibido traer tetero (enfermera)*

Al observar los datos en bruto, es fácil entender que estos entrevistados expresan tener conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva y sus beneficios, para los tres informantes consiste en que es el mejor alimento para el desarrollo sano del bebe, coinciden en que es el alimento ideal, porque contiene todos las vitaminas y minerales que el niño necesita durante los primeros seis meses, además, la informante madre de la embarazada, expresa que sus conocimientos los tiene por la experiencia vivida de amamantar a sus hijos. Por el verbo de sus discursos se intuye que no hay que abundar, pues todos tienen ideas claras del significado, la importancia y beneficios de la lactancia materna para el recién nacido. De manera que situados en este contenido se va descubriendo que estas personas son aptas para conformar grupos de apoyo para enseñar a la embarazada en su rol de futura madre que va a amamantar y para promocionar el habito de la lactancia materna en sus familias y comunidades.

De acuerdo al tema que venimos tratando, es de entender que ha existido cambios de tipo cultural en nuestra civilización que han contribuido al uso generalizado de alimentos artificiales en los lactantes humanos y también han modificado la estructura de la familia.

Los cambios en la sociedad conducen a que los bebés no se alimenten con leche materna. Por esta razón se están realizando proyectos de concienciación sobre sus beneficios, investigando los factores que conducen a las madres a elegir una u otra opción.

Hoy sabemos que el urbanismo y la industrialización han contribuido a la separación entre distintas generaciones, dando lugar a la familia nuclear. Las familias nucleares son grupos más pequeños, aislados y con mayor movilidad, ubicados generalmente en grandes núcleos urbanos. Por lo tanto en este tipo de familia, la pareja joven y su recién nacido carecen de recursos humanos, de apoyo, es decir, no tienen nadie a quien recurrir, ni de quien recibir consejos, ánimo y apoyo (27). En tal sentido, debemos recurrir a estrategias que nos permitan dar apoyo y ayudar a las embarazadas y su recién nacido en el nuevo rol que les toca emprender, descubriendo a miembros de la familia y de las instituciones sanitarias para conformar grupos de apoyo.

El discurso de la mamá de Celeste, expresa claramente que en sus tiempos carecían de orientación por parte de ningún personal sanitario, sin embargo en la época actual, hay enfermeras encargadas de orientar, educar y promocionar la lactancia materna, así lo dice: *yo lo que sé, es porque le daba teta a mis hijos, pero no quien me*

*orientara como ahora que las enfermeras orientan a la embarazadas sobre lactancia materna*, de lo que surge la necesidad de revertir esta situación impulsando el descubrimiento de personas responsables para el acompañamiento de la embarazada y la familia mediante los grupos de apoyo.

En este sentido, la OMS y UNICEF elaboraron un documento para favorecer la lactancia materna en el que se reconoce la función especial de las Maternidades y de los grupos de apoyo. En España se han constituido en los últimos años asociaciones y grupos de apoyo a la lactancia materna, integrados por madres y personal sanitario voluntario. Sus fines son: ofrecer apoyo a las madres para resolver dudas y solventar problemas de lactancia, promover las reuniones de mujeres embarazadas y madres lactantes, ofrecer información al personal sanitario sobre lactancia materna y organizar actos en los que se divulgue la importancia de la lactancia materna entre los diferentes colectivos **(75)**.

Es un hecho en la actualidad, que las madres precisan de la ayuda familiar y de profesionales de la salud para iniciarse en la práctica de la lactancia materna. Es fundamental la existencia de un entorno socio-sanitario adecuado que apoye a la mujer que opta por la lactancia materna como método de alimentación del recién nacido, a sabiendas de que en las familias nucleares de las sociedades urbanas la alimentación al pecho es la excepción más que la regla, donde es muy difícil que las mujeres obtengan este tipo de ayuda, a menos que sus madres acudan a auxiliarlas **(76)**.

La información actualizada sobre los beneficios de la lactancia para la madre y el recién nacido puede ayudar mucho a tomar la decisión, sin embargo a veces no es

suficiente para garantizar su éxito, porque decidirse por la lactancia materna no depende exclusivamente de la mujer, allí interviene toda la sociedad con influencias de distintos tipos en un acto aparentemente personal.

Las experiencias negativas de amigas, familiares y vecinos, los fracasos en lactancias anteriores, la falta de apoyo de la sociedad y a veces de la familia afectan la confianza y seguridad de la mujer en su habilidad natural de amamantar.

De allí la importancia de este estudio y su propósito de construir la aproximación de un modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna, por lo que consideramos que en la estructura del modelo una de las condiciones intervinientes deben ser los grupos de apoyo. Puesto que de hecho en el contexto del estudio no existe una estructura necesaria para proporcionar este tipo de ayuda, tenemos que intentar localizar a quienes puedan y estén dispuestos a dar apoyo a las madres durante el embarazo y periodo de amamantamiento.

### **Importancia de los Grupos de Apoyo**

La lactancia materna es la mejor decisión para la madre y el niño, para lo cual cualquier mujer necesita mucha ayuda tras el parto. Pocas veces la lactancia resulta fácil para una madre primeriza que tiene que aprender a llevar a la práctica lo que quizás nadie le ha enseñado. En este contexto, los grupos de apoyo llenan el vacío existente y realizan una importante función de forma complementaria, no sustitutiva, a la que realiza el sistema de salud.

