PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS DE CUARTO NIVEL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, Wilmer Loor, con CI 1309526042, Johanna Vinces Cobeña, con CI 1310932155, autores del trabajo de investigación titulado:

"Importancia de la educación materna y del control prenatal en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad en las puérperas y lactantes atendidos en los centros de salud Andrés de Vera, San Pablo, Portoviejo, Colón, La Piñonada, San Antonio, Jipijapa, Santa Rita y Hospital Verdi Cevallos en el período de junio del 2018 a febrero del 2019."

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación, para ser integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 24 de julio del 2019

“PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR”

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

“IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN MATERNA Y DEL CONTROL PRENATAL EN EL MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD EN LAS PUÉRPERAS Y LACTANTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD ANDRÉS DE VERA, SAN PABLO, PORTOVIEJO, COLÓN, LA PIÑONADA, SAN ANTONIO, JIPIJAPA, SANTA RITA Y HOSPITAL VERDI CEVALLOS EN EL PERÍODO DE JUNIO DEL 2018 A FEBRERO DEL 2019.”

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORES: WILMER LOOR LOOR

JOHANNA VINCES COBEÑA.

DIRECTOR DE TESIS Y TUTOR METODOLÓGICO:

DR. IVÁN DUEÑAS ESPÍN

PORTOVIEJO, 2019

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a Dios y a mi familia por su apoyo incondicional en el transcurso de estos tres años.

Agradezco de una manera muy especial a mis formadores, los docentes de esta prestigiosa Universidad por su esfuerzo y dedicación en la educación y asesoría impartida.

Al Director de Tesis Doctor Iván Dueñas Espín, por su valioso aporte en la investigación realizada.

Johanna

Al ser supremo por darme la vida y la sabiduría.

Al Director de Tesis Doctor Iván Dueñas Espín principal colaborador que con su valioso aporte permite la consecución de mi objetivo.

A la Pontifica Universidad Católica del Ecuador y La Facultad de Postgrado con sede en Portoviejo que con sus valiosos docentes contribuyeron para que hoy pueda culminar con éxito.

A los compañeros y compañeras con los cuales compartimos estos tres años maravillosos llenos de mucha experiencia.

Wilmer

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación:

A Dios con mucho amor por ser mi luz y darme la fortaleza para sobrepasar obstáculos.

A mis padres Jorge y María por su invaluable apoyo y motivación.

Johanna

A Dios Todopoderoso por ser el guiador de mis pasos.

A mis Padres Wilmer y Marlene que siempre me han motivado a cumplir mis metas trazadas; siendo inculcadores de esfuerzo y valentía; y muy en especial a mi Madre, ángel celestial que desde el cielo me protege.

A mi Esposa Betsabeth que con paciencia ha comprendido mi trabajo y ha sido mi apoyo incondicional.

A mis hijos Wilmer, Romerth y Elías motivos de superación.

A mis Hermanos por sus oraciones y cariño entusiasta durante toda mi vida.

A mi familia política por sus palabras de aliento que me acompañan en cada uno de mis proyectos.

Wilmer

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO 3
DEDICATORIA 4
ABREVIATURAS 7
RESUMEN 10
ABSTRACT 12
CAPÍTULO 1 13
1.1 INTRODUCCIÓN 13
1.2 JUSTIFICACIÓN 17
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 19
1.4 OBJETIVOS 20
1.4.1 Objetivo general 20
1.4.2 Objetivos específicos 21
1.5 HIPÓTESIS 21
CAPÍTULO II 22
2.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 22
2.1.1 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 22
2.1.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA LACTANCIA MATERNA 26
2.1.3 IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN TÉRMINOS CLÍNICOS Y DE SALUD PÚBLICA 28
2.1.4 CONTROL PRENATAL 31
2.1.5 EDUCACIÓN PRENATAL 33
2.1.6 IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PRENATAL Y LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 34
CAPÍTULO III 38
3.1 METODOLOGÍA 38
3.1.1 Criterios de Inclusión: 38
3.1.2 Criterios de exclusión: 39
3.1.3 UNIVERSO 39
3.1.4 POBLACIÓN Y MUESTRA 39
3.1.5 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO 40

3.1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 40
3.1.7 ASPECTOS BIOÉTICOS 42
3.1.8 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 43
CAPÍTULO IV 44
4.1 RESULTADOS 44
CAPÍTULO V 51
DISCUSIÓN 52
CAPÍTULO VI 58
CONCLUSIONES 58
RECOMENDACIONES 59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 60
ANEXOS 71

ABREVIATURAS

ACOG. - Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología

APN. - Atención prenatal

BFCI. - Iniciativa Comunitaria Amigable con los Bebés

ECA. - Ensayos controlados aleatorios

ENSANUT. - Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Nacional

IHAN. - Implementación de intervenciones de iniciativa hospitalaria para bebés

LME. - Lactancia materna exclusiva

OMS. - Organización Mundial de la Salud

PNC. - Atención posnatal

UCIN. – Unidad de Cuidados Intensivos

UNICEF. - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

VPN. - Visitas prenatales

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1.- Características sociodemográficas, conocimiento sobre lactancia materna, educación y control prenatal

Tabla N° 2.- Relación entre las características sociodemográficas, grado de conocimiento, educación, control prenatal y lactancia materna

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 1.- Relación entre la asistencia a clases y la lactancia materna

Figura 2.- Relación entre conocimiento sobre sucedáneos y la lactancia materna

Figura 3.- Relación entre el número de asesorías y la lactancia materna

Figura 4.- Relación entre control prenatal y la lactancia materna

RESUMEN

A pesar de su beneficio comprobado en la reducción de la mortalidad y la morbilidad infantil, la cobertura de la lactancia materna exclusiva (LME) sigue siendo subóptima, lo que implica la necesidad de una mayor identificación de las barreras para la práctica óptima de LME. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo realizar un estudio epidemiológico que determine en qué medida la educación y control prenatal contribuyen al inicio y mantenimiento de la LME de las madres captadas por los centros de salud San Antonio, Santa Rita del cantón Chone; Centro de salud Portoviejo, San Pablo, Colón, Andrés de Vera, Piñonada y Hospital Verdi Cevallos del cantón Portoviejo en los primeros meses de vida del lactante durante el año 2018-2019. Métodos: Diseño longitudinal prospectivo observacional analítico. Se reclutaron a 400 puérperas de ocho establecimientos de salud en Portoviejo y Chone a quienes se evaluó variables sociodemográficas, antropométricas y clínicas, incluyendo características del parto, prácticas integrales durante el mismo, depresión y educación recibida acerca de la práctica de la lactancia materna. Resultados: Las características socio demográficas de una mujer puérpera determinan la duración de la LME, la zona urbana, nivel educativo intermedio y alto, etnia montubia, falta de asistencia a clases de asesoría, se asociaron a una prematura suspensión de la LME. Conclusiones: La educación prenatal es eficaz para aumentar el inicio y mantenimiento de la LME. Es decir, que, si las mujeres embarazadas o las madres reciben educación y asesoramiento adecuado sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, es más probable que practiquen LME que sus pares que no reciben asesoramiento.

PALABRAS CLAVES: Prácticas de lactancia materna, experiencias de mujeres, amamantamiento, control prenatal, factores epidemiológicos

ABSTRACT

Despite its proven benefit in reducing infant mortality and morbidity, exclusive breastfeeding coverage (EBF) remains sub-optimal, implying the need for greater identification of barriers to EBF best practice. Therefore, this study aimed to conduct an epidemiological study to determine the extent to which prenatal education and control contribute to the onset and maintenance of SMA of mothers recruited by the San Antonio, Santa Rita health centers in Chone canton; Portoviejo, San Pablo, Colón, Andrés de Vera, and Piñonada health centers in Portoviejo canton in the first months of the infant's life during 2018-2019. Methods: Prospective observational analytical longitudinal design. Four hundred postpartum women from eight health facilities in Portoviejo and Chone were recruited and evaluated for sociodemographic, anthropometric and clinical variables, including characteristics of childbirth, integral practices during childbirth, depression, and education about breastfeeding. Results: The socio-demographic characteristics of a puerperal woman determine the duration of the SML, the urban area, intermediate and high educational level, montubia ethnicity, lack of attendance at counseling classes, were associated with a premature suspension of the SML. Conclusions Prenatal education is effective in increasing the onset and maintenance of SLE. That is, if pregnant women or mothers receive adequate education and counseling about the benefits of exclusive breastfeeding, they are more likely to practice SMA than their non-counseling peers.

Keywords: Breastfeeding practices, women's experiences, breastfeeding, antenatal care, epidemiological factors**.**

CAPÍTULO 1

1.1 INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME) en los bebés durante los primeros seis meses de vida, es crucial para promover el crecimiento y el desarrollo. Debido a una cantidad adecuada de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y otros ingredientes bioactivos en la leche materna, la LME mejora el desarrollo cerebral del niño, su inteligencia y la capacidad de aprender. A nivel mundial, la LME se observa como una importante estrategia de supervivencia infantil, siempre que se garantice su implementación óptima con una reducción significativa del riesgo de morbilidad y mortalidad durante una década (Jedrychowski et al., 2014).

Las probabilidades reducidas de adquisición de enfermedades infecciosas, como la neumonía, la diarrea y la infección del tracto respiratorio superior están particularmente documentadas entre los niños alimentados exclusivamente con leche materna. Además, una duración prolongada de LME protege contra el riesgo de enfermedades no transmisibles, como asma y otras infecciones respiratorias relacionadas con alergias, enfermedades celíacas, dermatitis atópica y diabetes mellitus. Además, proporciona beneficios emocionales y psicológicos al intensificar el vínculo madre-hijo (Lamberti et al., 2014).

La lactancia materna exclusiva (LME) es una forma ideal de lograr un crecimiento y desarrollo infantil óptimo y, por lo tanto, es la forma óptima de alimentar a los recién nacidos con importantes beneficios para las madres y sus bebés. Los principales beneficios para bebés incluyen: disminución del riesgo de infecciones, reducción de

las tasas de mortalidad postnatal, disminución de las tasas de síndrome de muerte súbita infantil, disminución de las probabilidades de desarrollar diabetes, mejora del desarrollo cognitivo y motor, entre otros. Los beneficios maternos incluyen: menor riesgo de desarrollar cáncer de mama y de ovario, recuperación adecuada de peso y amenorrea de la lactancia, que podría ser un método anticonceptivo natural (Cai, Wardlaw, & Brown, 2014).

Por todas estas razones, la lactancia materna es una prioridad de salud pública promovida y respaldada por la "Estrategia mundial sobre alimentación infantil" aprobada por la 55a Asamblea Mundial de la Salud (WHA) en 2002. La lactancia materna en Ecuador constituye un derecho natural para los bebés de acuerdo con la "Ley de Promoción, Apoyo y Protección de la Lactancia Materna", aprobada en 1995. Además, desde 2009, la comercialización de sustitutos de la leche materna ha sido regulada para promover el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la leche materna (Bazzano, Kaji, Felker-Kantor, Saldanha, & Mason, 2016) (Guartatanga Hurtado, 2017).

Sin embargo, la tasa de LME en la población ecuatoriana es de 43% a los seis meses según la "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Nacional" (ENSANUT) publicada en el 2012. Esta encuesta no proporciona información específica para madres adolescentes. Sin embargo, un estudio de 2004 indicó que las madres adolescentes tienden a tener tasas de LME más bajas que la población general, la cual radica por factores como ingresos y educación más bajos, mayor porcentaje de madres solteras en comparación con las mujeres mayores, creencias culturales y falta de información sobre la lactancia materna (Ramón Duchi & Rocano Guamán, 2018).

A pesar de los beneficios probados, la práctica global de la lactancia materna exclusiva sigue siendo subóptima, lo que da como resultado que solo el 39% de los bebés en países en desarrollo son amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses. En el sur de Asia, la práctica de LME se estima en un 45%, mientras que en Brasil solo el 24,2% de los bebés son amamantados exclusivamente. Por otro lado, la prevalencia más baja (16%) se documenta en los Estados Unidos de América. En África, se observa una modesta mejora en la prevalencia de LME (22% a 35%) en los últimos quince años, aún más bajo que el promedio mundial (Tariku et al., 2017).

A pesar de los beneficios de la lactancia materna, las tasas siguen siendo bajas en todo el mundo. El apoyo a la LME ha aumentado el inicio y la duración, pero el momento óptimo para este apoyo e intervenciones prenatales y postnatales no están claros. La provisión de sesiones prenatales de grupos pequeños en el tercer trimestre, combinada con el apoyo individual orientado a los problemas a las dos y seis semanas después del parto, aumentó las tasas de LME a los seis meses en comparación con la educación prenatal. (Vural & Vural, 2017).

Diferentes estudios han desarrollado varias intervenciones de apoyo a la lactancia materna para alentar a las madres a mantener las prácticas de LME. Las estrategias principales involucran la implementación de intervenciones de iniciativa hospitalaria para bebés (IHAN) dentro de los hospitales. La evidencia indica que la efectividad de la intervención aumenta cuando hay un protocolo disponible para la capacitación del proveedor, cuando se llevan a cabo desde el período prenatal hasta el postnatal, cuando el hospital y la comunidad están conectados y existe la participación de los profesionales de la salud (Kim, Park, Oh, Kim, & Ahn, 2018).

La atención prenatal (APN) es una de las estrategias fundamentales recomendadas para reducir el riesgo de mortalidad materna y neonatal. Es un punto de entrada ideal para que los profesionales de la salud brinden numerosas intervenciones para promover el bienestar materno-fetal, incluido la LME. Durante las visitas de APN, se brinda información sobre la alimentación infantil y los valores nutricionales de la leche materna con lo cual aumentará el conocimiento de la LME. (Alebel, Tesma, Temesgen, Ferede, & Kibret, 2018).

