

## Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar

### Duration of exclusive breastfeeding and the family structure

MSc. Remigio Rafael Gorrita Pérez, Dra. Daniurkys Ortiz Reyes, MSc. Lázaro Alfonso Hernández

Policlínico Universitario "Santiago Rafael Echezarreta Mulkay". San José de las Lajas. Mayabeque, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la alimentación influye en el adecuado desarrollo del niño. El establecimiento de la lactancia materna es un aspecto fundamental, y en muchas ocasiones un dilema familiar.

**Objetivo:** evaluar las características de la familia, su funcionamiento familiar y su relación con el tiempo de lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida.

**Métodos:** se realizó una investigación descriptiva y prospectiva entre el 1º de noviembre de 2013 y el 30 de octubre de 2014 en 60 lactantes y sus familias de los consultorios del área rural del Policlínico Universitario "Santiago Rafael Echezarreta Mulkay", de San José de las Lajas, Mayabeque, Cuba, que cumplieron los criterios de inclusión. Las variables fueron: composición de las familias, evaluación de funcionamiento familiar a partir de la aplicación del FF-SIL a cada madre, y tipos de alimentación recibida en cada uno de los meses.

**Resultados:** al cuarto mes el 46,6 % de los niños recibía lactancia materna exclusiva, y solo el 16,6 % al 6to. mes. El mayor número de familias fueron extensas, nucleares y funcionales. Exhibieron porcentualmente mejores resultados de lactancia materna exclusiva los niños que pertenecían a familias por su tamaño medianas, por su ontogenia nucleares, y con adecuado funcionamiento familiar.

**Conclusiones:** aunque no se obtuvieron cifras idóneas de lactancia materna exclusiva a los 4 y 6 meses de vida, los niños enmarcados en familias medianas y nucleares logran los mejores resultados. También se hizo evidente esta positiva asociación en aquellas familias clasificadas como funcionales según el FF-SIL.

**Palabras clave:** lactancia materna, lactancia materna exclusiva, composición familiar, funcionamiento familiar.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** feeding influences the adequate child's development. The breastfeeding is a fundamental aspect that frequently becomes a family dilemma.

**Objective:** to evaluate the characteristics of the family, its functioning as family and its relation with the duration of exclusive breastfeeding in the first six months of life.

**Methods:** a prospective and descriptive research study was conducted from November 1st 2013 to October 30th 2014 in 60 breastfed infants and their families who were seen at the physician's offices of the rural area of "Santiago Rafael Echezarreta Mulkay" university polyclinics in San Jose de las Lajas, Mayabeque municipality, who met the inclusion criteria. The variables comprised the composition of the families, the evaluation of their functioning according to the application of FF-SIL to each mother, and types of food taken each month.

**Results:** on the fourth month, 46.6 % of infants were exclusively breastfed whereas just 16.6 % were so on the 6th month. Most of the families were big, nuclear and functional. The best percentages in exclusive breastfeeding went to children from medium-size families, nuclear because of their ontogeny and adequate family functioning.

**Conclusions:** although the figures of exclusive breastfeeding are not the best for the 4th and 6th months, the children from medium-size and nuclear families achieved the best results. This positive association was also evident in those families classified as good functional ones by the FF-SIL.

**Keywords:** breastfeeding, exclusive breastfeeding, family structure, family functioning.

---

## INTRODUCCIÓN

La familia es la institución básica de la sociedad y cumple una importantísima función transmisora de valores éticos y culturales y en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. Proporciona los aportes afectivos y materiales necesarios para el perfeccionamiento y bienestar de cada uno de sus miembros.<sup>1,2</sup> Se puede caracterizar de diferentes formas: según su composición o estructura, y según la ontogénesis o etapa de desarrollo. En la primera forma, por su tamaño, puede ser pequeña (de 2 a 3 miembros), mediana (de 4 a 6 miembros), y grande (de 7 y más miembros). Por su ontogénesis, es nuclear cuando la integra una pareja —con hijos o no— o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia. Incluye hijos sin padres en el hogar, hijos de uniones anteriores, la adopción y el equivalente de pareja; es extensa o extendida, cuando sus integrantes descienden de un mismo tronco,

---

independientemente del número de generaciones, e integrada por una pareja con hijos cuando, al menos uno de ellos, convive en el hogar con su pareja, o equivalente de pareja, con descendencia o sin ella; y se le llama ampliada, a la familia nuclear o extensa, cuando se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional. Se pueden considerar otros casos en los que no existan vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos, pero sí de convivencia y afinidad.