Cuando se les pregunto a los agentes externos, creen uds que es importante contar con grupos de apoyo para orientar a la embarazada y a la familia sobre lactancia materna, respondieron así:

*Creo que si es importante que orienten a toda la familia sobre la lactancia, porque es uno el que va a lidiar con la paria y con el hijo en la casa, si a uno le dicen y le entregan papeles que digan qué hacer cuando el muchacho no quede lleno, entonces uno resuelve, yo creo que ellas [las enfermeras] las que pueden dar esa información, porque son ellas las que están más tiempo con la embarazada y también cuando pare, los médicos solo se ocupan de la enfermedad, esos no tienen tiempo para hablar con uno de nada, solo dan la receta y mas nada, en cambio las enfermeras le preguntan, como le va, como se siente, uno le va diciendo y ellas lo van orientando... como le va con la alimentación del niño, la madre le va diciendo, si tiene problemas con la teta, ella comienza a explicar y a dar soluciones (mama de Celeste)considero que es importante que las enfermeras eduquen, orienten y promocionen todo lo que tenga que ver con la lactancia materna en la etapa del embarazo porque es allí cuando se prepara para ese nuevo rol y si toda la familia y la embarazada conocen de sus beneficios, yo estoy seguro que todas las mamas estarían dando lactancia materna (esposo de Celia) si creo que es muy importante orientar a toda la familia sobre los beneficios, técnicas de amamantamiento y conservación de la leche fuera del pecho, porque al fin y al cabo ellos son los que van a estar más cerca de la madre cuando egrese, la familia debe dar apoyo a la madre para que tenga un amamantamiento exitoso (enfermera)*

Es evidente en este discurso que los tres entrevistados coinciden en que es importante que toda la familia conozca la información sobre lactancia materna porque son los familiares quienes van a lidiar de cerca con la situación.

A pesar de la evidencia, se interpreta en el discurso que la enfermera en una visión más integral, como debe ser por su preparación y experiencia profesional, piensa no solo en el aquí y en el ahora, sino que va más allá, piensa en el futuro y en el allá; en el tiempo en que la mujer egrese del hospital, cuando va a quedar sola en su casa, a expensas de su

familia, quizás sin la preparación necesaria y sin vigilancia y apoyo del personal sanitario que la pueda orientar, lo cual es compartido por expertos que afirman: la familia no está adecuadamente preparada para afrontar los problemas cuando la madre y el lactante reciben el alta hospitalaria y vuelven de inmediato a su hogar sin que exista un periodo de ajuste con provisión de apoyo y una supervisión rigurosa (27).

Por su parte, tanto la mama de Celeste como el esposo de Celia comulgan en que es importante que toda la familia conozca la información porque son ellos los que pueden ayudar a la madre en situación normal o en momentos de crisis. Sin embargo hay que destacar en el verbo de la mama de Celeste su claridad al expresar que la enfermera le dedica más tiempo a la entrevista con la madre para informarse sobre el proceso y los detalles del amamantamiento y su evolución, de lo que se intuye que los familiares de la puérpera reconocen el papel que juega la enfermera en los grupos de apoyo, su preocupación, el celo y la dedicación en averiguar no solo sobre la alimentación del recién nacido sino también sobre el estado de la madre, tal como lo expresan: *las enfermeras le preguntan, como le va, como se siente, uno le va diciendo y ellas lo van orientando... como le va con la alimentación del niño, la madre le va diciendo, si tiene problemas con la teta, ella comienza a explicar y a dar soluciones*. De la interpretación y del trozo textual se puede sintetizar que la enfermera es reconocida por los informantes en su rol de cuidadora del área de salud reproductiva.

Por su parte el esposo de Celia en su discurso destaca aspectos muy importantes como competencias de la enfermera, se refiere a la función educativa, orientadora y de promoción de la lactancia materna, que como sabemos y el propio informante reconoce

que incentivarían a todas las madres a optar por el hábito de amamantar a sus hijos. Para sustentar lo dicho, algunos médicos contratan profesionales de enfermería especializados en lactancia materna para resolver la solución de continuidad existente entre la asistencia médica y el apoyo familiar. El profesional de enfermería suele estar formado en los cuidados del niño normal, especialmente en lo que refiere a lactancia materna, y durante las primeras 48 horas desde que la madre y el niño vuelven a su casa puede realizar llamadas al hogar por si fueran necesarios sus servicios (27).

A veces existen los casos en que los padres reclaman más información y apoyo acerca de temas de crianza infantil, pero que los médicos fallan a la hora de discutir con ellos temas no médicos. En este sentido, los grupos de apoyo sobre lactancia materna son una ayuda inestimable, no sólo ofrecen información técnica de primera mano sino también conocimientos adquiridos a partir de la experiencia y el apoyo a otras madres que sucesivamente se vienen enfrentando a los mismos problemas. De allí la importancia de nuestra propuesta en este trabajo de construir la aproximación de un modelo de cuidado de enfermería y familiar para el fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva.

## **CAPITULO V**

### **PRESENTACION DE LOS RESULTADOS: MODELO DE CUIDADO.**

Observando la manera cómo interactúan en la experiencia las puérperas y los miembros de la familia que han vivido la experiencia del amamantamiento, se procedió a la construcción de la aproximación teórica de un modelo de cuidado de enfermería y familiar para fortalecer la práctica de la lactancia materna, partiendo de las cinco (5) categorías resultantes y así como se revisa la teoría del auto cuidado de Dorothea Orem y la teoría de la Adopción del rol maternal de Ramona Mercer. Primero se procedió a construir el modelo siguiendo las orientaciones del método de la Teoría Fundamentada en los Datos.