El parto institucional alienta a los bebés a recibir el contacto piel a piel materno, y esto aumenta la probabilidad de un inicio oportuno de la LME, a través de una estrategia de *Baby-Friendly Hospital Initiative*, el cual constituye como un componente clave de la Estrategia mundial para la alimentación de lactantes y niños pequeños de la OMS / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (Pérez-Escamilla, Martínez, & Segura-Pérez, 2016).

El presente trabajo final de titulación analiza la información existente en los centros de salud motivo de estudio, teniendo como objetivo la realización de un estudio epidemiológico que determine en qué medida la educación y el control prenatal intervienen en la LME, a través de la identificación de los aspectos socioeconómicos que interfieren con los controles prenatales, así como también mediante la identificación del grado de conocimiento de las madres lactantes sobre los beneficios de amamantar, con la finalidad de proponer guías anticipatorias que mejoren la adherencia a la LME. Por lo que se considerará la variable dependiente: lactancia materna y las variables independientes: control prenatal, educación, factores socioeconómicos.

Se aplicó una metodología participativa epidemiológica de corte longitudinal, siendo el universo de estudio, las mujeres en etapa puerperal y sus hijos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, los centros de salud San Antonio, Santa Rita del cantón Chone; Centro de salud Portoviejo, San Pablo, Andrés de Vera, Colón y La Piñonada del cantón Portoviejo.

El presente protocolo de trabajo de final de titulación es parte del proyecto de investigación "Determinantes de la práctica de la lactancia materna en población urbano marginal de Manabí: un estudio longitudinal", mismo que tiene cinco objetivos específicos, uno de los cuales será cumplido con el presente trabajo. Cabe destacar que ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), dirigido por el Dr. Iván Dueñas Espín, docente investigador del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, aprobado el 4 de octubre de 2018, con el código 2018-48-EO, y en el que se previó la participación de estudiantes del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE como co-investigadores.

El cuaderno de recogida de datos es igual para los cinco trabajos finales de titulación, anidados en el proyecto. La información obtenida se la analizará mediante la aplicación de métodos estadísticos, lo que permitirá plantear conclusiones y recomendaciones de la investigación efectuada.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Las recomendaciones de la OMS y de la UNICEF para una alimentación infantil óptima, tal como se estipulan en la Estrategia Mundial, son: «Lactancia materna

exclusiva durante los primeros 6 meses de vida e iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más». La superioridad de la LME y sus ventajas ha sido ampliamente demostrada en la bibliografía existente. (Martínez-Galán, Martín-Gallardo, Macarro-Ruiz, Martínez-Martín, & Manrique-Tejedor, 2017).

En la actualidad, la finalidad de las clases de educación prenatal no se pone en duda y la mayoría de las gestantes disponen de un centro de referencia donde pueden recibir estos talleres. Dicha atención puede ser individual o grupal, mediante visitas domiciliarias, programas educativos por pares o citas en la consulta. Generalmente la educación en LME es un programa formalizado, definido, descriptivo y orientado a metas con una finalidad específica y una audiencia objetivo (P. Lumbiganon et al., 2015).

Los principales factores que determinan el abandono de la lactancia materna son los bajos ingresos, el bajo nivel de educación y el empleo materno, así como los factores psicosociales, en particular la falta de asistencia de las parejas para el cuidado infantil y los síntomas de depresión posparto (Machado et al., 2014).

Siendo imprescindible conocer cuáles son los determinantes que condicionan el no cumplimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, para poder intervenir, después de la investigación con estrategias que mejoren la adherencia a la lactancia materna. Así como también el rol de la educación en los controles prenatales. En la provincia de Manabí existen determinantes de la lactancia materna

similares a los encontrados a nivel mundial como: la edad, nivel de instrucción materna, controles prenatales, situación laboral, estatus socioeconómico, entre otros.

Sin embargo, no se conoce con exactitud, en qué medida la práctica de la lactancia materna exclusiva se ve influenciada por la asesoría prenatal, el control prenatal y la asesoría nutricional. Debido a estos antecedentes la presente investigación sobre educación, controles prenatales y demás determinantes se justifica por la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva en el crecimiento y desarrollo del lactante, contribuyendo a obtener una vida saludable tanto para la madre como para el bebé.

Por lo tanto, este estudio tiene como finalidad abordar la problemática existente sobre el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, permitiendo conocer como la educación y los controles prenatales están relacionados de manera positiva o negativa con la adherencia a la leche materna. La LME es de vital importancia para el lactante porque aporta todos los nutrientes que requiere, es de fácil digestión, protege contra las infecciones, está lista en el momento en el que se necesita. A lo que se suma que fortalece el desarrollo del vínculo afectivo con la madre.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Lactancia Materna Exclusiva, es un pilar fundamental en la estrategia de Salud Pública, con el propósito de reducir los indicadores de morbi-mortalidad en niños menores de 1 año, especialmente en los países de ingresos económicos medios y bajos. En Latinoamérica, la práctica de la LME se ha reducido en los últimos decenios, una estimación de los menores de 6 meses que no reciben LME representa el 35%, lo que

aumenta la exposición a innumerables problemas de salud entre las cuales se consideran: las enfermedades diarreicas agudas, infecciones del tracto respiratorio superior entre otras (Ogbo, Nguyen, Naz, Agho, & Page, 2018).

A sabiendas de que los controles prenatales incluyen la obligatoriedad de brindar a la gestante atención integral en sus ámbitos bio-psico-sociales y conociendo que la norma establece también la provisión de asesoría prenatal en ámbitos fundamentalmente nutricionales, se prevé que la cantidad de sesiones de asesoría prenatal y que el número de controles tendrían un mayor impacto en las prácticas de lactancia materna exclusiva de las futuras puérperas; en ese sentido, y dado que la normativa ecuatoriana es diferente a las de otros países en que se ha estudiado este fenómeno, se hace necesario conocer las implicaciones de la aplicación de esa normativa en el contexto ecuatoriano.

En base a este contexto se plantea la siguiente pregunta:

¿En qué medida la educación y control prenatal contribuyen al inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva de las madres captadas por los centros de salud San Antonio, Santa Rita del cantón Chone; centro de salud Portoviejo, San Pablo, Colón, Andrés de Vera, La Piñonada y Hospital Verdi Cevallos Balda del cantón Portoviejo en los primeros seis meses de vida del lactante durante el año 2018-2019?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Realizar un estudio epidemiológico que determine en qué medida la educación y control prenatal contribuyen al inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva de las madres captadas por los centros de salud San Antonio, Santa Rita del

cantón Chone; Centro de salud Portoviejo, San Pablo, Colón, Andrés de Vera, La Piñonada y Hospital Verdi Cevallos Balda del cantón Portoviejo en los primeros seis meses de vida del lactante durante el año 2018-2019.

1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar las influencias socioeconómicas que interfieren con los controles prenatales.
- Investigar en qué medida la educación prenatal influye en la lactancia materna exclusiva.
- Identificar el grado de conocimiento de las madres lactantes sobre los beneficios de amamantar.
- Establecer en qué medida los controles prenatales influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

1.5 HIPÓTESIS

La educación y control prenatal influye con el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva de las madres en los primeros meses de vida del lactante.

CAPÍTULO II

2.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1.1 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La leche materna es el primer alimento de un recién nacido. En el año 2012, la Asamblea Mundial de la Salud se propuso aumentar la tasa global de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, de un nivel básico del 37% al 50% para el año 2025. Se ha demostrado que los minerales o medicamentos son una de las intervenciones basadas en la evidencia para la supervivencia infantil. Las estimaciones muestran que, las buenas prácticas de lactancia, especialmente la LME, podrían prevenir alrededor del 11,6% de los 6,9 millones de muertes menores de cinco en los países en desarrollo (Nuzhat et al., 2019).

La leche materna sola es el alimento ideal para el recién nacido. La Organización Mundial de la Salud y la Academia Americana de Pediatría recomiendan la lactancia materna para todos los bebés, desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Los beneficios para la salud de los bebés y las madres se han demostrado en muchos estudios. Por lo tanto, se define a la Lactancia materna exclusiva (LME), como dar a un bebé solo leche materna desde el nacimiento hasta los primeros seis meses de edad, sin mezclarlo con agua, otros líquidos, preparaciones a base de hierbas o alimentos, con la excepción de soluciones de rehidratación oral, vitaminas, suplementos minerales o medicamentos (Hunegnaw, Gezie, & Teferra, 2017).

La lactancia materna es una intervención bien establecida y recomendada para mejorar la nutrición infantil. Es uno de los factores más importantes para el crecimiento y

desarrollo de los bebés y está avalado globalmente como el mejor para cualquier recién nacido. Sin embargo, se ha informado que la proporción de madres ecuatorianas que continúan amamantando exclusivamente a sus bebés durante el período de seis meses recomendado se ha mantenido por debajo del objetivo del 90% establecido por la Organización Mundial de la Salud. Poco se sabe sobre los factores que influyen en las madres adolescentes para decidir si practicar LME o no. Además, no hay datos sobre las tasas de LME entre las madres adolescentes en Ecuador (Munn, Newman, Mueller, Phillips, & Taylor, 2016).

Los diferentes autores de las diversas investigaciones concluyen: que, si bien la lactancia materna exclusiva es vital para promover el crecimiento, el desarrollo y la salud de los bebés, sin embargo, a nivel mundial, solo el 50% de los bebés menores de 1 mes y el 30% de los bebés de 1 a 5 meses de edad reciben lactancia materna exclusiva. Según el informe de la OMS sobre el inicio temprano y la lactancia materna exclusiva (2011), la prevalencia general de LME fue de 36% a nivel mundial, mientras que las tasas más bajas de LME se registraron en África Occidental / Central (20%) y las tasas más altas de LME se encontraron en Asia oriental / Pacífico (43%) (Hossain, Islam, Kamarul, & Hossain, 2018).

El Reino Unido tiene una de las tasas más bajas de lactancia materna en Europa. Hay datos limitados disponibles para comparar las tendencias en la lactancia materna a nivel internacional, especialmente a la edad de 6-8 semanas cuando se registran los datos actuales del Reino Unido. Un análisis de la prevalencia global de la lactancia materna encontró que solo el 34% de los bebés reciben leche materna a los 6 meses, en comparación con el 49% en los EE. UU. Y el 71% en Noruega. En la Encuesta de

Alimentación Infantil del Reino Unido de 2010, el 81% de las madres iniciaron la lactancia materna, pero solo el 34% y el 0,5% estaban amamantando a los 6 y 12 meses respectivamente (Peregrino, Watt, Heilmann, & Jivraj, 2018).

Australia tiene un alto inicio de lactancia materna, con el 96% de los bebés que comienzan a amamantar; sin embargo, a los seis meses de edad, solo el 60% de los bebés reciben leche materna, y solo el 15% recibe lactancia materna exclusiva hasta los cinco meses. Los bebés de familias australianas de bajos ingresos tienen menos probabilidades de iniciar la lactancia materna y es más probable que tengan una duración más corta; el 93% de los bebés en familias en el quintil de ingreso más bajo comienza a amamantar, y en cuatro meses solo el 52% está recibiendo leche materna, en comparación con los bebés de familias en el quintil de ingreso más alto, cuyas tasas son del 98% y 77% respectivamente (Forster et al., 2019).

En Victoria, el segundo estado más poblado de Australia, el informe más reciente (datos de 2014/2015) muestra que la tasa general de lactancia materna a los seis meses es del 50%, con marcadas disparidades en todo el estado; de las 78 áreas del gobierno local, algunas tienen tasas generales de lactancia materna exclusiva a los seis meses tan bajas como el 38%, mientras que otras alcanzan el 64%. Las estrategias para apoyar el mantenimiento de la lactancia materna en países como Australia deben, por lo tanto, centrarse en los grupos con menos probabilidades de iniciar y continuar la lactancia materna (Forster et al., 2019).

La prevalencia de la lactancia materna exclusiva en África ha ido mejorando a lo largo de los años. Sin embargo, puede haber grandes variaciones de un país a otro o dentro de un país. Los estudios de Etiopía han mostrado una variación en la prevalencia de

LME del 36% en el noroeste de Etiopía al 82% en la región de Oromia. En Tanzania, diferentes estudios han reportado una prevalencia de LME que varía desde 20% en la región del Kilimanjaro, 25% en la región del Tanga hasta 58% en Kigoma. Utilizando información de Encuestas demográficas y de salud, la prevalencia de LME en Tanzania ha mejorado a lo largo de los años de 26% en 1991-92, 41% en 2004-05, 50% en 2010 y 59% en 2015 -2016 (Hussein et al., 2019).

Las recomendaciones actuales en los diferentes estados de los Estados Unidos, incluyen que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de la vida de un recién nacido con lactancia materna continua durante el primer año o más. Las tasas de inicio de la lactancia continúan aumentando en los EE. UU. Y más del 80% de los niños son amamantados exclusivamente. Sin embargo, en el año 2013, el mantenimiento de la LME durante 6 meses (22,3%) y cualquier lactancia materna durante un año completo (30,7%) estuvo por debajo de los objetivos nacionales de Healthy People 2020 de 25,5 y 34,1%, respectivamente (Schafer et al., 2017).