### **Salud familiar<sup>1,2</sup>**

Es un proceso dinámico y de gran relevancia en la medicina social. Por su carácter cambiante se hace muchas veces complejo hacer una evaluación más o menos fidedigna al respecto. Se han utilizado diferentes parámetros para la evaluación de la salud familiar, y uno de los más difundidos es a partir del funcionamiento de la familia, el cual se puede valorar, entre otros parámetros, mediante la dinámica de las relaciones internas de la familia.

La evaluación del funcionamiento familiar, según la dinámica de las relaciones internas, puede medirse a través de la aplicación de la prueba FF-SIL. Este es un instrumento sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad, y que ha demostrado su utilidad al ser aplicado en las áreas de salud en general.<sup>3-6</sup> Valora el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros, que a criterio del equipo de salud, tenga capacidad para responderlo, en condiciones de privacidad adecuadas.

Las categorías que evalúa el FF-SIL son: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. Estas categorías se exploran mediante 14 ítems y se establecen puntajes de: Familia Funcional de 70-57 puntos, Moderadamente Funcional de 66-43 puntos, Disfuncional de 42-28 puntos y Severamente Disfuncional de 27-14 puntos.

### **Un nuevo hijo en la familia y el establecimiento de la lactancia materna (LM)<sup>1,7,8</sup>**

El nacimiento de un hijo es un momento normativo en la vida de una familia y evento evolutivo necesario y trascendente. La llegada del niño puede ser favorecedora u obstaculizadora en la salud familiar. La familia alcanzará la salud plena en la medida en que sea capaz de enfrentar eficiente y adecuadamente ese acontecimiento.

No debe considerarse que el estrés que esto pueda provocar sea intrínsecamente desadaptativo o perjudicial. La tensión o desequilibrio debe propiciar que el individuo o la familia expresen o desarrollen recursos adaptativos que no suponían tener, lo cual le permitirá ganar en firmeza, y utilizar estos aprendizajes en posteriores crisis. El estrés no es bueno o malo, sino que depende de la intensidad, en qué momento de la vida y bajo qué circunstancias sociales y familiares se produzca.<sup>8</sup>

La alimentación es un proceso relevante que influye en el adecuado desarrollo del niño. En las primeras etapas de la vida el establecimiento de la LM es un aspecto fundamental, pero su utilización se convierte en muchas ocasiones en un dilema. Está determinada por deseos aptitudes y conocimientos, sobre todo, por parte de la madre; aunque, mediada por diferentes factores socioeconómicos y familiares, según ha sido expresado en diferentes investigaciones.<sup>7-9</sup>

Aunque no se han descifrado todas las propiedades de este maravilloso líquido, la superioridad de la LM en la alimentación del recién nacido y del lactante, es incuestionable. Se ha considerado por la OMS que las prácticas inadecuadas de LM, especialmente la no exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, provocan 1,4 millones de muertes y el 10 % de la "carga" de enfermedades entre los niños menores de 5 años.<sup>10</sup>

La LM es reconocida como el alimento ideal para el desarrollo del cerebro en etapas tempranas, lo que se demuestra con puntajes del cociente de inteligencia entre 7 y 10, por encima de los controles no amamantados. Se considera indispensable en los 6 primeros meses de vida.<sup>7,8</sup>

Existe actualmente tendencia al destete precoz, determinada por diferentes factores de una u otra forma estudiados.<sup>9-12</sup> La falta de total conocimiento o competencia de los profesionales que atienden la salud de los niños, en materia de nutrición es un hecho; los programas docentes no incluyen con suficiente amplitud estos temas durante la carrera de Medicina y durante la preparación de la especialización o cursos de posgrado. El resultado es la indicación inadecuada de leches artificiales durante el primer año de la vida.<sup>12</sup>

El Centro Nacional de Estadísticas del Minsap de Cuba informó —y fue publicado por la OMS en el Estado Mundial de la Infancia 2008— que la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses fue del 41,6 % de los nacidos vivos, la LM con alimentación complementaria entre 6 y 9 meses fue del 42 %, y la LM continuada hasta los 20-23 meses del 9 %.<sup>3-5</sup> En las Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2010, Cuba reportó que en la década del 2000 a 2009 logró cifras de LME al 6to. mes de solo del 26 %.<sup>11</sup>

Hay un aspecto muy importante para el establecimiento de una LM exitosa, y es la participación familiar. Se han realizado diferentes estudios sobre familia, el funcionamiento familiar y su importancia en diferentes situaciones, pero en ningún caso en relación con la utilización de la lactancia materna.<sup>2-6</sup> Por eso los autores realizaron su investigación, con el objetivo de evaluar si las características de la familia materna y su funcionamiento familiar tienen relación con el tiempo de LME durante el primer semestre de vida.

## MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva y prospectiva entre el 1º de noviembre de 2013 y el 30 de octubre de 2014. El grupo de estudio quedó constituido por 60 lactantes y sus familias, de los consultorios del área rural del Policlínico Universitario "Santiago Rafael Echezarreta Mulkay", de San José de las Lajas, provincia de Mayabeque, y que cumplieron los criterios de inclusión siguientes:

- Peso al nacer entre 2 500 y 4 000 gramos.
- No tener al nacer —o desarrollar en el transcurso de los 6 meses— alguna enfermedad grave.
- Recibir consentimiento informado para su participación.
- Ningún impedimento o deficiencia mental materna que dificultara la participación en el estudio.
- Cumplir con todos los pasos de la investigación.

Se consideraron las variables siguientes:

- Composición de las familias donde residen o se desarrollan los niños, según el número de miembros: grande, mediana y pequeña.
- Composición de las familias según su ortogenia: nuclear, extensa y ampliada.
- Evaluación de funcionamiento familiar a partir de la aplicación del FF-SIL a cada una de las madres, clasificándolas en: Funcional, Moderadamente Funcional, Disfuncional y Severamente Disfuncional.<sup>1</sup>
- Tipos de alimentación recibida en cada uno de los meses durante el primer semestre de vida con las categorías siguientes:

- LME. Amamantado que no recibe alimento sólido alguno, ni otro tipo de leche que no sea la materna.
- Lactancia materna no exclusiva (LMNE), que incluye las categorías lactancia artificial (LA), cuando solo recibe como alimento leche artificial; lactancia mixta (LMX), cuando se trata de un amamantado que además recibe alguna leche artificial; lactancia materna complementada (LMC), cuando se trata de un amamantado que además recibe alimentos sólidos; lactancia mixta complementada (LMXC), cuando se trata de un amamantado, que además recibe alguna leche artificial y alimentos sólidos; y lactancia artificial complementada (LAC), cuando recibe leche artificial y alimentos sólidos.

Se emplearon como fuentes de información el interrogatorio a cada una de las madres, incluida la aplicación del FF-SIL, las historias clínicas familiares y la evaluación mensual de la alimentación en cada historia individual. La información se incorporó en una base de datos, y se procesó por medio del paquete estadístico Microstat. Los resultados se presentaron mediante tablas y fueron expresados en números absolutos y por cientos. El estadígrafo de comparación con que utilizó fue el porcentaje. El análisis estadístico de los porcentajes, se realizó cuando se consideró oportuno mediante la prueba chi cuadrado ( $X^2$ ), con un grado de libertad de 2, y se establecieron diferencias significativas del 95 %.

## RESULTADOS

Se hace evidente en la [tabla 1](#) el limitado tiempo de LME que recibieron los niños estudiados. Al cuarto mes solo el 46,6 % la disfrutaba, a pesar de que en el primer mes esta cifra fue del 98,3 %, y descendió muy rápidamente hasta alcanzar solo un 16,6 % al 6to. mes.

Al clasificar las familias donde residen o se desarrollan los niños según el número de miembros: en 28 de los casos (46,6 %) estas eran grandes, el 36,6 % (22) eran medianas y solo 10 (16,6 %) eran pequeñas. Desde el punto de vista ontogénico el 50 % (30) pertenecían a familias extensas, el 36,6 % (22) formaban parte de familias nucleares, y solo 8 (13,3 %) eran miembros de familias ampliadas. Al exponer los resultados del FF-SIL aplicado a cada una de las madres de los lactantes, se evidenció que 32 (53,3 %) pertenecían a familias evaluadas como funcionales, 18 (30 %) eran miembros de familias valoradas como disfuncionales y 10 (16,6 %) a familias moderadamente funcionales. No se identificaron familias severamente disfuncionales.