#### **Construcción del Modelo de Cuidado de Enfermería y Familiar para la Práctica de la Lactancia Materna**

En la construcción del modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna, se tomó como referencia la Teoría Fundamentada de Pandit adaptado por Hernández, y los pasos planteados por Strauss y Corbin En la investigación se consideraron tres fases principales con ocho procesos, (ver cuadro 1). El proceso para la construcción teórica, fue evaluado por medio de técnicas aplicables a la investigación cualitativa utilizando como criterios de evaluación: la Validez de constructo, la Credibilidad o Validez interna, la Transferibilidad o Validez externa y la Confirmabilidad (57).

Cuadro N° 1

## 1.- Fases para la construcción del Modelo Teórico

<b>FASES</b>	<b>PROCESOS</b>	<b>PRODUCCIONES</b>
<b>FASE I: INDAGACIÓN</b>	Búsqueda de información relacionada con el fenómeno de estudio, revisión de la literatura y acercamiento a la realidad de estudio.	Focalizar el interrogante de la investigación. Acopio de la información pertinente del tema, centrar los esfuerzos
1er Proceso Revisión de la Literatura técnica		
2° Proceso Definición de las interrogantes de investigación	Puntualización de interrogantes de la investigación Definición a priori de constructos	Generar las preguntas básicas de la investigación con precisión para focalizar los hallazgos, sucesos o eventos de la investigación. Validez del constructo.
3er Proceso Selección de los informantes y recolección de datos	Selección del muestreo teórico, (informantes claves y literatura), recolección de información Por medio de entrevistas a informantes claves	Afinar la credibilidad y transferibilidad (validez Interna y externa), construcción de incidentes y conceptos, creación de la base de datos para el estudio.
<b>FASE II: COMPARACIÓN</b>	Búsqueda o construcción del dato cualitativo.	Conformación del dato análisis de incidentes. Afinación de la información para conformar conceptos, categorías y proposiciones relacionadas con los elementos o componentes de estudio.
4° Proceso Ordenamiento de datos	Organización de la información recabada en cuadros por informante y por grupo.	
5° Proceso Análisis de los datos	Análisis minucioso para buscar lo específico de los datos (microanálisis) Codificación abierta, axial y selectiva	Búsqueda de similitudes y diferencias. Conceptualización. Codificar para reforzar la credibilidad (validez interna) Agrupación de conceptos y conformación de categorías
6° Proceso	Depurar las categorías.	Contrastación de la

Contrastación de la información	Contrastar la data con la literatura técnica. Confirmar los datos. Segundo Muestreo teórico para confirmar las categorías en el marco teórico de la investigación.	información que emergió de los informantes claves con la información de la literatura existente del tema confirmando la misma. Elaboración de la Matriz condicional consecucional.
<b>FASE III: TEORIZACIÓN</b>	Saturar la información con múltiples estrategias (entrevistas, revisión de la literatura, grabaciones) para definir la teoría que emerge. Depurar las categorías. Vínculos Conceptuales.	Saturación de la información y finalizar el proceso. El margen de incremento se redujo. Integración de categorías, subcategorías y propiedades. Elaboración de infogramas. Confirmabilidad de los datos. Presentación de la Matriz condicional consecucional confirmada. Elaboración de redes semánticas-vínculos conceptuales
7° Proceso Generación de la teoría		
8° Proceso Presentación del modelo	Construir el modelo teórico. Reflexión por parte de la investigadora.	Capítulo V. Creación del modelo teórico, a partir de las categorías emergentes y del análisis de la data.

Fuente: Pandit adaptado por Hernández

Para esta investigación, lo significativo fue la calidad de la información y no la cantidad de informantes, por lo que no fue necesario especificar un número de informantes. Los informantes claves se constituyeron en Puérperas y Familiares relacionados con el eje de investigación. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de la entrevista a través de una conversación informal utilizando como instrumento el grabador, en el análisis se buscó las similitudes y diferencias en los datos brutos, subrayando los indicios para luego llegar a la conformación del dato,

asignándoles un código al construir los conceptos, y agrupándolos para clasificarlos y conformar así las primeras categorías.

Se comienza con la saturación teórica una vez que ya no emergen datos nuevos o significativos, se explica a través de un esquema diagramado, los hallazgos que al final sirvieron para construir el modelo teórico, se procedió a la integración de la información relacionando las categorías, con sus subcategorías, propiedades y características.

El fin de esta integración fue ir centrando, reduciendo o definiendo la teoría que emerge donde se destacaron en puntos más amplios, se utiliza la matriz condicional/consecuencial, donde se registra el fenómeno de estudio de lo macro a lo micro, relacionando las acciones con las intenciones, las condiciones con las consecuencias y las acciones con las interacciones y consecuencias como lo explican Strauss y Corbin (57).