Al comparar los datos del Ecuador con los países de América del Sur, se observa que los índices LME son más elevados en los demás países, así tenemos que, Perú mantiene una tasa de 68,4%, seguido de Bolivia con el 64,3%, posteriormente continua Chile con 63,2% y por último Uruguay con el 54,1%. Así mismo, existen otros países latinoamericanos, que tienen datos inferiores como en el caso de Colombia que mantiene un índice de 42,9%, seguido de Brasil con 38,2% y Argentina con 32,7%. Sin embargo, Ecuador tiene el 43,8%, siendo el país con menor porcentaje entre los países antes mencionados (Pérez Arroba, 2017).

A nivel de Ecuador, los datos revelados por la ENSANUT - ECU 2012, son: la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses es de 43.8%, la cual predomina en personas de recursos económicos bajos (51.3%) y de etnia indígena (77%) las que la practican de forma rutinaria, de acuerdo al nivel de instrucción materna demuestra que a mayor nivel de preparación formal materna existe una menor práctica de LME en menores de 6 meses (29.2% con instrucción superior vs 61.3% sin instrucción formal) (Jaramillo Paredes, 2015).

2.1.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA LACTANCIA MATERNA

Estudios previos han reportado varios predictores de LME. Las diferencias son evidentes no solo entre países sino también dentro del mismo país. Se ha demostrado que varios factores están asociados con la LME: variaciones entre las zonas urbanas y rurales, la edad infantil, la situación laboral, el nivel de educación de las madres, el conocimiento sobre las buenas prácticas de lactancia materna, la ocupación, los ingresos mensuales del hogar, el estado de fumador de las madres, la posición socioeconómica , alimentación prelacteal, paridad, actitudes positivas hacia el LME, intención de amamantar exclusivamente antes del parto, inicio oportuno de la lactancia materna, modo de parto, peso al nacer del bebé, prácticas del sistema de salud, descartar el calostro y las creencias de la comunidad (Joshi et al., 2014).

Varios factores han sido identificados como impedimentos para una nutrición adecuada y hábitos de alimentación infantil. Entre los más importantes se encuentran las percepciones que rodean las prácticas de alimentación de los bebés, la información y el apoyo inadecuado sobre las buenas prácticas de alimentación en los recién nacidos, especialmente el LME durante los primeros seis meses de vida. Además, sugieren un

aumento adicional en las inequidades en la salud entre los bebés socialmente desfavorecidos que ya están en riesgo de resultados de salud más pobres, y que las intervenciones deben implementarse para prevenir el abandono temprano de la lactancia materna. (Nukpezah, Nuvor, & Ninnoni, 2018).

Se ha demostrado que los factores determinantes del LME varían entre países y también dentro del mismo país. Estudios previos han indicado varios factores que intervienen en la determinación de la LME: nivel educativo, ocupación, conocimientos sobre lactancia materna, asesoramiento sobre lactancia materna durante la atención prenatal (APN), asesoramiento sobre alimentación infantil durante la atención postnatal (PNC), la intención de amamantar exclusivamente antes del parto, actitudes e inicio oportuno de la lactancia materna, tabaquismo, ingresos mensuales del hogar, tipo de parto, lugar de parto, edad y peso del infante, residencia, posición socioeconómica, paridad, alimentación prelacteal, descartes de calostro, creencias de la comunidad, prácticas del sistema de salud y el estado del VIH de las madres (Seid, Yesuf, & Koye, 2015).

Además, los estudios han revelado que los factores maternos como el empleo materno, el nivel de educación superior, fumar durante el embarazo, la violencia de pareja o falta de apoyo de la pareja, problemas de salud preexistentes, las complicaciones de los senos durante la lactancia, y el uso del parto asistido afectan negativamente la duración de la LME. Además, las madres más jóvenes, específicamente madres adolescentes, que tuvieron cesárea, así como las que tuvieron depresión posparto o percibieron insuficiencia de la leche materna informaron una duración más corta de la LME (Adugna, Tadele, Reta, & Berhan, 2017).

En un estudio poblacional de madres de diez estados de EE. UU., El uso de chupetes durante la hospitalización durante el parto se asoció con menores probabilidades de lactancia materna exclusiva ≥10 semanas entre los recién nacidos, admitidos en UCIN. El uso de chupetes puede ser un marcador en lugar de una causa de dificultades para amamantar, pero se necesitan estudios aleatorizados prospectivos para ayudar a aclarar esto. Los estudios futuros que exploran la exposición al chupete y los resultados de la lactancia materna deben tener en cuenta el ingreso en la UCIN como un modificador del efecto. Si bien el uso de la alimentación con biberón disminuye la duración del LME, se desconoce el impacto del chupete (Buccini, Pérez-Escamilla, & Venancio, 2016) (Kair & Colaizy, 2016).

Otras barreras encontradas en las diversas investigaciones fueron la falta de conocimiento sobre la lactancia materna y la falta de apoyo de los profesionales de la salud. Las mujeres valoran que se les muestre cómo amamantar en lugar de que se les diga cómo hacerlo. La evidencia de intervenciones efectivas para mejorar la lactancia materna exclusiva por la duración recomendada de seis meses es escasa. Si bien existe evidencia de la efectividad del apoyo profesional para prolongar la duración de la lactancia materna y aumentar las tasas de iniciación de la lactancia materna, no está claro la fuerza de su efecto sobre la tasa de LME (Su et al., 2017).

2.1.3 IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN TÉRMINOS CLÍNICOS Y DE SALUD PÚBLICA

La lactancia materna es una contribución importante para la salud y el bienestar infantil y materno, además promueve un crecimiento óptimo del neonato y del lactante, ya que contribuye al 100% de los requisitos nutricionales diarios de los niños de hasta 6 meses

de edad, el 50% de los niños de 6 a 12 meses y el 35% de los requisitos nutricionales para niños de 12 a 24 meses de edad. También se ha demostrado que la LME reduce las muertes neonatales e infantiles asociadas con diarrea e infecciones respiratorias agudas, dos de las principales causas de muerte infantil. (Maonga, Mahande, Damian, & Msuya, 2016).

Las prácticas apropiadas de lactancia materna mejoran la supervivencia, la salud y el desarrollo del niño. A nivel mundial, alrededor de 1,4 millones de muertes infantiles se atribuyen a la lactancia materna subóptima. La lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida puede reducir la mortalidad infantil al prevenir la diarrea y la neumonía. Los profesionales de la salud pueden ayudar a mejorar las prácticas de lactancia materna; sin embargo, en entornos con recursos limitados, la falta de tales trabajadores de salud dificulta la promoción efectiva de la lactancia materna. Por lo tanto, tenemos que depender de las madres mismas, ya que son las principales cuidadoras (Shakya et al., 2017).

La LME reduce la morbilidad y la mortalidad total de los bebés en el primer año de vida, incluyendo diarrea, infecciones y reacciones alérgicas. Por otra parte, LME disminuye el riesgo de obesidad en la infancia, así como el riesgo de enfermedad incluyendo la hipertensión más tarde en la vida. Beneficios para la salud de la lactancia también se extienden a las madres; reduce el riesgo de diabetes, y cáncer premenopáusico de mama y ovario. Además de estos efectos beneficiosos para la salud de LME que reducen los costos totales de atención médica, el dinero ahorrado por no tener que comprar una fórmula también podría reducir el gasto familiar y social total (Maharlouei, Pourhaghighi, Raeisi Shahraki, Zohoori, & Lankarani, 2018).

La importancia de la lactancia materna en los países de ingresos bajos y medios es bien reconocida, pero existe menos consenso sobre su importancia en los países de ingresos altos. En los países de ingresos bajos y medios, solo el 37% de los niños menores de 6 meses son amamantados exclusivamente. Con pocas excepciones, la duración de la lactancia materna es más corta en los países de ingresos altos que en aquellos que son pobres en recursos. Las revisiones indican que las estrategias efectivas incluyen el contacto cercano con la piel de la madre y el bebé, el bombeo de la leche materna y los esfuerzos educativos para mejorar el conocimiento de las madres y el personal médico sobre la LME (Forster et al., 2019).

La duración de la lactancia materna entre las madres adolescentes puede estar asociada con características demográficas como el nivel educativo y los partos múltiples. Las madres con menos educación tienden a introducir otros alimentos antes, en contraste con las que tienen un nivel de educación superior. Esto puede estar relacionado con un mayor acceso a la información y el reconocimiento de los beneficios de la LME. Además, los embarazos previos se asocian con una mayor probabilidad de que las adolescentes elijan LME. Una mayor probabilidad de LME entre este grupo de madres también se ha asociado con sesiones de asesoramiento, desempleo, familiares y compañeros de apoyo, aceptación cultural, creencias maternas con respecto a la LME y la salud del bebé, experiencia previa exitosa, entre otros factores (Boccolini, de Carvalho, & de Oliveira, 2015).

A pesar de su beneficio comprobado en la reducción de la mortalidad y la morbilidad infantil, la cobertura de la lactancia materna exclusiva (LME) sigue siendo subóptima. La voluntad de amamantar y llevar a cabo con éxito LME es multifactorial. En

Ecuador, alrededor del 54,8% de los bebés menores de seis meses de edad fueron amamantados exclusivamente, lo que implica la necesidad de una mayor identificación de las barreras para la práctica óptima de LME (Jara-Palacios, Cornejo, Peláez, Verdesoto, & Galvis, 2015).

2.1.4 CONTROL PRENATAL

La atención prenatal (APN) es una evaluación y seguimiento cuidadoso y sistemático de las mujeres embarazadas, que incluye educación, asesoramiento, detección y tratamiento para asegurar la mejor salud posible de la madre y su feto. Los principios de APN para mujeres con embarazos no complicados son proporcionar consejo, educación, tranquilidad y apoyo; para abordar y tratar los problemas menores del embarazo; y para proporcionar una detección eficaz durante el embarazo. Gradualmente, el APN se amplió para incluir procedimientos de detección más específicos para detectar problemas médicos definidos para todas las mujeres embarazadas (Al-Ateeq & Al-Rusaiess, 2015).

El inicio temprano de la atención prenatal se asocia con mejores resultados de salud para las mujeres y los recién nacidos. Existen elementos esenciales de la atención prenatal es determinar la fecha de parto estimada, idealmente con una ecografía durante el primer trimestre. Se deben obtener pruebas de laboratorio para detectar condiciones que pueden afectar el embarazo. Las inmunizaciones de rutina para todas las mujeres embarazadas incluyen la vacuna contra la influenza; toxoide tetánico, difteria reducida. Todas las mujeres deben someterse a una prueba de detección de diabetes mellitus gestacional en la mitad del embarazo (Smith, Barr, Bassett-Novoa, & LeFevre, 2018).

El calendario recomendado actual de visitas prenatales del Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) para los primeros embarazos sin complicaciones consiste en una visita cada 4 semanas hasta 28 semanas, cada 2 semanas hasta 36 semanas, y semanalmente hasta el parto. Históricamente, la mayoría de las visitas durante el tercer trimestre se realizaron para detectar signos y síntomas maternos de preeclampsia. Los estudios revelan que un mayor de visitas prenatales (VPN) no necesariamente significa mejores resultados (Carter et al., 2016).

Muchos países europeos generalmente tienen menos visitas prenatales (PNV) con mejores resultados de nacimiento en comparación con los Estados Unidos. Por ejemplo, el número medio de VPN en los EEUU es de 11 en comparación con 7 en Francia; sin embargo, la tasa de mortalidad infantil en Francia es 3.1/1000 mientras que en los EEUU es de 6.1/1000. Más recientemente, una Revisión Cochrane encontró que, en los países de ingresos altos, no hubo diferencias en la mortalidad perinatal entre las mujeres con visitas prenatales más frecuentes o reducidas, pero los países de ingresos bajos y medios tuvieron tasas significativamente más altas de Mortalidad perinatal en mujeres con un horario reducido de VPN (Carter et al., 2016).

Las mujeres con factores de riesgo también deben ser examinadas en el primer trimestre. El uso de la aspirina a partir de las 12 a 16 semanas reduce el riesgo de preeclampsia. Las condiciones médicas crónicas deben manejarse de acuerdo con las pautas para promover un control óptimo, de acuerdo con sus condiciones pueden requerir pruebas a finales del tercer trimestre. La inducción del parto se puede ofrecer antes de las 41 semanas, según la afección y los riesgos y beneficios relativos del embarazo continuo. A las mujeres sin indicaciones maternas o fetales no se les debe

ofrecer el parto electivo antes de las 39 semanas, sino que se les debe ofrecer la inducción a las 41 semanas con una recomendación para el parto antes de las 42 semanas (Smith et al., 2018).

2.1.5 EDUCACIÓN PRENATAL

La educación es un componente importante de la atención prenatal, especialmente para las mujeres que están embarazadas por primera vez. La educación prenatal de lactancia materna exclusiva (LME) se define como la información de LME que se imparte durante el embarazo en una variedad de formas. El objetivo de la educación para la salud durante el período prenatal es brindar asesoramiento, educación, apoyo, abordar y tratar los problemas menores del embarazo y brindar una evaluación eficaz durante el embarazo (Pisake Lumbiganon et al., 2016).

La educación prenatal que se lleva a cabo como parte de la atención prenatal de rutina ha sido identificada como un componente importante de la APN. La educación prenatal puede aumentar la conciencia y mejorar el conocimiento sobre los factores de riesgo y las complicaciones de las mujeres embarazadas. Esto podría ser individual o grupal, podría incluir programas de visitas domiciliarias, programas de educación entre pares o citas clínicas dirigidas específicamente a la impartición de conocimientos de LME y podría involucrar a futuros padres o no. La educación LME suele ser un programa formalizado, definido, descriptivo y orientado a objetivos con un propósito específico y un público objetivo (Al-Ateeq & Al-Rusaiess, 2015).