**Tabla 1.** Relación de los tipos de alimentación recibida por los lactantes en los diferentes meses

Meses	1 m		2 m		3 m		4 m		5 m		6 m	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
LME	59	98,3	57	95	45	75	28	46,6	12	20	10	16,6
LMC	-	-	1	1,6	10	16,6	26	43,3	38	63,3	32	53,3
LA	1	1,6	1	1,6	1	1,6	2	3,3	2	3,3	5	8,3
LMX	-	-	1	1,6	1	1,6	2	3,3	3	5	7	11,6
LMXC	-	-	-	-	3	5	2	3,3	3	5	3	5
LAC	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,3	3	5
Totales	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100

LME: lactancia materna exclusiva, LMC: lactancia materna complementada, LA: lactancia artificial, LMXC: lactancia mixta complementada, LAC: lactancia artificial complementada.

La utilización de LME en los lactantes según sus familias y el número de miembros de esta se muestra en la tabla 2. Los niños enmarcados en las familias pequeñas, aunque comenzaron con LME en su totalidad, solo en el 20 % de los casos la conservaban al 4to. mes. En ese momento los niños de familias grandes y medianas que tuvieron un descenso menos abrupto, en cuanto a la LME, la conservaban en cifras del 42,9 y el 63,6 % respectivamente.

**Tabla 2.** Lactancia materna exclusiva (LME) según meses (m) y número de miembros de la familia de los lactantes

Tipo de familia	Grande (28)		Mediana (22)		Pequeña (10)		Total (60)
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
LME							
1 m	27	96,4	22	100	10	100	59*
2 m	26	92,9	21	95,5	10	100	57*
3 m	22	78,6	18	81,8	5	50	45*
4 m	12	42,9	14	63,6	2	20	28*
5 m	6	21,4	4	18,2	2	20	12*
6 m	4	14,3	4	18,2	2	20	10*

(X<sup>2</sup>)\* NS.

En la tabla 3 se expone la utilización de LME en relación con la constitución ontogénica de las familias. De los 30 lactantes que correspondían a familias extensas, el 96,6 % comenzó con LME, pero estas cifras descendieron muy rápidamente, y al 4to. mes solo el 40 % la conservaba. En ese momento los lactantes que pertenecían a familias ampliadas lograban cifras de LME del 50 %, y los pertenecientes a familias nucleares lograban las mejores cifras, con el 54,5 %.

**Tabla 3.** Relación lactancia materna exclusiva (LME) según meses (m) y constitución ontogénica de las familias de los lactantes

Tipo de familia	Nuclear (22)		Extensa (30)		Ampliada (8)		Total (60)
	No.	%	No.	%	No.	%	
LME							
1 m	22	100	29	96,7	8	100	59*
2 m	22	100	27	90	8	100	57*
3 m	18	81,8	22	73,3	5	62,5	45*
4 m	12	54,5	12	40	4	50	28*
5 m	7	31,8	3	10	2	25	12*
6 m	5	22,7	3	10	2	25	10*

( $\chi^2$ )\* NS.

La [tabla 4](#) muestra la relación entre la utilización de la LME en los lactantes agrupados según los grados de funcionamiento de las familias donde residían. De los 18 niños provenientes de familias disfuncionales, el 94,4 % iniciaron su historia alimentaria con LME, y en el 100 % de las funcionales y moderadamente funcionales. Estas cifras descendieron muy rápidamente, y ya al 4to. mes solo el 33,3 % en las disfuncionales conservaban la LME. En ese momento, de los niños que formaban parte de familias moderadamente funcionales, solo en el 40 % recibía LME, mientras sí lo hacía el 56,3 % de los que provenían de familias funcionales. En esta categoría de *Funcional*, en cada uno de los meses previos y posteriores, sus lactantes exhibieron cifras superiores al resto de los grupos.

En correspondencia con la [tabla 4](#), y de forma inversamente proporcional, en la [tabla 5](#) se observa la introducción de fórmulas alimentarias diferentes a la LME, en relación con el grado de funcionamiento familiar. Como se observa, en los niños de las familias moderadamente funcionales y disfuncionales, se comenzó la introducción de otras leches o alimentos diferentes a la leche materna más precozmente, y a los 4 meses el 60 y 66,6 % respectivamente recibían otros alimentos, mientras esta situación solo se observaba en 43,8 % de lo provenientes de familias funcionales. A los 6 meses esas diferencias a favor de los niños de familias funcionales se hace más evidente.