En el cuadro 2 se muestra la matriz condicional/consecuencial originada de todo el análisis realizado de donde emerge la construcción del modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna

**Cuadro N° 2**

**Matriz Condicional/Consecuencial**

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Propiedades</b>	<b>Características</b>
<b>PRACTICAS ALIMENTARIAS DEL RECIÉN NACIDO</b>	-Condicionando el amamantamiento de su hijo	- Demostrando inseguridad -Utilizando	-Expresando dudas -Buscando

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Justificando el uso de otras alternativas</li> <li>-Decidiendo amamantar como producto biocultural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>alternativas</li> <li>- Manifestando su seguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>opciones para sustituir la alimentación de su hijo</li> <li>-Expresando su decisión</li> </ul>
<b>INDAGANDO SOBRE LACTANCIA MATERNA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informándose la propia madre</li> <li>-Copiando modelos parentales</li> <li>-Recibiendo información del Personal de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Buscando información</li> <li>-Esperando aprender de las experiencias de familiares</li> <li>-Indagando sobre lactancia materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aprovechando la información disponible</li> <li>-Comparando las experiencias familiares con su vivencia actual</li> <li>-Recibiendo de los expertos la información sobre lactancia materna</li> </ul>
<b>BARRERAS Y DILEMAS DEL AMAMANTAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Experiencias Vividas</li> <li>-Cultura Intergeneracional</li> <li>-Comunicación y creencias populares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Relatando Experiencias</li> <li>-Contando experiencias familiares</li> <li>-Medios de comunicación no favorecen la lactancia materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Refiriendo experiencias personales</li> <li>-Indagando con el grupo familiar sobre lactancia materna</li> <li>-Influencia de las creencias en la decisión de amamantar</li> </ul>
<b>PROMOCIÓN Y VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoviendo la lactancia materna</li> <li>-Reconociendo las ventajas de la lactancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Expresando lo que les han dicho sobre lactancia</li> <li>-Expresando felicidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enumerando beneficios de la lactancia materna</li> <li>-Contando las experiencias</li> </ul>

	materna		positivas vividas en este momento con la lactancia materna
<b>GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA (Agentes Externos)</b>	-Descubriendo los grupos de apoyo  -Importancia de los Grupos de Apoyo	-Develando el conocimiento de los grupos de apoyo  - Reconocimiento la necesidad de apoyo que deben tener la madre que amamanta	-Definiendo la lactancia según experiencias e información recibida  -Expresando la necesidad de orientación a toda la familia

**Fuente:** La Autora (2013)

### **Explicación del Modelo de Cuidado**

La explicación del Modelo Teórico de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna se presenta para fundamentar y orientar el cómo, cuando, donde, con qué y quienes van a proporcionar cuidado a la madre que amamanta y a su grupo familiar, con la finalidad de fortalecer y apoyar la práctica de la lactancia materna exclusiva. En el proceso se da un conjunto de acciones articuladas entre sí que se deben aplicar y en el contexto hay agentes de acción con funciones específicas, en este caso, la enfermera en funciones de comunicadora, educadora y agente de cambio, es la que presta cuidados a la madre que amamanta y

orienta a la familia. Tomando como base las cinco categorías originadas durante la fases de análisis, interpretación y discusión de los resultados y la manera como se relacionan las categorías y sub-categorías entre sí y con la idea central, la lactancia materna: La Alimentación idónea para el Recién Nacido, la cual está directamente relacionada con la practicas alimentarias del recién nacido (Condicionando el amamantamiento de su hijo, Justificando el uso de otras alternativas, Decidiendo amamantar como producto biocultural); Indagando sobre lactancia materna, que se encuentran vinculadas con: Informándose la propia madre, Copiando modelos parentales y Recibiendo información del personal de salud; Las Barreras y dilemas del amamantamiento, vinculadas con las Experiencias Vividas, Cultura Intergeneracional y Comunicación y creencias populares; Promoción y ventajas de la lactancia materna que se relaciona con Promoviendo la lactancia materna y Reconociendo las ventajas de la lactancia materna y por último los agentes externos que dieron origen a los Grupos de apoyo a la lactancia materna, considerados esenciales, por ser ellos los que apoyaran y acompañaran a la madre en los quehaceres de su cotidianidad, para que ella se dedique con mayor comodidad física y más libertad de tiempo para el amamantamiento de calidad de su hijo.

Después de analizados los datos y construidas las categorías, en la fase de codificación selectiva, procedimos con la elaboración de diagramas para buscar las relaciones entre las categorías arriba anunciadas, en este juego de diagramación quedo reflejado la importancia que representan los grupos de apoyo para fortalecer la práctica de la lactancia materna exclusiva. De allí que el equipo de salud,

específicamente la enfermera, debe considerar su inclusión en el modelo de cuidado y tomarlos en cuenta a la hora de orientar a la embarazada o madre lactante.

### **Estructura del Modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna**

#### **Definición de los Supuestos Teóricos:**

**Persona:** es toda mujer que esta amamantando y que amerita una orientación para lograr una práctica de lactancia materna exclusiva ideal.

**Entorno:** son todos los factores de tipo cultural, creencias, social, biológico, físico y psicológico que rodean a la madre y que pueden interferir en determinado momento en su práctica de lactancia materna exclusiva

**Grupo Familiar:** son las personas que están cerca de madre que amamanta y pueden; aportar criterios personales que influyen de manera positiva o negativa en la práctica de la lactancia materna exclusiva

**Lactancia Materna Exclusiva:** alimento idóneo que debe recibir el Recién nacido humano desde que nace hasta que cumple seis meses; y luego complementarlo con otros nutrientes hasta después de los dos años de edad

**Enfermería:** es el acto de cuidar a la madre que amamanta y establece la relación interpersonal e intrafamiliar que incluye valoración de factores positivos y negativos que están presentes en el ambiente y que pueden afectar la práctica de la lactancia materna. La enfermera es la encargada de aconsejar y de proveer herramientas tanto a la madre como a la familia para el logro de una lactancia materna exclusiva y exitosa.