La educación LME se diferencia del apoyo LME. El soporte de LME generalmente está dirigido a la persona individual según surja la necesidad y se define como una

persona, un grupo o una organización que brinda apoyo de muchas maneras. Esto podría ser apoyo psicológico (afirmar y alentar a la madre), apoyo físico (proporcionar comidas, cuidar a sus otros hijos, limpieza de la casa y jardinería), apoyo financiero o servicios de información de LME disponibles para ser contactados cuando surge una pregunta de LME. El soporte de LME usualmente comienza en el período postnatal, no antenatalmente (Pisake Lumbiganon et al., 2016).

2.1.6 IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PRENATAL Y LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La atención prenatal, un componente básico de la atención de salud materna, es un punto de entrada ideal para brindar múltiples intervenciones nutricionales y de salud para promover el bienestar materno y fetal, las conductas de lactancia materna y la preparación para el parto. Además, el parto institucional crea una mejor oportunidad para que los recién nacidos reciban cuidado de piel a piel de su madre, una práctica de cuidado de recién nacidos que ha demostrado aumentar la probabilidad de iniciación temprana, la duración exclusiva y prolongada de la lactancia materna (Biks, Tariku, & Tessema, 2015).

El papel de la consejería en lactancia materna exclusiva (LME) ya se ha documentado en el período prenatal y justo después del nacimiento, que es un período crucial e importante para el inicio de la lactancia materna. Los consejeros de lactancia comúnmente brindan apoyo y educación prenatal en el período postnatal. Su enfoque principal es asesorar, alentar y ayudar a continuar la lactancia en crisis (Patel & Patel, 2016).

Cuando las madres participan en grupos para actividades sociales o reciben asesoramiento personalizado de otra madre en la comunidad, pueden comunicarse entre sí e intercambiar conocimientos entre ellas. Este apoyo individual o grupal a las madres les permite apoyarse mutuamente, ayuda en la toma de decisiones y, posteriormente, las empodera. Por lo tanto, estas intervenciones tienen potencial para mejorar las prácticas de lactancia materna y el bienestar infantil. Dichas intervenciones se han considerado como alternativas sostenibles al asesoramiento en entornos de atención primaria de salud. Estas son intervenciones potencialmente más baratas en comparación con las que brindan los profesionales de la salud (McFadden et al., 2017).

Los resultados de una revisión Cochrane más reciente realizado en el año 2017 (que incluyó 73 estudios de 29 países) encontró que el apoyo a la lactancia materna exclusiva probablemente sea más efectivo en entornos con alta iniciación, que tanto el apoyo no profesional como el profesional son beneficiosos, y que el apoyo personal está asociado con mejores resultados que la asistencia telefónica solamente (McFadden et al., 2017).

Uno de los ensayos controlados aleatorios (ECA) incluidos en ambas revisiones encontró un gran efecto: un estudio canadiense de apoyo proactivo por teléfono realizado por pares capacitados con experiencia en lactancia materna encontró una diferencia del 14% en cualquier lactancia materna a los tres meses, 81% de ellos asignados al grupo de apoyo de pares fueron la lactancia materna en comparación con el 67% en el grupo control (Shakya et al., 2017).

Con respecto a la provisión de educación prenatal, un estudio previo mostró que impartir educación en las mujeres embarazadas y la asistencia a las clases aumentan

los conocimientos y habilidades necesarios para tener un buen control prenatal y a su vez el uso de lactancia materna exclusiva en los bebes. Por lo tanto, es muy indispensable proporcionar durante las visitas prenatales de rutina la información necesaria sobre la LME, además se requiere instaurar un plan de estudios sobre educación prenatal en el control prenatal (Shi et al., 2015).

El enfoque narrativo de educación y entretenimiento (EE) en la educación para la salud fue una estrategia utilizada en Sudáfrica, el contenido se basaba en la entrega de mensajes de salud a través de un marco de medios de entretenimiento. Las características de la EE efectiva incluyen: a) narraciones atractivas, b) alta calidad de producción, c) mensajes persuasivos que no son molestos y d) alto potencial de participación o identificación con los presentadores o personajes representados. Si bien EE puede tomar muchas formas, un enfoque basado en video apoya fácilmente la integración armoniosa de estas características (Adam et al., 2019).

Algunos estudios anteriores han encontrado que la educación prenatal puede aumentar la conciencia y mejorar el conocimiento sobre los factores de riesgo y las complicaciones de las mujeres embarazadas. Un estudio comparativo realizado en China descubrió que, además de los beneficios anteriores, la educación prenatal también puede mejorar las actitudes de las mujeres hacia el parto, los hospitales y los médicos, y su capacidad para comunicarse con los médicos. Además, puede aumentar la utilización del examen prenatal entre mujeres embarazadas y mejorar su estado de recuperación después del parto. Por lo tanto, la educación prenatal debe ser fuertemente recomendada (Shi et al., 2015).

Las actitudes y acciones de los padres pueden afectar positiva o negativamente las intenciones de las madres de amamantar, la duración de la lactancia y la exclusividad. Algunos estudios sugieren que las actitudes percibidas por los padres pueden estar entre las influencias más poderosas que configuran la elección de alimentación de las madres y si la madre inicia y continúa amamantando. Varios estudios han encontrado que la mayoría de los padres tienen puntos de vista positivos con respecto a la lactancia materna y les gustaría que su hijo sea amamantado o al menos que reciba leche materna (Hansen, Tesch, & Ayton, 2018).

Unas de las estrategias pueden incluir Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI, por sus siglas en inglés), una estrategia global que promueve la lactancia materna en las salas de maternidad alrededor del momento del parto y se ha demostrado que es eficaz en algunos entornos, especialmente en los países más desarrollados. Sin embargo, en países menos desarrollados, donde muchas entregas no ocurren en establecimientos de salud, la efectividad del BFHI puede ser limitada. Reconociendo la necesidad de llegar también a las mujeres a nivel comunitario, la OMS y UNICEF ha propuesto la adopción de la Iniciativa Comunitaria Amigable con los Bebés (BFCI), una iniciativa global, que extiende los principios de BFHI a nivel comunitario, para complementar el BFHI en la promoción de la lactancia materna óptima (Kimani-Murage et al., 2017).

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA

- Epidemiológico con corte longitudinal**.**

Diseño longitudinal prospectivo observacional analítico. Se reclutó a 400 puérperas de ocho establecimientos de salud de Portoviejo a quienes se evaluó variables sociodemográficas, antropométricas y clínicas, incluyendo características del parto, prácticas integrales durante el mismo, depresión y educación recibida acerca de la práctica de la lactancia materna, entre las variables más importantes. Se analizó longitudinalmente la existencia o no de asociaciones entre las diferentes variables explicativas y la práctica de la lactancia materna a los tres y seis meses mediante modelos de regresión multivariante logística y de supervivencia.

3.1.1 Criterios de Inclusión:

- Que sean mujeres en etapa puerperal: que se encuentren en el periodo comprendido entre puerperio inmediato, mediato y tardío
- Puérperas atendidas en cualquiera de los centros de salud enumerados a continuación: Hospital Verdi Cevallos Balda, Centros de Salud: Andrés de Vera, San Pablo, Portoviejo, Colon, La Piñonada, San Antonio y Santa Rita de la provincia de Manabí.
- Puérperas cuyos recién nacidos estén vivos.
- Puérperas que sepan leer y no tengan discapacidad física - motora, intelectual o visual.

- Puérperas que no hayan tenido ni tengan contraindicación de llevar a cabo la lactancia materna (ej. VIH, infecciones activas de la glándula mamaria, TB pulmonar activa, entre las más importantes)

3.1.2 Criterios de exclusión:

- Puérperas cuyos recién nacidos hayan fallecido.
- Puérperas que no sepan leer y/o tengan discapacidad física - motora, intelectual o visual.
- Puérperas que hayan tenido o tengan contraindicación de llevar a cabo la lactancia materna (ej. VIH, infecciones activas de la mama, TB pulmonar activa, entre las más importantes)
- Puérperas que no hayan firmado el consentimiento informado y/o que no quieran participar en el estudio.

3.1.3 UNIVERSO

Estuvo compuesto por las madres que asisten a los centros de salud de Santa Rita, San Antonio del cantón Chone, Centro de Salud San Pablo, Portoviejo, Colón, Andrés de Vera, La Piñonada y Hospital Verdi Cevallos Balda del cantón Portoviejo.

3.1.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Todas las mujeres en etapa puerperal atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda y en los centros de salud de: San Antonio, Santa Rita, Portoviejo, San Pablo, Colón, Andrés de Vera y la Piñonada de la provincia de Manabí durante el periodo diciembre de 2018 a febrero 2019 (n estimado= 390 a 400 puérperas). Una muestra aleatoria de 389 individuos fue suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión

de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 23%. El porcentaje de reposiciones necesaria fue el 30%. Sin embargo, la muestra estuvo constituida por 400 puérperas.

3.1.5 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se describió estadísticamente la distribución de las variables categóricas, continuas y discretas empleando las medidas de frecuencia respectivas.

Análisis bivariado:

Se analizarán las asociaciones bivariadas entre las variables explicativas obtenidas en el momento inicial (visita 1) que constan en la matriz de operacionalización y las siguientes variables resultado (desenlaces o *outcomes*): (i) lactancia materna hasta los dos, (ii) cuatro y (iii) seis meses mediante tests de Chi2/exactitud de Fisher y/o Ttest o U Mann Whitney/ANOVA o Kruskall Wallis, para variables categóricas y numéricas, respectivamente. Además, (iv) evaluaremos la asociación entre cada variable explicativa y el tiempo de lactancia materna utilizando estimadores de Kaplan Meier (Dudley,1, Wickham,2, & Commbs,3, 2016).

El nivel de significancia estadística será cuando el p-valor sea <0.05. Para el análisis estadístico emplearemos los siguientes paquetes: Stata 14.2 (Stata Statistical Software: Release 14.2. College Station, TX: StataCorp LP); y, Microsoft Office, Excel, 2010.

3.1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO	Conjunto de actividades realizadas de modo	Seguimiento a las madres lactantes que	Independiente	Lactancia Materna

	sistemática para obtener nuevos conocimientos con respecto a la lactancia materna exclusiva.	asisten a los centros de salud, objeto de estudio.		
LACTANCIA MATERNA	La **lactancia materna** es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.	Amamantar al bebé. Posición adecuada para dar de lactar. Extracción de la leche materna. Conservación de la leche materna.	Dependiente	Nutrientes y crecimiento y desarrollo saludables.
CONTROL PRENATAL	Controles médicos que se ejecutan durante el embarazo.	Actividades ejecutadas durante la atención que favorezcan la lactancia materna.	Independiente	Número de controles prenatales, seguimiento de la madre lactante.
EDUCACIÓN	Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen. Transmisión de conocimientos a una persona para que esta adquiera una determinada formación.	Capacitación que se ofrecen en los centros de salud.	Independiente	Educación formal. Educación informal.
FACTORES SOCIOECONÓMICOS	Capacidad económica y social en la lactancia materna.	Nivel socioeconómico.	Independiente	Ingreso bajo, medio y alto.

3.1.7 ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente protocolo de trabajo de final de titulación es parte del proyecto de investigación "Determinantes de la práctica de la lactancia materna en población urbano marginal de Manabí: un estudio longitudinal", mismo que tiene cinco objetivos específicos, uno de los cuales será cumplido con el presente trabajo. Cabe destacar que el proyecto de investigación en el que se anida este protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, dirigido por el Dr. Iván Dueñas espín, docente investigador del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, aprobado el 4 de octubre de 2018, con el código 2018-48-EO, y en el que se previó la participación de estudiantes del postgrado de Medicina Familiar de la PUCE como co-investigadores. El cuaderno de recogida de datos es igual para los cinco trabajos finales de titulación, anidados en el proyecto.

Los datos obtenidos se usarán específicamente para esta investigación respetándose la autonomía de las personas que participen en el estudio.

Se respetarán los tratados y acuerdos internacionales, se usará el consentimiento informado.

Se respetará la privacidad de las personas encuestadas, con una estricta confidencialidad. Los datos se registrarán con un código de sustitución de los identificadores y se creará una lista que conectará el código y el identificador por un cierto periodo de tiempo.

El presente proyecto no acarrea beneficios de índole individual, más bien, pretende identificar factores determinantes de lactancia materna, útiles para la identificación temprana de mujeres en riesgo de abandono de esta práctica, de utilidad colectiva y social. Además, por tratarse de recolección de información de manejo confidencial y ya que NO se procederá con la toma de muestras biológicas, no implica riesgos de ninguna índole para las participantes.

En caso de que se encuentra a una puérpera en situación de vulnerabilidad, tales como aquellas con depresión, ansiedad, riesgo social, comorbilidades, entre otras posibilidades, se actuará de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud Pública y del Modelo de Atención Integral de Salud.

3.1.8 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

RECURSOS HUMANOS

- Investigadores.
- Personal de la estadística de los centros de salud
- Madres lactantes objeto de estudio.

RECURSOS ECONÓMICOS

• Materiales de oficina.	$ 100
• Movilización.	$ 100
• Refrigerios	$ 50
• **PRESUPUESTO:**	**$ 250**

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Evaluación de las características sociodemográficas, conocimiento sobre lactancia materna, educación y control prenatal

El estudio seleccionó 400 madres, de las cuales dieron su consentimiento para ser entrevistadas, con una tasa de respuesta del 100%. En la tabla 1, se presentan estadísticas descriptivas de las características sociodemográficas de la población estudiada. En particular, la edad promedio fue de 23, con un rango de 15 a 39 años. En total, un poco más de la mitad de las mujeres (62%) habían solicitado que le realicen cesárea y el 60.3% tuvo parto vaginal eutócico. Casi el 20.7% realizaron su parto en los centros de salud. El nivel de escolaridad de los participantes fue educación media (59.8%), seguido del nivel básico (21.8%). Entre las participantes, el 93.5% fueron mestizo, un dato peculiar que el 72% de ellas fueron de unión libre, y el 85% no tienen un empleo. Además, casi todas no pasan con el neonato (91.8%) y una parte (10%) de las mujeres habían tenido tiempo de permiso de lactancia. En cuanto al estrato socioeconómico mantuvo una media de 28 con rango de 23 a 33.