**Tabla 4.** Relación de lactancia materna exclusiva (LME) en los lactantes según grados de funcionamiento familiar

Grados de funcionamiento familiar	Funcional (32)		Moderadamente funcional (10)		Disfuncional (18)		Total (60)
	No.	%	No.	%	No.	%	
LME/meses							
1 m	32	100	10	100	17	94,4	59*
2 m	32	100	9	90	16	88,9	57*
3 m	26	81,3	7	70	12	66,7	45*
4 m	18	56,3	4	40	6	33,3	28*
5 m	10	31,3	2	20	-	-	12*
6 m	9	28,1	1	10	-	-	10*

( $\chi^2$ )\* NS.

**Tabla 5.** Lactancia materna no exclusiva (LMNE) según grados de funcionamiento familiar de la familia de los lactantes

Grados de funcionamiento familiar LMNE/meses	Funcional (32)		Moderadamente Funcional (10)		Disfuncional (18)		Totales
	No.	%	No.	%	No.	%	
1 m	-	-	-	-	1	5,6	1*
2 m	-	-	1	10	2	11,1	3*
3 m	6	18,8	3	30	6	33,3	15*
4 m	14	43,8	6	60	12	66,6	32*
5 m	22	68,8	8	80	18	100	48*
6 m	23	71,9	9	90	18	100	50*

( $\chi^2$ )\* NS.

## DISCUSIÓN

Lograr una LM exitosa es un reto para cada madre, cada familia y los profesionales de la salud vinculados con la atención del niño, teniendo como premisa básica la importancia que esta reviste para el desarrollo integral y la salud del niño.<sup>9-12</sup>

Son insuficientes los resultados que muestran diferentes investigaciones en Cuba y otros países, con respecto a los efectos de diferentes políticas de promoción de la LM, aunque en cada caso con diferentes procedimientos.<sup>13-18</sup> Esas bajas cifras, lamentablemente, coinciden con las que se obtuvieron en este estudio.

*Ruiz Silva* y otros, en un grupo de madres encuestadas en Santiago de Cuba, identificaron que solo el 51,2 % de ellas reconoció haber dado en algún momento LM, el 47,4 que ya había introducido otros alimentos antes de los 4 meses, y el 52,6 % que lo había hecho entre 4 y 6 meses, cuando lo recomendado es efectuarlo después de los 6 meses.<sup>13</sup> *Niño* y otros, en Chile, en una encuesta de más de 400 madres, destacan que casi el 25 % de ellas suspendió la LME antes de los 3 meses, y solo el 46 % la mantuvo hasta los 6 meses.<sup>14</sup> *Alzate Mesa* y otros, en Colombia, identificaron en una encuesta que incluyó 311 niños entre 1 y 5 años una frecuencia de LM en algún momento del 92 %.<sup>15</sup> *Gorriza* y otros, en un estudio en una zona urbana de San José de las Lajas, con lactantes durante el primer semestre de vida, evidenciaron que al 4to. mes, solo el 41,6 % disfrutaba de LME y al 6to. únicamente el 13,3 %.<sup>16</sup> Estas cifras son muy similares a las del estudio actual, pero este realizado en un área rural. *Teresita González de Cosío* y otros, en México, en una encuesta que abarcó a 6 254 menores de 3 años, identificó la duración de la lactancia en general de 10,2 meses, pero solo 14,4 % con LME en menores de 6 meses.<sup>17</sup> *Ingrid Cardoso*, en Chile, en un estudio de mas de 200 niños en su primer mes de vida, destacó el riesgo que significó la introducción precoz de sustitutos de la leche materna para la pérdida de la LME.<sup>18</sup>

¿Qué explicaciones buscar para estas bajas cifras de LM en diferentes escenarios? Distintos investigadores han intentado hacerlo estudiando diversos factores, incluidos los psicosociales.<sup>19-21</sup> En este estudio se observó que, aunque globalmente los resultados con respecto a la utilización de la LME no fueron favorables, en los niños provenientes de familias, por su composición, medianas y nucleares, se lograban cifras hasta cierto punto mejores en cuanto a la permanencia de la LME. Son contadas las investigaciones que vinculan la estructura familiar y la LM. *Alzate*, en Colombia, también estableció una asociación positiva de la LME en 95 % de sus casos con las familias nucleares.<sup>15</sup>