La lactancia es la alimentación con leche del seno materno. La OMS y el UNICEF señalan que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños" (25), sin embargo, vemos a diario que las madres ofrecen muchas dudas en cuanto a tomar la decisión de alimentar a su hijo, convirtiéndose esto en algunas oportunidades en un verdadero dilema entre lo que es ideal y lo que la madre está dispuesta a dar y hacer por su hijo.

Es bueno decir que aún queriendo y con más conocimientos, no es fácil enmendar el error producido: en efecto, más de una generación de mujeres no han amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracional, perdiéndose una cultura. Si todo en lactancia fuese instinto, no habría mayor problema, pero en ella hay un componente instintivo, fundamentalmente de la parte del recién nacido (reflejos de búsqueda y succión-deglución), unos reflejos sumamente eficaces en la madre (la estimulación del pezón que provoca aumento de las hormonas prolactina y oxitocina) y un importante componente cultural transmitido (la técnica o arte femenino de amamantar, legado sabiamente de madres a hijas y que formaba parte del acervo cultural de la humanidad, sin que los trabajadores de la salud tuviésemos que intervenir en ello). Pues bien, eso es lo que se ha perdido: la cultura del amamantamiento, de la crianza natural y, posiblemente, el vínculo afectivo natural entre madres e hijos.

Ante esto podemos decir que dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto

con la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a ambos. Es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económica, como higiénica y afectiva. La leche materna es un recurso material de bajo costo, el cual contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan la respuesta del cerebro (32).

Sobre este particular es bueno aclarar que la lactancia materna no es sólo instintiva, también es una conducta adquirida, por lo que en la actitud hacia ésta influyen la observación durante la niñez, el medio familiar y social y la información que el personal de salud trasmite a la mujer principalmente durante el embarazo. Según Pérez Guanipe, en esta etapa la mujer es muy receptiva a todo aquello que es mejor para su hijo. Desafortunadamente durante la atención prenatal no siempre se proporciona orientación que permita a la embarazada tomar una decisión ponderada sobre el tipo de lactancia que realizará (77).

### **Orientaciones de Cierre.**

Debe existir un ambiente familiar favorable, sobre todo, en aquellas madres que enfrentan esta experiencia por primera vez. El apoyo de la familia es esencial para que disminuya la ansiedad que es un factor importante y muy frecuente en estas madres. La lactancia materna es un proceso único que proporciona la alimentación ideal a lactantes y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables, reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, y disminuye la morbilidad y la mortalidad infantil.

Es por eso que la labor de promoción de LM debe ser un trabajo que comienza con la educación para la salud, que debe realizarse en cada consulta y cada vez que se presente la oportunidad con la embarazada o la madre, se le debe explicar las ventajas que ofrece la lactancia materna y la técnica adecuada para lactar mejor, entre muchas orientaciones generales. Se recomienda que la información debe comenzar en edades tempranas en ambos sexos, sobre todo en las instituciones infantiles de forma didáctica y mediante juegos de roles en los niños, que además de estimular la creatividad y el aprendizaje, ayudan a un mejor ajuste social.

Sobre lo arriba descrito, es importante destacar el rol que juega la enfermera como comunicadora para con su conocimiento sea capaz de producir los cambios deseados, al transmitir las orientaciones a las futuras madres y obtener el éxito esperado en esta importante misión, logrando de esta forma que los familiares del bebé, pueden tomar una decisión a lo que se aplica el término bioético, consentimiento informado.

Para que la lactancia materna se inicie y establezca debidamente, es preciso que durante el embarazo y el puerperio, las madres cuenten con el apoyo activo, no sólo de sus familiares y de la comunidad, sino también con el todo el personal del sistema de salud, en el sentido de que al entrar en contacto con las futuras y nuevas madres, sean los interesados en promover la lactancia natural al facilitar la información oportuna, basada en el conocimiento de cómo mantener la lactancia.

Hoy es un hecho aceptado universalmente que la leche materna debe constituir el único alimento que el niño reciba durante los primeros 4 a 6 meses de vida, lo cual garantiza el alimento ideal para el desarrollo y crecimiento pleno, reduce la morbimortalidad en edades tempranas y disminuye el riesgo de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez. El interés por detener en cierto modo, el problema de la tendencia al abandono de amamantar al bebé, se enfoca desde el nivel primario de salud, mediante los programas preventivos. Este enfoque se debe a la importancia que tiene la lactancia materna en la disminución de la mortalidad infantil, en el crecimiento y desarrollo del niño sano, de allí que entre los principales lineamientos del Ministerio Popular para la Salud, está el programa de promover y fomentar la lactancia materna.

No podemos cerrar este capítulo sin destacar la importancia de la vía metodológica seguida en esta investigación para la comprensión del significado del problema en estudio: Modelo de cuidado de enfermería y familiar para fortalecer la práctica de la lactancia materna. La particularidad del uso de la Teoría Fundamentada en los Datos, estriba en que se pueden producir aportes teóricos, fundamentado en lo que la gente dice y hace a través del análisis comparativo.

En este caso, se produjo un modelo teórico-práctico del cuidado de enfermería con inclusión de la familia, que el equipo de salud, específicamente las enfermeras de puerperio, pueden ofertar a las puérperas y mamás que asistan a los centros de salud:

hospital Dr. EgorNucette, ambulatorio Blanca de Pérez y los centros clínicos Nazaret y Coromoto del municipio San Carlos, para la promoción de la lactancia materna, en beneficio de la madre, el niño, la familia, de la comunidad y del país.