Observamos que el 71.5% de las mujeres acudieron al control prenatal y solo con una media de 2, mantuvieron asesorías prenatales. Casi el 79% fue educado sobre los beneficios de la lactancia por los profesionales de la salud. Alrededor del 84% de las madres no asistieron a clases sobre el uso exclusivo de alimentación a los recién nacidos (LME). Las respuestas correctas que contribuyeron al nivel de conocimiento

sobre LME y el contenido de la leche materna y los sucedáneos, correspondieron a valores promedios de 83.8% y 70.8% respectivamente.

Tabla N° 1.- Características sociodemográficas, conocimiento sobre lactancia materna, educación y control prenatal

	Total pacientes
	n=400
Control prenatal oportuno, n (%)	286 (71.5%)
Inasistencia clases de asesoría prenatal, n (%)	336 (84%)
Solicitud cesárea: no, n (%)	248 (62%)
Parto normal, n (%)	241 (60.3%)
Educación prenatal, n (min a max)	400 (0 a 10)
Edad materna (años), m (SD)	23 (5)
Etnia: mestizo, n (%)	374 (93.5%)
Etnia: blanca, n (%)	1 (0.25%)
Etnia: montubia, n (%)	24 (6%)
Etnia: afroecuatoriana, n (%)	1 (0.25%)
No trabaja, n (%)	340 (85%)
Educación media, n (%)	239 (59.8%)
No vivir con el neonato, n (%)	367 (91.8%)
Permiso por lactancia: >10 horas, n (%)	13 (3.3%)
Estrato socioeconómico, mediana (P25 a P75)	28 (23 to 33)
Conoce sucedáneos, n (%)	283 (70.8%)
Asesoría lactancia, n (%)	301 (79%)
Contenido lactancia, n (%)	335 (83.8%)
Asesorías: número, mediana P50 (P25 a P75)	2 (1 to 3)

m = media; SD = desviación estándar; P25 = percentil 25; P75 = percentil 75;

Fuente: Elaboración propia.

Autores: Loor W., Vinces J.

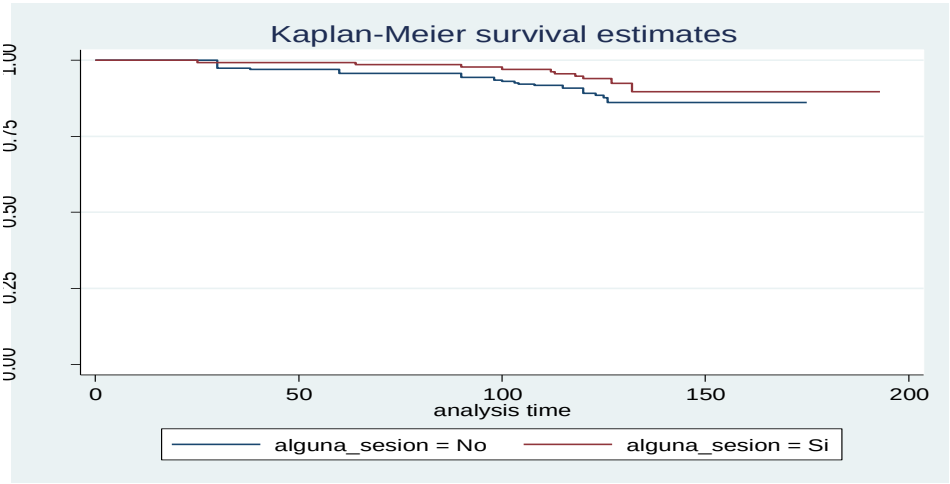
4.1.2 Asociación entre las características sociodemográficas, conocimiento, educación, control prenatal y lactancia materna

La Tabla 2, proporciona información sobre las asociaciones entre las características sociodemográficas, grado de conocimiento, educación y control prenatal en relación con la lactancia materna. En general, las mujeres mayores de 23 años tuvieron poca probabilidad significativa (p – valor 0.98) de continuar la lactancia materna exclusiva en los recién nacidos. Una proporción significativamente mayor de madres mestizas mantienen la lactancia materna, mientras que las mujeres montubias tenían más probabilidades de dejar la LME a los cinco meses **(p<0.05).**

El logro educativo más alto se asoció significativamente con el inicio y la continuación de la lactancia materna a los cinco meses de edad. Es decir, las madres con educación media, que tuvieron más de 4 consultas prenatales y que informaron haber recibido orientación sobre la lactancia materna prenatal, mantienen la LME, obtuvieron mejores calificaciones en la prueba de conocimiento. No hubo diferencias en cuanto al estado civil, vivir con el neonato, permiso por lactancia y el estrato socioeconómico entre el grupo que interrumpió la lactancia materna temprana y el grupo que amamantó durante más de 5 meses **(p>0.05).**

La orientación recibida en forma ambulatoria no se relacionó con el nivel de conocimiento de la madre sobre la lactancia materna. Esto, a su vez, no fue diferente entre el grupo que dejó de amamantar temprano y el grupo que lo mantuvo más allá del quinto mes. Sin embargo, el 93.8 por ciento de las mujeres que asistieron a clases (Figura 1), mantienen la LME (p<0.05).

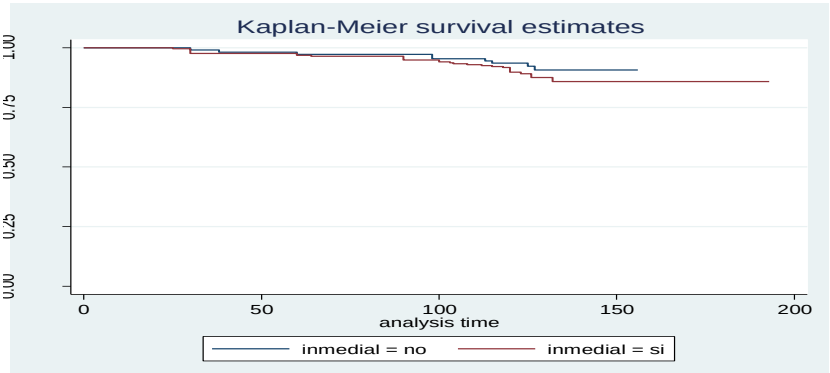
Figura 1.- Relación entre la asistencia a clases y la lactancia materna



Fuente: Elaboración propia.
Autores: Loor W., Vinces J.

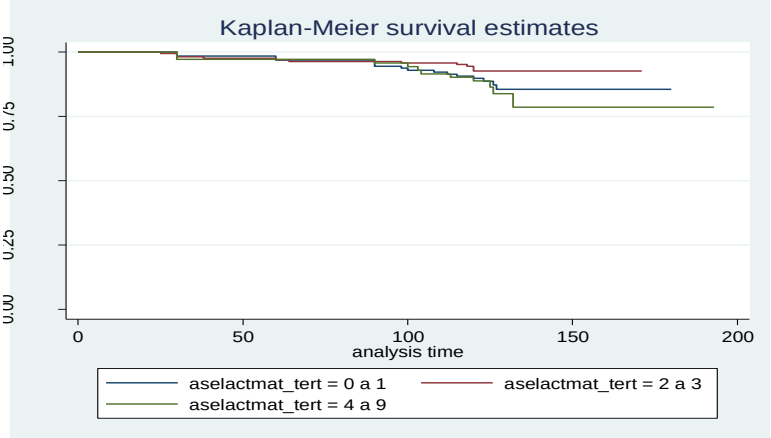
Las respuestas correctas que contribuyeron al nivel de conocimiento sobre LME se presentan en la Tabla 2 y en el gráfico en la Figura 2. Observamos que el 85,8% de las madres informaron que conocen el contenido de la leche materna sobre la LME, es decir, que conocer sobre la lactancia materna parece tener el mayor impacto en el inicio y mantenimiento en los bebes ($p<0.05$). A su vez, las madres que tenían asesorías (Figura 3) se relacionó significativamente con el apego a la LME ($p<0.05$).

Figura 2.- Relación entre conocimiento sobre sucedáneos y la lactancia materna



Fuente: Elaboración propia.
Autores: Loor W., Vinces J.

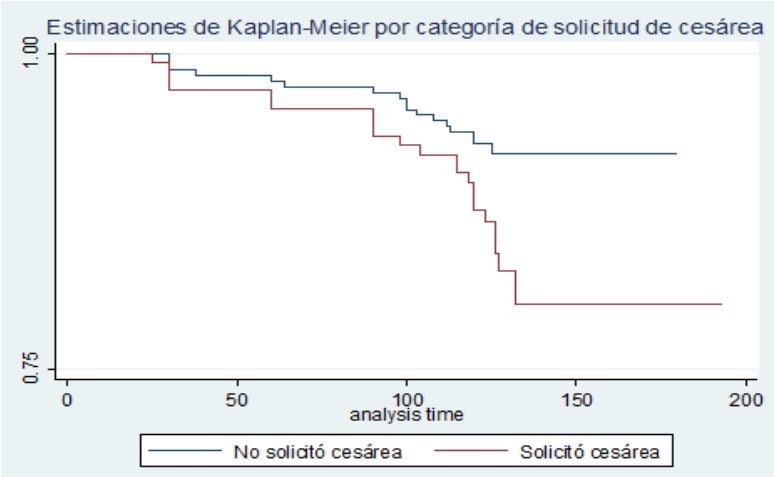
Figura 3.- Relación entre el número de asesorías y la lactancia materna



Fuente: Elaboración propia.
Autores: Loor W., Vinces J.

En la figura 4 se aprecian las curvas de mantenimiento en LME por categorías de solicitud de cesárea, en donde se ve que aquellas mujeres que solicitaron cesárea interrumpieron más prematuramente la práctica de LME en comparación a las que no lo hicieron (p-valor del log rank test = 0.01)

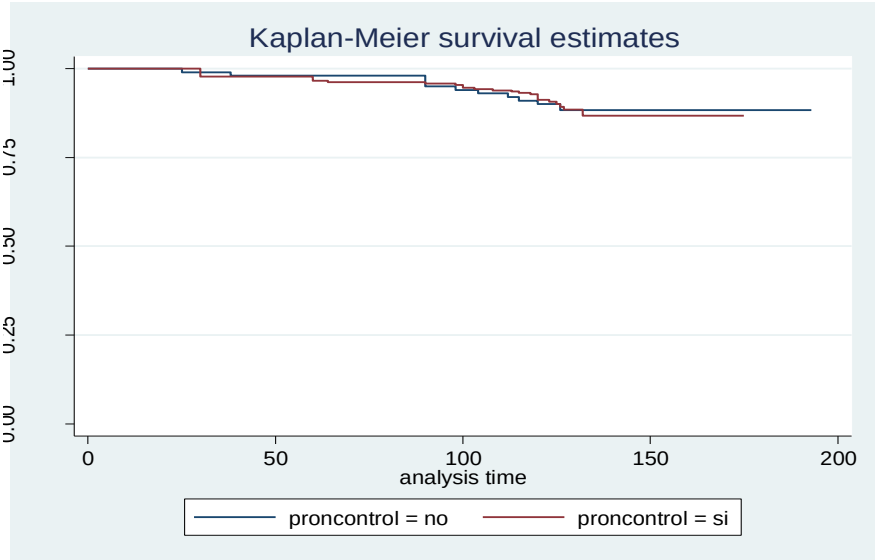
Figura 4.- Asociación entre la solicitud de cesárea y la lactancia materna



Fuente: Elaboración propia.
Autores: Loor W., Vinces J.

La distribución de controles prenatales de las madres (Figura 5), muestra que la mayoría de las madres (71,9%) no alcanzaron los controles necesarios, es decir, el puntaje promedio fue de 2, con un rango de 1 a 3, tuvieron probabilidad de mantener la lactancia materna en los bebes, sin embargo, no representó significancia estadística (p>0.05).

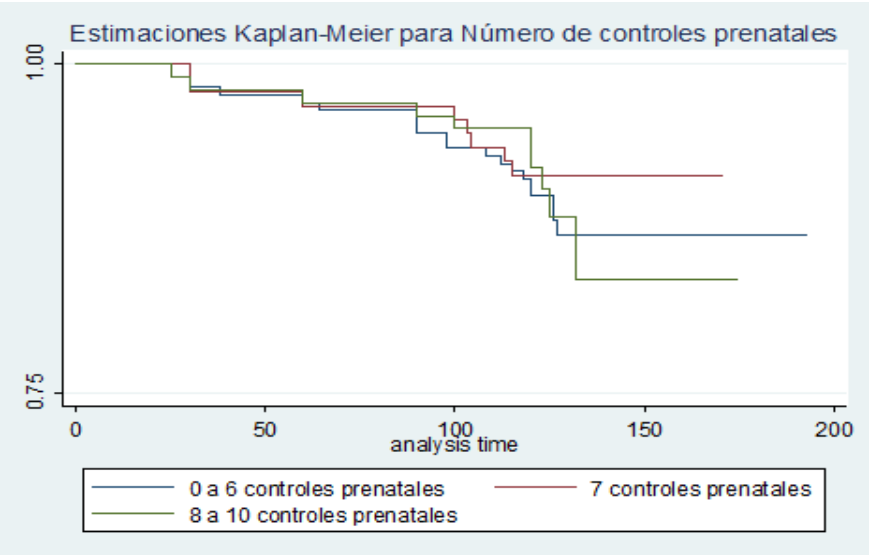
Figura 5.- Relación entre control prenatal y la lactancia materna



Fuente: Elaboración propia.
Autores: Loor W., Vinces J.