El estudio también evidenció que un mejor grado de funcionamiento familiar repercutió en la obtención de mejores resultados con respecto a una prolongación de la LME, y un evidente retardo en la introducción de otros alimentos. Diferentes autores han explorado los pormenores de la familia y el funcionamiento familiar, y su importancia en diferentes situaciones, pero no hallamos información referente a su vínculo con la LM, aunque algunos aspectos pudieran extrapolarse.<sup>2-6</sup>

Se hace un tanto difícil buscar explicaciones a un fenómeno tan complejo como es el establecimiento de la LM, y no es posible limitarse a hacerlo pensando solo en la composición y el funcionamiento de la familia. En los procedimientos que se utilizan para tratar el proceso salud-enfermedad hay otros aspectos, no considerados en el estudio, que pueden repercutir en que una madre no brinde o interrumpa la LM.<sup>9,21-23</sup> Una embarazada, insatisfecha de su posición social, de su situación de pareja, o emocionalmente inestable o ansiosa, puede, como recientemente estudiaron *Gorrita* y otros, adoptar actitudes que, a la larga, repercuten desfavorablemente en el amamantamiento.<sup>22</sup> *Hurley* y otros, en un estudio en Baltimore, que incluyó más de 700 madres y sus niños, también estableció la importancia del estrés, la ansiedad y la depresión con el establecimiento y mantenimiento de la LM.<sup>21</sup> Existen tradiciones, mitos, costumbres, e inclusive malas *praxis*, con respecto a la lactancia, que hay que conocer y aprender a manejar por el Equipo Básico de Salud y los pediatras, sobre todo, en la atención primaria de salud, utilizando como red de apoyo a cada familia para estimular el establecimiento y mantenimiento de la LM.

*Pino* y otros, en una comunidad rural de Chile, encontraron un destete precoz en el 56,7 % de sus 273 lactantes. Si bien es cierto que el 45,6 % de las madres atribuyó la suspensión de la LM a la hipogalactia, no se puede despreciar que en 15,2 % de los casos expresó como causa o justificación la indicación médica.<sup>23</sup> Son contadas las reales indicaciones médicas para la no utilización de la LM, y casi siempre se decide ante la presencia de enfermedades infecciosas en la madre, como el virus de inmunodeficiencia humana, las hepatitis B o C, o lesiones mamarias por herpes virus.<sup>24,25</sup>

La llegada y la crianza de un niño, incluido todo lo referente a su alimentación, determinan situaciones que pudieran, inclusive, favorecer la salud familiar, pero hay que prepararse y adoptar estilos adecuados de afrontamiento. Mientras más funcional sea la familia, es de suponer que sea más exitosa en esos propósitos. *Herrera Santi* afirma que existen familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, y son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar, mientras que otras no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen suficiente fuerza, y manifiestan desajustes y desequilibrios que condicionan cambios en el proceso salud-enfermedad, más específicamente en el funcionamiento familiar.<sup>8</sup>

Para lactar de forma exitosa son necesarias una madre apta física y psíquicamente, con una actitud positiva hacia la LM, que posea los conocimientos necesarios, el manejo de la técnica adecuada, y que esté enmarcada en un entorno familiar y social contribuyente con el objetivo propuesto. De no ser así, los niveles de estrés y ansiedad que se desarrollan pueden convertirse en un factor infranqueable, y que arruinará todos los esfuerzos por la LM.<sup>12</sup> Es función del médico y enfermera en la atención primaria y del pediatra del Grupo Básico de Trabajo identificar aquellas familias vulnerables, y en las que sería necesario intervenir tempranamente con ese propósito.