Se evidencia en esta investigación la importancia de producir conocimientos guiados por los fundamentos teórico-metodológicos de la TFD, los cuales se basan en la información ordenada de los datos procedentes de la investigación. Con una explicación clara y comprensible de las relaciones de, y entre las categorías, de manera que pueden ser verificadas en investigaciones presentes y futuras. Además de reunir las siguientes características: ser adaptable a la situación que estamos estudiando, ser funcional porque tiene aplicación práctica, las categorías emergen como expresión abstracta de los datos, no forzadas.

Asimismo de producir conocimientos para enfermería en el manejo de metodologías que ofrezcan resultados transferibles y aplicables al contexto estudiado, para fortalecer el objeto material y formar de enfermería, como son el cuidado y las teorías del cuidado.

El interés por detener en cierto modo, el problema de la tendencia al abandono de amamantar al bebé, se enfoca desde el nivel primario de salud, mediante los programas preventivos. Este enfoque se debe a la importancia que tiene la lactancia materna en la disminución de la mortalidad infantil, en el crecimiento y desarrollo del niño sano, de allí que entre los principales lineamientos del Ministerio Popular para la Salud, está el programa de promover y fomentar la lactancia materna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Centro Latino Americano de Perinatología de salud, de la mujer y reproductiva y organización panamericana de la salud (OPS) Disponible en [www.clap.ops.oms.org/weg](http://www.clap.ops.oms.org/weg). 2005/estadísticas [consulta Abril 2008]
- 2- **Monitoring the situation of children and women.** New York: UNICEF; Disponible en web site: <http://www.childinfo.org> (accessed on 17 August 2007).
- 3- Martín Calama J, Lozano MJ, Lasarte JJ, Valero MT. **La industria dietética y la promoción de la lactancia materna.** Actual Nutric 2003; 21: 4-10.
- 4- Jiménez ph. **La enfermedad diarreica en Cuba.** Rev Cub Ped 2009 ;65:6372.
- 5-Rosenthal. M **Guía de Lactancia Materna.** Primera edición. McGraw-Hill/Interamericana de España 2007
- 6- OPS, Protección, Promoción y Apoyo de La lactancia Materna. (Estadísticas De morbilidad en Venezuela), Anuarios del MPPS. 2009.
- 7- Carrasco K, y Corvalán, K. Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida, Cefam Panguipulli Noviembre-Diciembre del 2006. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de licenciada/o en obstetricia y puericultura Universidad Austral de Chile, 2007.
- 8- Brito, M. y Cool. Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo sobre lactancia materna dirigido a las embarazadas con menos de 30 semanas de gestación. Ambulatorio San José. Barquisimeto. Edo. Lara. mayo- Mayo 2007 Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" Decanato de Ciencias de la Salud, 2007
- 9- Alarcón, G y Varón, M. Protocolo para dar inicio a la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido sano dirigido al personal de enfermería de la unidad de sala de partos del Hospital Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto-Lara. Universidad de Carabobo facultad de ciencias de la salud. 2008
- 10- López Y y González, S. Beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva en un consultorio del Policlínico Josué País. Santiago de Cuba, 2010

- 11- Alvins, C y Briceño A. Conocimiento de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y técnica para amamantar en los primeros seis meses de vida del niño. Ambulatorio urbano tipo III La Carucieña. Periodo Mayo 2010-Marzo 2011 Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" Decanato de Ciencias de la Salud, 2011
- 12- Quintero. M. **La Espiritualidad y el Afecto en el Cuidado de Enfermería. Cuidado y Práctica.** Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogota. Colombia 2008
- 13- Boff, L. **Saber Cuidar.** Editora Vozes. Brasil.1999.
- 14- Marriner. T. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Mosby. 2005.
- 15.- MAYEROFF, MILTON. A Arte de Servir ao Próximo para Servir a Si **Mesmo.** Traductora: Cristina Carvalho Boselli. Editorial Record. Brasil. 1971.
- 16- OMS. **Enfermería en acción.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2003.
- 17- Leddy S, Pepper JM. **Teorías y Modelos Administrativos de Enfermería** Tercera edición. McGraw-Hill/Interamericana de España 2003.
- 18- Tolley K. Theory from practice for practice: Is this a reality? Journal of Advanced Nursing, 1995.
- 19-Arsuaga JL. El collar de Neandertal. En busca de los primeros pensadores. Madrid: Temas de hoy; 2003.
- 20- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. **Anuario de Mortalidad.** Venezuela 2004
- 21- Colliere, M. Promover la vida: la práctica de las mujeres de virtudes a los cuidados de enfermería. Lisboa: Sindicato de enfermeros Portugueses. 1993
- 22- Hackspiel. M. La Ética Discursiva Como Fundamento del Cuidado de la Vida. Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia. 2001
- 23- Burguière. A . **Histoire de la famille. Paris: Armand Colin;** Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. An Esp Pediatr. 2002.