En la figura 6, se aprecian las estimaciones de mantenimiento de lactancia materna por número de controles prenatales. No hubo diferencias significativas en el mantenimiento de dicha práctica (p-valor del Log Rank Test >0.05

Figura 6.- Relación entre número de controles y LME



Fuente: Elaboración propia.
Autores: Loor W., Vinces J.

Hubo un mayor porcentaje de mujeres que, durante su embarazo, asistieron a alguna clase de asesoría en lactancia materna entre aquellas que mantuvieron la lactancia hasta los cinco meses versus aquellas que no (93.8% vs. 82.7%), lo cual no fue estadísticamente significativo, pero muy cercano a ello (p-valor =0.05).

Tabla N° 2.- Relación entre las características sociodemográficas, grado de conocimiento, educación, control prenatal y lactancia materna

Características	Dejar lactancia antes de los cinco meses		
	Si	No	p-valor
Influencias socieconómicas			
Edad materna (años), m (SD)	23.5 (19 a 28)	23 (19 a 27.5)	0.98
Etnia: mestizo, n (%)	41 (85.4%)	333 (94.6%)	**0.001**
Solicitud cesarea: no, n (%)	20 (41.7%)	228 (64.8%)	**0.01**
Unión libre, n (%)	33 (68.8%)	255 (72.4%)	0.38
Educación media, n (%)	28 (58.3%)	211 (59.9%)	**0.04**
No vivir con el neonato, n (%)	42 (87.5%)	325 (92.3%)	0.10
Permiso por lactancia: >10 horas, n (%)	1 (2.1%)	12 (3.4%)	0.08
Estrato socioeconómico, quintil (22 a 26), n (%)	16 (33.3%)	76 (21.6%)	0.11
Educación prenatal			
Educación prenatal: alguna sesión (no)	221 (62.8%)	36 (75%)	0.09
Asistencia clases, n (%)	291 (82.7%)	45 (93.8%)	0.05
Grado de conocimiento			
Conoce sucedáneos, n (%)	36 (75%)	247 (70.2%)	0.49
Contenido lactancia: si, n (%)	33 (12.5%)	302 (85.8%)	**0.01**
Asesoría lactancia: si, n (%)	32 (74.4%)	269 (79.6%)	0.43
Asesorías: número (2 a 3), n (%)	12 (25%)	165 (46.9%)	**0.006**
Control prenatal			
Control prenatal: si, n (%)	33 (68.8%)	253 (71.9%)	0.65

Fuente: Elaboración propia.
Autores: Loor W., Vinces J.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Hallazgos principales

- La falta de educación prenatal o asistencia a clases de asesoría en lactancia materna también se asociaron a una prematura suspensión de la lactancia materna exclusiva.
- Los pacientes que solicitaron cesárea tuvieron una interrupción prematura de lactancia materna en comparación a las que no se les realizó el procedimiento quirúrgico.
- La etnia montubia también estuvo predispuesta a una suspensión prematura de la lactancia, lo que corrobora los hallazgos de ENSANUT 2012.
- No hubo diferencias significativas en la descontinuación de la lactancia entre aquellas que asistieron a más sesiones de asesoría, sin embargo, se aprecia una tendencia hacia un mayor tiempo en lactancia cuando asistieron a clases de asesoría en lactancia en comparación a aquellas que nunca asistieron

Comparación y contraste con otros estudios/tesis/artículos publicaciones

Las características sociodemográficas como vivir en una población urbano marginal, nivel educativo bajo, la etnia mestiza, la asistencia clases de asesoría de lactancia materna son determinantes para la duración de la LME. Resultados comparables con los presentados por Habibi et al, mediante la evaluación de la asociación entre el conocimiento de la lactancia materna y las características socioeconómicas y demográficas de la madre, y determinar cualquier impacto en el estado nutricional del

niño, por lo tanto concluyeron, que el nivel educativo tiene un impacto positivo en el conocimiento, las actitudes y las prácticas de apoyo de la lactancia materna exclusiva (Habibi et al., 2018).

La revisión sistemática realizada por Kavle et al, tuvo como finalidad determinar las barreras para la lactancia materna exclusiva en veinticinco países de ingresos bajos y medios y discutir las implicaciones para los programas, ante la cual determinaron que existe una asociación negativa entre el empleo materno y las prácticas de LME. Además, reportaron que la cesárea puede impedir la LME en los neonatos. El inicio temprano de la lactancia materna predispone a una alta probabilidad de practicar LME. El asesoramiento sobre LME y la presencia de apoyo familiar y/o comunitario han demostrado mejoras en LME (Kavle, LaCroix, Dau, & Engmann, 2017).

Mediante un estudio descriptivo transversal y longitudinal, Economou et al, evaluaron la prevalencia y los determinantes sociodemográficos de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva en Chipre hasta el sexto mes. Por lo tanto, mostraron los siguientes resultados que las madres con mayor nivel educativo o mayores ingresos familiares tenían más probabilidades de amamantar hasta el sexto mes. Además del gradiente social, el tipo de parto fue el determinante más fuerte de la iniciación, exclusividad y continuación de la LME. Es decir que las madres que dieron parto por vía vaginal tuvieron tres o cuatro veces más probabilidades de iniciar LME (Economou et al., 2018).

En Bangladesh, Yu et al, evaluaron las relaciones entre la intención, las actitudes, la autoeficacia y el conocimiento de la lactancia materna a los 7 meses de gestación con la lactancia materna exclusiva o completa a los 3 meses después del parto. Revelaron

que la intención y conocimiento prenatal de la leche materna se asoció a la LME, y sugieren la importancia de la asesoría prenatal para mejorar los comportamientos de alimentación infantil (Yu et al., 2015).

El matrimonio precoz de los padres, nivel de educación bajo, hijo varón, religión cristiana, madre trabajadora, menor número de visitas prenatales, parto quirúrgico, inicio tardío de la lactancia materna, falta de calostro, falta de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y la mala orientación de la madre con respecto a la LME fueron identificados como barreras a la LME en una población rural de la India (Bhanderi, Pandya, & Sharma, 2019).

Los resultados mostrados por Khan et al, demostraron que el asesoramiento sobre lactancia materna aumentó la duración de la lactancia materna exclusiva en 60 días, además, que el número relativamente limitado de ocho sesiones de asesoramiento con consejeros capacitados desde el embarazo hasta la primera parte de la infancia aumentó la LME en dos meses (Khan et al., 2017).

Las madres con niveles educativos más altos y experiencia previa en lactancia materna positiva tuvieron una mayor duración de la lactancia materna exclusiva. Los factores negativos para la lactancia fueron los siguientes: edad materna avanzada, etnia italiana, sensación de reducción de la producción de leche y tener gemelos. Fueron los resultados presentados por Crippa et al, en la cual concluyeron que los recién nacidos prematuros tardíos tuvieron una baja tasa de iniciación de la lactancia materna y la interrupción temprana de la lactancia materna a los 40 y 90 días de vida (Crippa et al., 2019).

Implicaciones para la práctica clínica

La lactancia materna exclusiva (LME) es una forma ideal de lograr un crecimiento y desarrollo óptimo del niño. Debido a una cantidad adecuada de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y otros ingredientes bioactivos en la leche materna, la LME mejora el desarrollo del cerebro del niño, su inteligencia y la capacidad de aprender. Además, una duración prolongada de la LME protege contra el riesgo de enfermedades no transmisibles, como el asma y otras infecciones respiratorias relacionadas con la alergia, las enfermedades celíacas, la dermatitis atópica y la diabetes mellitus. Por ende, proporciona beneficios emocionales y psicológicos al intensificar el vínculo madre-hijo.

Las prácticas de lactancia materna, incluido el inicio y la duración, están influenciadas por múltiples factores entrelazados. Para lograr los beneficios de la lactancia materna exclusiva, se debe poner más énfasis en transmitir el conocimiento a las mujeres sobre la práctica de la LME. La intención prenatal de la madre de amamantar es un predictor consistentemente fuerte de las decisiones de iniciar y mantener la LME. Además de las expectativas normativas, las experiencias personales y las redes de apoyo tienen influencia en las formas y la calidad de las prácticas de lactancia materna.

Por lo tanto, es de mucha importancia clínica que si las mujeres embarazadas o las madres, reciben educación continua y asesoramiento adecuado sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, es más probable que practiquen y mantengan la LME en sus hijos. Es decir, las mujeres que reciben educación formal tienen más probabilidades de buscar atención médica, estar mejor informadas sobre los requisitos nutricionales de sus hijos y adoptar mejores prácticas saludables.

Implicaciones para la práctica de la salud pública

Aunque ahora se acepta que la LME es enormemente importante para la salud y el estado nutricional de los bebés. La lactancia materna es esencial para la salud y la calidad de vida de los bebés, y presenta ventajas para los recién nacidos y los demás sujetos involucrados en esta práctica. Las intervenciones para promover la lactancia materna son más exitosas cuando adoptan un enfoque multidimensional complejo, dirigido a una amplia gama de dominios, incluido el entorno político, las actitudes y normas sociales entre las madres y su comunidad en general, y los servicios de atención de salud de apoyo.

Nuestro estudio corrobora la necesidad de implementar la normativa de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño- ESAMyN (MSP, 2018), a fin de propender a una apropiada práctica de atención del parto y perinatal que favorezca la adopción inmediata de la lactancia materna en el 100% de usuarias. Esta estrategia ha demostrado efectividad en varios estudios, como el realizado en el Hospital Calderón de la ciudad de Quito, que implementó el ESAMyN, con una respuesta del 93% de aceptación en relación con la LME. (Calero & del Cisne, 2018), Además el estudio en el Hospital Pablo Arturo Suarez en el año 2018, analizó la aplicabilidad de los componentes de la normativa, en la cual concluyeron que en las instituciones no se cumplen a cabalidad (Larenas Flores & Monar Verdezoto, 2019).

Debilidades

No se dedicó suficiente tiempo de aumentar la capacitación de LME durante las visitas postnatales para las madres. Además, la información obtenida se basó en el

autoinforme de las mujeres, no obstante, pueden reportar en exceso la práctica de LME debido al sesgo de deseabilidad social y, por lo tanto, la prevalencia observada de LME puede ser sobrestimada. Se superó estas debilidades con la confianza y las continuas visitas que se realizó a las madres lactantes.

Fortalezas

La principal fortaleza de este trabajo final de titulación es el diseño longitudinal prospectivo con muestra grande – al primero a nivel nacional- en donde podemos establecer inferencias a nivel regional – población urbano marginal de la provincia de Manabí- y que permite esbozar hipótesis para futuras investigaciones, así como para una mejor toma de decisiones en el ámbito de la aplicación de intervenciones (políticas, planes y programas de salud pública).

En primer lugar, las redes sociales y la tecnología son un fenómeno relativamente fuerte. Como tal, la cantidad de literatura local sobre mi tema es escasa. Esto hace que el trabajo de titulación destaque más y se vuelva más original en comparación con otros temas. Además, por ser un estudio longitudinal prospectivo con una muestra consecutiva numerosa para estudios locales.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- La educación prenatal es eficaz para aumentar el inicio y mantenimiento de la LME. Es decir, que, si las mujeres embarazadas o las madres reciben educación y asesoramiento adecuado sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, es más probable que practiquen LME que sus pares que no reciben asesoramiento.

RECOMENDACIONES

Se debe establecer un estudio prospectivo, con una muestra mucho más grande, así poder evaluar los efectos de la intervención educativa de apoyo LME para mejorar los resultados de la lactancia materna, educación y apoyo especialmente a madres embarazadas, y obtener resultados en una perspectiva más amplia y así fortalecer las intervenciones de lactancia materna en todo el país.

Se debe enfatizar la educación sobre la lactancia materna en cada visita prenatal para puedan aprender las mejores técnicas y beneficios de la lactancia materna, considerar la importancia de variables como la promoción y protección de la LME en esta población vulnerable, ofreciendo así a las madres un apoyo personalizado.

Se debe proporcionar orientación anticipada sobre la lactancia materna exclusiva a las mujeres que consideren una cesárea planificada. Además, se debe proveer apoyo adicional a las mujeres lactantes con cesáreas de emergencia, dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento y durante el período posparto temprano.

Fortalecer el plan de la Iniciativa del Hospital Amigo de los Niños y las estrategias de Alimentación de Bebés y Niños Pequeños en todo el país. Programas de educación y apoyo de LME basados en la comunidad donde sea posible para difundir la conciencia y el conocimiento de LME y abordar los mitos observados en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adam, M., Tomlinson, M., Le Roux, I., LeFevre, A. E., McMahon, S. A., Johnston, J., … Bärnighausen, T. (2019). The Philani MOVIE study: A cluster-randomized controlled trial of a mobile video entertainment-education intervention to promote exclusive breastfeeding in South Africa. *BMC Health Services Research*, *19*. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4000-x

Adugna, B., Tadele, H., Reta, F., & Berhan, Y. (2017). Determinants of exclusive breastfeeding in infants less than six months of age in Hawassa, an urban setting, Ethiopia. *International Breastfeeding Journal*, *12*. https://doi.org/10.1186/s13006-017-0137-6

Al-Ateeq, M. A., & Al-Rusaiess, A. A. (2015). Health education during antenatal care: The need for more. *International Journal of Women's Health*, *7*, 239-242. https://doi.org/10.2147/IJWH.S75164

Alebel, A., Tesma, C., Temesgen, B., Ferede, A., & Kibret, G. D. (2018). Exclusive breastfeeding practice in Ethiopia and its association with antenatal care and institutional delivery: A systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal*, *13*. https://doi.org/10.1186/s13006-018-0173-x

Bazzano, A. N., Kaji, A., Felker-Kantor, E., Saldanha, L., & Mason, J. (2016). Family experiences of infant and young child feeding in lower-income countries: Protocol for a systematic review of qualitative studies. *Systematic Reviews*, *5*(1), 109. https://doi.org/10.1186/s13643-016-0292-7

Benítez Mesa, M., Dunia Dahdah, M., & Rodríguez Morales, A. 2011., & Castellano., E. del M. de E. S. G.-M. (s. f.). *GRAFFAR.pdf*.