Se concluye que aunque no se obtuvieron cifras adecuadas de LME a los 4 y 6 meses del primer año de vida, los niños enmarcados en familias por su tamaño medianas, y ontogénicamente nucleares, logran mejores resultados de LME al 4to. y 6to. mes. También se hizo evidente esta asociación en aquellas familias clasificadas como funcionales según el FF-SIL.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Louro Bernal I. Familia en el Ejercicio de la Medicina General Integral. Capítulo 43. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y Medicina. Volumen I. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008. p. 397-419.
2. González Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(5):508-12.
3. Robaina Suárez G, Rodríguez V. Comportamiento del desarrollo psicomotor en el menor de 1 año, en relación con el manejo y funcionamiento familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(6):540-4.
4. Méndez Sutil V, Louro Bernal I, Bayarre Vea H. Caracterización de la salud familiar en familias de niños con éxito escolar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011;27(1):1-9.
5. Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S, Louro Bernal I, González Pal S. Afrontamiento familiar a la epilepsia. Rev Cubana Salud Pública. 2013;39(3):450-61.
6. León Sánchez D, Camacho Delgado R, Valencia Ortiz MR, Rodríguez-Orozco AR. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. Rev Cubana Pediatr [serie en Internet]. 2008 Sep [citado 11 de febrero de 2014];80(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312008000300004&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312008000300004&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
7. Lemus Lago ER, Báez Martínez JM. Lactancia Materna. Capítulo 24. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y Medicina. Volumen I. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008. p. 184-94.
8. Herrera Santi PM. El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2008 Sep [citado 5 de noviembre de 2013];24(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000300013&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300013&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
9. Gorrita Pérez RR, Ravelo Rodríguez Y, Ruiz Hernández E, Brito Herrera B. Información sobre la lactancia materna de las gestantes en su tercer trimestre. Rev Cubana Pediatr. 2012;84(4):357-67.
10. World Health Organization. Learning from large-scale community-based programmes improve breastfeeding practices. Switzerland: WHO Press, World Health Organization; 2008.

11. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. Parte II. Indicadores Sanitarios Mundiales; 2010.
12. Gorrita Pérez RR. La lactancia materna, un desafío aún no superado. *Rev Cubana Pediatr.* 2014;86(3):270-2.
13. Ruiz Silva MD, Pouymiró Brooks Y, Dumas Nico YA. Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba. *MEDISAN.* 2014;18(2):226-33.
14. Niño MR, Silva EG, Atalah SE. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr.* 2012;83(2):161-9.
15. Alzate-Meza MC, Arango C, Castaño-Castrillón JJ, Henao-Hurtado AM, Lozano-Acosta MM, Muñoz-Salazar G, et al. Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia 2009: estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2011;62(1):57-63.
16. Gorrita Pérez RR, Terrazas Saldaña A, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. *Rev Cubana Pediatr.* 2015;87(3):285-97.
17. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública Méx.* 2013;55(Suppl 2):S170-S179.
18. Cardoso KI, Toso MP, Valdés LV, Cera LJ, Manríquez TV, Paiva CG. Introducción Precoz de Sustitutos de Lactancia Materna e Incidencia de Lactancia Materna Exclusiva al Mes de Vida. *Rev Chil Pediatr.* 2010;81(4):326-32.
19. López M, Beatriz E, Martínez G, Leidy J, Zapata L, Natalia J. Reasons for abandoning early exclusive breastfeeding: an unsolved public health problem in Medellín. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2013 Mar;31(1):117-26.
20. Broche Candó RC, Sánchez Sarría OL, Rodríguez Rodríguez D, Pérez Ulloa LE. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2011;27(2):254-60.
21. Hurley KM, Black MM, Papas MA, Caulfield LE. Maternal Symptoms of Stress, Depression and Anxiety are related nonresponsive feeding style in statewide sample WIC of participant. *The Journal of Nutrition. Community and Internacional Nutrition.* January 2012;29:799-805.
22. Gorrita Pérez RR, Bárcenas Bellót Y, Gorrita Pérez Y, Brito Herrera B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Rev Cubana Pediatr [serie en Internet].* 2014 Jun [citado 8 de abril de 2015];86(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

23. Pino JL, López MA, Medel AP, Ortega SA. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Rev Chil Nutr. 2013 Mar; 40(1): 48-54.

24. Unicef. Guidelines on HIV and infant feeding 2010. Principles and recommendations for infants feeding in the context of HIV and summary of evidence. World Health Organization, Unicef, UNAIDS; 2010.

25. Valdés Martín S, Gómez Vasallo A, Báez Martínez JM. Temas de Pediatría. Capítulo 5. Nutrición y Dietética. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. p. 52-9.

Recibido: 21 de julio de 2015.

Aprobado: 30 de agosto de 2015.

*Remigio Rafael Gorrita Pérez.* Policlínico Universitario "Rafael Echezarreta Mulkay". Calle 66, esquina 41, municipio San José de Las Lajas. Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: [remigio.gorrita@infomed.sld.cu](mailto:remigio.gorrita@infomed.sld.cu)