- 24- BECK- Helsing. G, Elisabeth. La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia. Paidós. Barcelona. 2003.
- 25- UNICEF OMS. **Práctica y promoción de la lactancia natural en hospitales amigos del niño.** Argentina. 1993.
- 26- Mercado, Alejandra. Lactancia Materna. Guía de trabajos prácticos de la Cátedra de Atención Primaria de la Salud de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue. Argentina. 1999.
- 27- Lawrence, Ruth. **La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica.** Cuarta edición en español. Ediciones Mosby. Argentina. 2005
- 28- WABA, Apdo. 1200, 10850 Penang, Malaysia; tel. 604-6484 816; fax. 604-657 2655; email: [waba@waba.org.my](mailto:waba@waba.org.my)
- 29- OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2007
- 30- O.M.S. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2002.
- 31- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. **Breastfeeding and the use of human milk.** Pediatrics. 2005 Feb;115(2):496-506
- 32- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. **Recomendaciones para la lactancia materna.** Asociación Española de Pediatría. 2008
- 33- Dettwyler, KA. **A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations.** En: Stuart-Macadam P Dettwyler KA, editors. Breastfeeding: biocultural perspectives. New York: Aldine de Gruyter; 1995.
- 34- Dettwyler KA. Duration of breast feeding and adult arterial distensibility. Humans are primates, designed to breast feed for years not months. BMJ. 2001 Sep 22;323(7314):689-90
- 35- Vahlquist BO. Introducción, O.M.S. Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1981

- 36- Wright A. **Incremento de la lactancia materna en Estados Unidos**. Pediatrics Clin North Am (ed esp). 2001;1:1-12
- 37- Asamblea Mundial de la Salud WHA 34.22«WHA34.22 1981». «Código Internacional». Disponible en [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/sa5515.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5515.pdf)
- 38- Torres, M. **La lactancia materna en Venezuela**. (amamantar). Ciencia al día Segunda edición. 2006.
- 39-«UNICEF - Convención sobre los Derechos del Niño - Introducción». «UNICEF-Nutrition - Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding». . [http://innocenti15.net/declaration\\_spanish.pdf](http://innocenti15.net/declaration_spanish.pdf)
- 40- World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, **Conferencia Internacional de Nutrición**, Roma; diciembre de 1992
- 41- Comisión Europea, Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Mundial de la Salud, IRCSS, UNICEF. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y ayuda de Lactancia en Europa: plan estratégico. Disponible en [monografía en Internet]: Comisión Europea.2004
- 42- EUNUTNET. Infant and young child feeding: Standard recommendations for the European Union. Available from: [http://www.burlo.triest.it/old\\_site/Buro%20English%20version/Activities/research\\_develop.htm](http://www.burlo.triest.it/old_site/Buro%20English%20version/Activities/research_develop.htm)
- 43- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. **Informe técnico sobre la lactancia materna en España**. An Esp Pediatr. 1999; 50: 333-340
44. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Caracas. Venezuela. 2006.
- 45- Material de promoción de la lactancia materna. **Encuesta de lactancia materna 2005**. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. 2006
- 46- Terri M. Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica. Fórum Mundial de Salud 1988; 1(2) 1988: 99-198. Ginebra
- 47- Castro Ruz F. Discurso en la VII Cumbre del Movimiento de Países no Alineados. Periódico Granma, 2 de septiembre 1985.

- 48- Macías Carrillo C, y otros. **Lactancia Materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida.** Salud Pública México 2005.
- 49-Jiménez FE. Lactancia materna y enfermedades. Disponible en <http://www.diaanostico.com/enfermedad.stm>. 2006.
- 50- Schellhorn, H Cecilia. Estomatología y lactancia materna. Consideraciones y análisis de la lactancia materna desde el punto de vista odontoestomatológico. Febrero, 1993. España
- 51- Bowlby John. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego. Ediciones Paídos. Barcelona, 1995.
- 52- Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. J Nutr. 2001;131(2):262-7 Honduras
- 53- Mucchielli. Alex. **Diccionario de Métodos Cualitativos en Ciencias Humanas y Sociales.** Madrid. España. Ed. Síntesis. Villehermoso. 2001.
- 54-Taylor/Bogdan. **Introducción a los Métodos Cualitativos.** Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidos.1990.
- 55-Ritzer. George. **Teoría Sociológica Contemporánea** México, MCGRAW - HILL. 1993.
- 56- Glaser, B y Strauss, A. The discovering of grounded theory. New York: Aldine. 1967.
- 57- Strauss. A. y J. Corbin. Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. London. New Delhi. SAGE publications.1996.
- 58-Charmaz, Kathy C. **Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis.** Thousand Oaks, CA: Sage, 2006.
- 59-Schaefer. Richard. T. **Introducción a la Sociología.** Ed. MCGRAW-HILL/Interamericana. Madrid. España. 2006.