Bhanderi, D. J., Pandya, Y. P., & Sharma, D. B. (2019). Barriers to exclusive breastfeeding in rural community of central Gujarat, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *8*(1), 54-61. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_329_18

Biks, G. A., Tariku, A., & Tessema, G. A. (2015). Effects of antenatal care and institutional delivery on exclusive breastfeeding practice in northwest Ethiopia: A nested case–control study. *International Breastfeeding Journal*, *10*(1), 30. https://doi.org/10.1186/s13006-015-0055-4

Boccolini, C. S., de Carvalho, M. L., & de Oliveira, M. I. C. (2015). Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. *Revista de Saúde Pública*, *49*. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971

Buccini, G. dos S., Pérez-Escamilla, R., & Venancio, S. I. (2016). Uso de chupetes y lactancia materna exclusiva en Brasil. *Journal of Human Lactation*, *32*(3), NP52-NP60. https://doi.org/10.1177/0890334415609611

Cai, X., Wardlaw, T., & Brown, D. W. (2014). Global trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, *7*(1), 12. https://doi.org/10.1186/1746-4358-7-12

Calero, L., & del Cisne, Y. (2018). *Cumplimiento de los indicadores del ESAMYN (Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño) para una lactancia exitosa en el Hospital General Docente de Calderón en el periodo del enero 2017 enero 2018* (B.S. thesis). Quito: UCE.

CARTER, E. B., TUULI, M. G., CAUGHEY, A. B., ODIBO, A. O., MACONES, G. A., & CAHILL, A. G. (2016). Number of prenatal visits and pregnancy

outcomes in low-risk women. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, *36*(3), 178-181. https://doi.org/10.1038/jp.2015.183

Crippa, B. L., Colombo, L., Morniroli, D., Consonni, D., Bettinelli, M. E., Spreafico, I., … Mosca, F. (2019). Do a Few Weeks Matter? Late Preterm Infants and Breastfeeding Issues. *Nutrients*, *11*(2). https://doi.org/10.3390/nu11020312

Dudley,1, W. N., Wickham,2, R., & COOMBS,3, N. (2016). An Introduction to Survival Statistics: Kaplan-Meier Analysis. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, *7*(1), 91-100.

Economou, M., Kolokotroni, O., Paphiti-Demetriou, I., Kouta, C., Lambrinou, E., Hadjigeorgiou, E., … Middleton, N. (2018). Prevalence of breast-feeding and exclusive breast-feeding at 48 h after birth and up to the sixth month in Cyprus: The BrEaST start in life project. *Public Health Nutrition*, *21*(5), 967-980. https://doi.org/10.1017/S1368980017003214

Forster, D. A., McLardie-Hore, F. E., McLachlan, H. L., Davey, M.-A., Grimes, H. A., Dennis, C.-L., … Amir, L. H. (2019). Proactive Peer (Mother-to-Mother) Breastfeeding Support by Telephone (Ringing up About Breastfeeding Early [RUBY]): A Multicentre, Unblinded, Randomised Controlled Trial. *EClinicalMedicine*, *8*, 20-28. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.02.003

Grunauer, M., Schrock, D., Fabara, E., Jimenez, G., Miller, A., Lai, Z., … McInnis, M. G. (2014). Tablet-Based Screening of Depressive Symptoms in Quito, Ecuador: Efficiency in Primary Care. *International Journal of Family Medicine*, *2014*, 1-7. https://doi.org/10.1155/2014/845397

Guartatanga Hurtado, A. A. (2017). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en pacientes que asistieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí en el primer semestre del 2016*.

Habibi, M., Laamiri, F. Z., Aguenaou, H., Doukkali, L., Mrabet, M., & Barkat, A. (2018). The impact of maternal socio-demographic characteristics on breastfeeding knowledge and practices: An experience from Casablanca, Morocco. *International Journal of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *5*(2), 39-48. https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2018.01.003

Hansen, E., Tesch, L., & Ayton, J. (2018). 'They're born to get breastfed'- how fathers view breastfeeding: A mixed method study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*. https://doi.org/10.1186/s12884-018-1827-9

Hossain, M., Islam, A., Kamarul, T., & Hossain, G. (2018). Exclusive breastfeeding practice during first six months of an infant's life in Bangladesh: A country based cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, *18*. https://doi.org/10.1186/s12887-018-1076-0

Hunegnaw, M. T., Gezie, L. D., & Teferra, A. S. (2017). Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Gozamin district, northwest Ethiopia: A community based cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, *12*(1), 30. https://doi.org/10.1186/s13006-017-0121-1

Hussein, T. H., Mgongo, M., Uriyo, J. G., Damian, D. J., Stray-Pedersen, B., Msuya, S. E., & Wandel, M. (2019). Exclusive Breastfeeding Rates and Factors Associated with Exclusive Breastfeeding Practices in Northern Tanzania: Measurement using Two Different Methodologies—24 Hours Recall and

Recall Since Birth. *International Journal of MCH and AIDS*, *8*(1), 32-43. https://doi.org/10.21106/ijma.258

Jaramillo Paredes, D. del P. (2015). *Relación entre la lactancia materna exclusiva (LME) y la aparición de infecciones diarreicas agudas en los niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la Unidad Metropolitana de Salud Sur (UMSS) en el año 2015* (B.S. thesis). Quito, 2015.

Jara-Palacios, M. Á., Cornejo, A. C., Peláez, G. A., Verdesoto, J., & Galvis, A. A. (2015). Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding among adolescent mothers from Quito, Ecuador: A cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, *10*. https://doi.org/10.1186/s13006-015-0058-1

Jedrychowski, W., Perera, F., Jankowski, J., Butscher, M., Mroz, E., Flak, E., … Sowa, A. (2014). EFFECT OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING ON THE DEVELOPMENT OF CHILDREN'S COGNITIVE FUNCTION IN THE KRAKOW PROSPECTIVE BIRTH COHORT STUDY. *European journal of pediatrics*, *171*(1), 151-158. https://doi.org/10.1007/s00431-011-1507-5

Joshi, P. C., Angdembe, M. R., Das, S. K., Ahmed, S., Faruque, A. S. G., & Ahmed, T. (2014). Prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in rural Bangladesh: A cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, *9*, 7. https://doi.org/10.1186/1746-4358-9-7

Kair, L. R., & Colaizy, T. T. (2016). Association Between In-Hospital Pacifier Use and Breastfeeding Continuation and Exclusivity: Neonatal Intensive Care Unit

Admission as a Possible Effect Modifier. *Breastfeeding Medicine, 12*(1), 12-19. https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0137

Kavle, J. A., LaCroix, E., Dau, H., & Engmann, C. (2017). Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low- and middle-income countries: A systematic review and programmatic implications. *Public Health Nutrition, 20*(17), 3120-3134. https://doi.org/10.1017/S1368980017002531

Khan, A. I., Kabir, I., Eneroth, H., El Arifeen, S., Ekström, E., Frongillo, E. A., & Persson, L. Å. (2017). Effect of a randomised exclusive breastfeeding counselling intervention nested into the MINIMat prenatal nutrition trial in Bangladesh. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992), 106*(1), 49-54. https://doi.org/10.1111/apa.13601

Kim, S. K., Park, S., Oh, J., Kim, J., & Ahn, S. (2018). Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies, 80,* 94-105. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004

Kimani-Murage, E. W., Griffiths, P. L., Wekesah, F. M., Wanjohi, M., Muhia, N., Muriuki, P., … Madise, N. J. (2017). Effectiveness of home-based nutritional counselling and support on exclusive breastfeeding in urban poor settings in Nairobi: A cluster randomized controlled trial. *Globalization and Health, 13*. https://doi.org/10.1186/s12992-017-0314-9

Lamberti, L. M., Zakarija-Grković, I., Fischer Walker, C. L., Theodoratou, E., Nair, H., Campbell, H., & Black, R. E. (2014). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic

literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *13*(Suppl 3), S18. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S18

Larenas Flores, V. J., & Monar Verdezoto, M. V. (2019). *Aplicabilidad de los componentes del programa "Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño (Esamyn) en el Hospital Hablo Arturo Suárez, Quito, Periodo 2018* (PhD Thesis). Universidad de Guayaquil-Ciencias Médicas-Carrera de Enfermería.

Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M., Ho, J., & Hakimi, M. (2015). Educación prenatal en lactancia materna para aumentar su duración. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*.

Lumbiganon, Pisake, Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J., & Hakimi, M. (2016). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *12*, CD006425. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006425.pub4

Machado, M. C. M., Assis, K. F., Oliveira, F. de C. C., Ribeiro, A. Q., Araújo, R. M. A., Cury, A. F., … Franceschini, S. do C. C. (2014). Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: Psychosocial factors. *Revista de Saúde Pública*, *48*(6), 985-994. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005340

Maharlouei, N., Pourhaghighi, A., Raeisi Shahraki, H., Zohoori, D., & Lankarani, K. B. (2018). Factors Affecting Exclusive Breastfeeding, Using Adaptive LASSO Regression. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *6*(3), 260-271.

Maonga, A. R., Mahande, M. J., Damian, D. J., & Msuya, S. E. (2016). Factors Affecting Exclusive Breastfeeding among Women in Muheza District Tanga

Northeastern Tanzania: A Mixed Method Community Based Study. *Maternal and Child Health Journal*, *20*, 77-87. https://doi.org/10.1007/s10995-015-1805-z

Martínez-Galán, P., Martín-Gallardo, E., Macarro-Ruiz, D., Martínez-Martín, E., & Manrique-Tejedor, J. (2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, *14*(1), 54-66. https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005

McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., … MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2*, CD001141. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5

Ministerio de salud pública. (s. f.). *Clasificacion De Riesgo Obstetrico*. 4.

MSP. (2018). Normativa de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN – Ministerio de Salud Pública. Recuperado 9 de agosto de 2019, de https://www.salud.gob.ec/normativa-de-establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/

Munn, A. C., Newman, S. D., Mueller, M., Phillips, S. M., & Taylor, S. N. (2016). The Impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Infant Health and Breastfeeding Outcomes. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, *11*, 222-230. https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0135

Nukpezah, R. N., Nuvor, S. V., & Ninnoni, J. (2018). Knowledge and practice of exclusive breastfeeding among mothers in the tamale metropolis of Ghana. *Reproductive Health, 15*. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0579-3

Nuzhat, S., Islam, R., Ahmed, T., Sarker, S. A., Khan, A. I., Purkayastha, S., & Chisti, M. J. (2019). Impact of Routine Counseling on Breastfeeding Status in Hospitalized Infants Below 6 Months: Observation From a Large Diarrheal Disease Hospital in Bangladesh. *Global Pediatric Health*, *6*. https://doi.org/10.1177/2333794X19854942

Ogbo, F. A., Nguyen, H., Naz, S., Agho, K. E., & Page, A. (2018). The association between infant and young child feeding practices and diarrhoea in Tanzanian children. *Tropical Medicine and Health*, *46*. https://doi.org/10.1186/s41182-018-0084-y

Patel, S., & Patel, S. (2016). The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. *Journal of Human Lactation*, *32*(3), 530-541. https://doi.org/10.1177/0890334415618668

Peregrino, A. B., Watt, R. G., Heilmann, A., & Jivraj, S. (2018). Breastfeeding practices in the United Kingdom: Is the neighbourhood context important? *Maternal & Child Nutrition*, *14*(4), e12626. https://doi.org/10.1111/mcn.12626

Pérez Arroba, T. A. (2017). *Factores asociados al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva en madres lactantes del centro de salud número 1 del centro histórico de Quito y su relación con el estado nutricional del lactante* (B.S. thesis). PUCE.

Pérez-Escamilla, R., Martinez, J. L., & Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, *12*(3), 402-417. https://doi.org/10.1111/mcn.12294

Ramón Duchi, M. S., & Rocano Guamán, E. E. (2018). *Lactancia materna ineficaz influenciada por factores psicosociales en madres "] Centro de Salud Tarqui". Cuenca 2017* (B.S. thesis).