- 60- Wendkos Olds. Sally. **Psicología**. University of Wisconsin-Madison Ed, McGRAW-HILL. Traductores, Anne M Holm Nielsen, Pere Castellvi Masjuan, Francisco Martos Perales. México. 1980.
- 61- Hernandez Díaz. Fabio. **Métodos y Técnicas de Estudio en la Universidad**. Ed, McGRAW-HILL. Bogotá, Colombia. 1989.
- 62- <http://www.rlc.fao.org/iniciativa/pdf/sofilat08.pdf>. **FAO-Iniciativa de América Latina y Caribe sin Hambre** “Panorama del Hambre en América Latina y Caribe. 2008. <http://www.rlc.fao.org/iniciativa/pdf/sofilat08.pdf>
- 63-David G Myers. **Exploraciones de la Psicología Social**. Ed. McGRAW-HILL/ Interamericana de España. 2004.
- 64- Mercer. R.T. **Becoming a Mother Versus Maternal Role**. Attainment. Journal Scholarship. Indianapolis.Third Quarter.2004.
- 65-Jonas, Hans. **El principio de responsabilidad**, Herder, Barcelona.1995.
- 66-Palacios J, Marchesi Á, Coll C (compiladores). **Desarrollo psicológico y educación**. Volumen 1: Psicología Evolutiva. Madrid. Alianza Editorial. 2006.
- 67-Ausubel-Novak-Hanesian. **Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo**. 2° Ed. Trillas México. 1983.
- 68-Bandura. A. **Teoría del aprendizaje social**. Madrid, Espasa Calpe. 1984.
- 69-Ferrater Mora. **Diccionario de Filosofía**, Tomo 1(A-D) .Editorial Ariel. S. A. Barcelona. 2004.
- 70- Maslow. A. H. **A Theory of Human Motivation**. Original y Published in Psychological Review. 1943.
- 71- Aristóteles, **Ética Nicomaquea**. Graficas modernas. Bogotá. Colombia. 2005.
- 72- Diccionario Enciclopédico Vox 1. Larousse Editorial, S.L. 2009.
- 73-Pequeño Larousse Ilustrado. Colombia S.A. Santa fe de Bogotá. 1999.
- 74-Mamare Castellón. **Beneficios de la lactancia materna**. 2006 [www.uji.es/bin/serveis/prev/prodserv/salut/blactmat.pdf](http://www.uji.es/bin/serveis/prev/prodserv/salut/blactmat.pdf)

- 75-OMS-UNICEF. Protección y apoyo a la lactancia natural: la función especial de los Servicios de Maternidad. Ginebra, 1989.
- 76-Helsing. E y Savage King. F. Guía práctica para una buena LACTANCIA. Editorial Pax México. México, D.F.1983.
- 77- Pérez Guanipe. Enrique. **Compendio de puericultura y pediatría.** Primera ed . 2003.

**ANEXOS**

**ANEXOS: 1 y 2****Anexo 1: Puérperas estudiadas**

Pseudónimo	Edad	Edo civil	Institución	Puérpera
Celeste	15	Soltera	Dr. Egor Nucette	1
Celia	22	Casada	Clínica Nazaret	3
Cassandra	25	Casada	Dr. Egor Nucette	4
Celestina	27	Soltera	Clínica Nazaret	2

**Anexo 2: Informantes de grupo de apoyo**

Tipo de parentesco	Sexo	Profesión	Disposición
Mama de Celeste	F	Oficios del hogar	Voluntaria
Esposo de Celia	M	Empleado	Voluntario
Enfermera	F	Enfermera de puerperio	Institucional

**Anexo 3: Solicitud de entrevista**

San Carlos, 18 de Junio del 2009

**Lcda.  
Jefe de Enfermeras  
Presente****Atención al Director Medico**

Me es grato dirigirme a ud para saludarle y felicitarle por su exitosa labor al frente de la Coordinación de Enfermería; en esta oportunidad me dirijo a Ud para solicitar de sus buenos oficios me permita realizar entrevistas a las madres (Puerperas) que aquí se atienden; dichos datos formaran parte de mi tesis Doctoral que se titula: **APROXIMACIÓN DE UN MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA Y FAMILIAR PARA LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA, el cual tiene por objetivo** Construir una aproximación de un modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna exclusiva, de acuerdo a los hallazgos en los datos recolectados dichas entrevistas serán realizadas previo consentimiento informado por cada una de las madres, es bueno aclarar que su participación será voluntaria.

Sin más que hacer referencia me despido de ud no sin antes expresarle mi agradecimiento.

María Hilda Cárdenas  
CI: 10328298

**Anexo 4: Consentimiento informado****Título de la investigación**

**“APROXIMACIÓN DE UN MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA Y FAMILIAR PARA LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA”**

**Yo:** \_\_\_\_\_ **C.I**

**::** \_\_\_\_\_ **he leído la hoja de información que se me ha entregado.**

**He podido hacer preguntas sobre el estudio.**

**He recibido suficiente información sobre el estudio.**

**He hablado con María Hilda Cárdenas**

**Comprendo que puedo retirarme del estudio:**

- 1. cuando quiera**
- 2. si tener que dar explicaciones**
- 3. sin que esto repercute en los cuidados que me presten**

**Manifiesto libremente mi conformidad para participar en este trabajo de investigación.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

### Anexo 5: Categorías, Sub categorías, Códigos

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	CODIGOS
PRACTICAS ALIMENTARIAS DEL RECIEN NACIDO	-Condicionando el amamantamiento de su hijo	CADSH
	-Justificando el uso de otras alternativas	JUDOA
	-Decidiendo amamantar como producto biocultural	DACPB
INDAGANDO SOBRE LACTANCIA MATERNA	-Información la propia madre.	ILPAM
	-.Copiando modelos parentales	COMOP
	-Recibiendo información del personal de salud	RIPES
BARRERAS Y DILEMAS DEL AMAMANTAMIENTO	-Experiencias vividas	EXVIV
	-Cultura intergeneracional	CINGE
	-Comunicación y creencias populares	CYCPO
PROMOCIÓN Y VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA	-Promoviendo la lactancia materna	PLAMA
	-Reconociendo las ventajas de la lactancia materna	RVLMA
GRUPOS DE APOYO	-Descubriendo los grupos de apoyo	DEGAP
	-Importancia de los grupos de apoyo	IMGAP