Schafer, E. J., Campo, S., Colaizy, T. T., Mulder, P. J., Breheny, P., & Ashida, S. (2017). First-time mothers' breast-feeding maintenance: Role of experiences and changes in maternal perceptions. *Public Health Nutrition*, *20*(17), 3099-3108. https://doi.org/10.1017/S136898001700221X

Seid, A. M., Yesuf, M. E., & Koye, D. N. (2015). Prevalence of Exclusive Breastfeeding Practices and associated factors among mothers in Bahir Dar city, Northwest Ethiopia: A community based cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, *8*, 14. https://doi.org/10.1186/1746-4358-8-14

Shakya, P., Kunieda, M. K., Koyama, M., Rai, S. S., Miyaguchi, M., Dhakal, S., … Jimba, M. (2017). Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, *12*(5). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177434

Shi, Y., Wang, D., Yuan, Y., Jiang, Y., Zeng, Q., & Chang, C. (2015). The effect of prenatal education curriculum on mother's prenatal examination utilization, delivery mode and recovery status: A cross-sectional survey in China. *Environmental Health and Preventive Medicine*, *20*(6), 397-403. https://doi.org/10.1007/s12199-015-0480-4

Smith, A., Barr, W. B., Bassett-Novoa, E., & LeFevre, N. (2018). Maternity Care Update: Prenatal Care and Specific Conditions. *FP Essentials*, *467*, 17-24.

Su, L.-L., Chong, Y.-S., Chan, Y.-H., Chan, Y.-S., Fok, D., Tun, K.-T., … Rauff, M. (2017). Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: Randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, *335*(7620), 596. https://doi.org/10.1136/bmj.39279.656343.55

Survey, C., & Maternity Experiences. (2007). *Questionnaire Survey introduction*.

Tariku, A., Alemu, K., Gizaw, Z., Muchie, K. F., Derso, T., Abebe, S. M., … Biks, G. A. (2017). Mothers' education and ANC visit improved exclusive breastfeeding in Dabat Health and Demographic Surveillance System Site, northwest Ethiopia. *PLoS ONE*, *12*(6). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179056

Vural, F., & Vural, B. (2017). The effect of prenatal and postnatal education on exclusive breastfeeding rates. *Minerva Pediatrica*, *69*(1), 22-29. https://doi.org/10.23736/S0026-4946.16.04183-9

Yu, E. A., Thomas, J. S., Owais, A., Tirmizi, N., Faruque, A., Das, S. K., … Stein, A. D. (2015). Maternal prenatal attitudes and postnatal breast-feeding behaviours in rural Bangladesh. *Public Health Nutrition*, *18*(4), 679-685. https://doi.org/10.1017/S1368980014000937

ANEXOS

ANEXO 1.- CRONOGRAMA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Realizar protocolo	X																							
Aprobación por comité de tesis		X																						
Aprobación del tema de tesis			X																					
Recolección de información				X	X	X	X	X																
Entrevistas									X	X	X	X												
Tabulación de resultados													X	X	X									
Análisis de resultados																X	X	X						
Elaboración de conclusiones																			X					
Revisión de tesis																				X	X			
Corrección de tesis																						X		
Aprobación de tesis																							X	
Defensa de tesis																								X

ANEXOS 2

CUADERNILLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VISITA 1

Nombre: Cedula:

Teléfono Convencional Teléfono Celular:

Dirección: Fecha actual:

Email:

Nombre de Variable	Tipo de información	Etiqueta de Variable	Unidades	Valores
EDMAT		¿Cuántos años tiene Ud.?	Fecha: Edad	
EDLACT		Fecha de nacimiento del lactante	Fecha: Edad:	
ETNIA		¿Cómo se auto identifica Ud.?	1) Mestizo 2) Blanco 3) Indígena 4) Montubio 5) Afro ecuatoriano	
SEXLACT		Sexo del lactante	0) Femenino 1) Masculino	
ESTCIV		Estado Civil	0) Soltera 1) Unida 2) Separada 3) Casada 4) Divorciada 5) Viuda	
ESTLAB		Estado Laboral	0)Ocupación plena 1) Desempleado 2) Subempleado	

VISONEO		Vive solo con el neonato	(1) Si (2) No (3)Acompañante occasional	
TISEMPERLAC		Tiempo semanal de permiso de lactancia	(1) 0 - 3 horas (2) 4 - 6 horas (3) 7 - 10 horas (4) > 10 horas (5) No aplica	
TIMALLETRAB		Tiempo de la madre llegar al trabajo	(1) 0 - 15 minutos (2) 16 - 30 minutos (3) 31 - 60 minutos (4)> 60 minutos (5) no aplica	
ESCOLARIDAD		Escolaridad	0) Sin escolaridad 1) Educación básica 2) Educación media 3) Educación superior. 4) Especialidad	
SESO		Seguridad Social	0) Seguro social IESS 1) Seguro social no IESS 2) Ninguno	
ESTRASOC		ESTRATO SOCIOECONOMICO	CUESTIONARIO GRAFFAR	**Ver cuestionario 1** **Colocar Valor:** **_____**
EDUPRENA		Educación Prenatal		**Ver cuestionario 2** **Colocar Valor:** **_____**

INMEDIAL		¿Conoce Ud. alguna marca de sucedáneos de leche materna? ¿Enumere las que conozca?	SI __NO __ Si la respuesta es Si enumérelas: _____	
MECOLACT		¿De acuerdo a los medios de comunicación las propagandas, el internet, y las redes sociales, que tan buena es la lactancia materna para los niños?	0)Muy buena 1)Buena 2)Regular 3)Mala 4)Muy mala 5)No proporciona	
ROCAT		Riesgo obstétrico variable categórica	(0) Sin Riesgo (1) Bajo riesgo (2) alto riesgo (3) Riesgo inminente	**Ver cuestionario 3 Colocar Valor:** **_____**
RONUM		Riesgo Obstétrico Variable Numérica	(0) Sin riesgo (1) Bajo riesgo: 1 al 10 (2) Riesgo Intermedio: 15 al 50 (3) Riesgo Inminente: 55 al 100	**Ver Cuestionario 4 Colocar Valor:** **_____**
ASEAPRE		Asesoría en atención prenatal.	Número de controles prenatales: _____	
TIPAR		Tipo de parto	0) Parto eutócico 1) Parto Distócico. 2) Cesárea Electiva 3) Cesárea de emergencia	
LUPAR		En donde se realizó el parto?	0) Domicilio 1) Centro de Salud 2) Hospital 3) Casa comunal 4) Otros ……..	
PESALNA		¿Cuánto peso su hijo/a al nacer?	Peso al nacer: _____ gr.	

INFECNAT		¿Su hijo presento alguna de esta complicaciones?	0)Infecciones neonatales 1)Malformaciones congénitas 2) Asfixia 3)Desordenes relacionados con la prematurez. 4)Otros 5) no aplica	
QUIPAR		Quien atendió su parto?	0) Partera 1) Familiar 2) Medico 3) Otro Profesional de Salud 4) Otra persona particular	
PRAINPAR		Prácticas integrales del parto	0) Apego Precoz 1) Alojamiento conjunto 2) Ligadura oportuna del cordón. 3) Lactancia materna durante la 1er hora de vida	0) Si __ No__ 1) Si __ No__ 2) Si __ No__ 3) Si __ No__
COFRUSE		¿Cuantas veces Ud. consume frutas en el día o en la semana?	0) 2 a 3 veces al día 1) 1 vez al día 2) 2 -5 días a la semana 3) Una vez por semana 4) 1-3 veces al mes Nunca	
COCASE		¿Cuantas veces Ud. consume carnes en la semana?	0) 2 a 3 veces al día 1) 1 vez al día 2) 2 -5 días a la semana 3) Una vez por semana 4) 1-3 veces al mes Nunca	

COVESE		¿Cuántas veces Ud. consume vegetales en la semana?	0) 2 a 3 veces al día 1) 1 vez al día 2) 2 -5 días a la semana 3) Una vez por semana 4) 1-3 veces al mes Nunca	
ASELACTMAT		Asesoría sobre lactancia materna ¿Cree Ud. que recibió suficiente asesoría sobre lactancia materna? ¿Cree Ud. que los contenidos sobre lactancia materna le han sido útiles? Cuantas sesiones de asesoría recibió.	Si __ No__ No Sabe __ Si__ No__ No Sabe__ Numero de Sesiones: _____	

VISITA 2 (3 meses) **Fecha:**

EDLACT		¿Cuántos meses tiene el/la lactante?		
LACTMAT EX		Lactancia materna exclusiva		**Ver Cuestionario 5** **Colocar Valor:** **____**
LACMAT		Lactancia maternal	•7-8 bajo riesgo de interrumpir lactancia. •5-6 riesgo de problemas durante la lactancia. •≤ 4 riesgo para fracasar en la lactancia	**Ver Cuestionario 6** **Colocar Valor:** **____**

MANLAMA		¿Mantiene la lactancia materna exclusiva hasta la actualidad o hasta antes de los 6 meses de edad del bebe.	(0) Si (1) No	
INTEMLA		Si la respuesta es No, ¿cuándo interrumpió lactancia materna exclusivo?	0) Menos del mes 1) 1 a 3 meses 2) 3 a 6 meses 3) más de 6 meses 4) Nunca.	
DURESTLA		¿Si ya no da de lactar al bebe, en que tiempo luego del parto usted dejo de dar de lactar?	Restar: Fecha de nacimiento _____ Fecha de suspensión de lactancia materna: _____	Resultado: _____
AUTPROLE		La leche que usted produce para dar de lactar usted considera que es:	(0) Muy poca (1) Poca (2) Moderada (3) Suficiente (4) Abundante	**Ver Anexo 7 Observar cartilla de Likert.**
DEPOSPAR		Depresión post parto		**Ver cuestionario 8** **Colocar Valor** **_____**

VISITA 3 (6meses) Fecha:

EDLACT		¿Cuántos meses tiene el/la lactante?		
TIEMLA		Que tiempo lleva usted dando de lactar?	(a) Nunca (b) Fecha de inicio de lactancia: Menos fecha de actual: _____	Resultado:
DURESTLA		¿Si ya no da de lactar al bebe, en que tiempo luego	Restar: Fecha de nacimiento _____	Resultado: _____

		del parto usted dejo de dar de lactar?	Fecha de suspensión de lactancia materna:	

CUESTIONARIOS.

Cuestionario 1:

CUESTIONARIO ESTRATO SOCIO – ECONÓMICO.

MÉTODO GRAFFAR (Benítez Mesa, M., Dunia Dahdah, M., & Rodríguez Morales & Castellano., s. f.).

SECCIÓN II: Característica de la vivienda y servicios

1. Tipo de vivienda

Puntaje		
	Quinta	1
	Apartamento o casa	2
	Anexo de quinta	3
	Casa de barrio	4
	Habitación (de casa o departamento)	5
	Rancho	6

2. Material presente En las paredes, pisos y techo

	Todos de bloques, cemento y/o concreto	0
	Paredes de bloque, piso de cemento y techo de cinc	1
	Paredes de bloque, piso de tierra y techo de cinc	2
	Paredes de adobe o similar, piso de tierra y techo de cinc	3
	Todo de caña, palma, tablas, cinc, tierra o similares	4

3. N. de ambientes de la vivienda (incluidos los destinados a dormir)

4. El agua es suministrada a través de:

	Acueducto	0
	Chorro común	1
	Camión cisterna	2
	Otro	3

Especifique

5. ¿Cada cuánto tiempo recibe el agua?

	Todos los días	0
	Inter diario	1
	Semanalmente	2
	Quincenalmente	3
	Mensualmente	4
	Nunca	5

6. Indique los servicios de su comodidad

Aseo urbano	Alumbrado		6 servicios	0
Espacio de	Barrido de calle		de 4 a a5 servicios	1
recreación	Teléfono publico		De 2 a 3 servicios	2
	Servicio privado de seguridad		De 1 o ningún servicio	4

7. La disposición de la basura se realiza en:

	Camión a domicilio	0
	Conteiner	1
	Aire libre	2
	Quema	4
	Otro:	5

Especifique

0

8. La disposición de excretas es a través de:

	Poceta o cloaca	1
	Poceta o pozo séptico	2
	Letrina	4
	Aire libre	

Sección III: Característica del hogar

9. Número de la familia en la vivienda:

	1
	2
	Más de dos

10. Genero del jefe de familia

	Masculino
	Femenino

11. Profesión

		Puntaje	
	Universitaria, alto comerciante con posiciones gerenciales	1	
	Técnica, mediano comerciante o productor	2	
	Empleado sin profesión universitaria o técnica definida, pequeño comerciante o productor	3	
	Obrero especializado (tractorista, chofer, pintor, albañil)	4	
	Obrero no especializado (buhonero, jornalero, servidor doméstico, etc.	6	

Del jefe de la familia:

Ocupación del jede de familia: _____

12. Nivel de Instrucción

De la madre

	Enseñanza universitaria o su equivalente	1
	Secundaria completa o técnica superior	2
	Secundaria incompleta o técnica inferior	3
	Primaria o alfabeto	4
	Analfabeto	6

13. N. de miembro en el hogar
14. N. de miembros que trabajan
15. N. de hijos
16. Total de ingresos mensual en el hogar

	Bs. $550 o mas	1
	Entre $400 0 550	2
	Entre $250 o $400	3
	Entre $100 o $250	4
	$100 o menos	6

Indicar el monto: _____

17. Fuente de ingreso

	Fortuna heredada o adquirida	1
	Ganancia, beneficio, honorarios profesionales	2
	Sueldo normal	3
	Salario mensual, por día, por tarea, a destajo	4
	Donaciones de origen público o privado	6

18. Gasto mensual en la alimentación $.
19. Tenencia de vivienda

	Propia pagada	
	Propia pagándose	
	Alquilada **monto de alquiler** _____	

20. ¿Cuántos ambientes para dormir tiene su hogar?
21. Servicios y equipos que posee su hogar

	Todos los servicios y equipos	0
	De 7 a 9 servicios y equipos	1
	De 4 a 6 servicios y equipos	2
	De 3 0 menos servicios y equipos	3

Teléfono		Nevera	
Televisor por cable		Lavadora	
Baño		Secadora	
Computadora		Cocina	
internet		Microondas	

Sección IV: Indicador social (solo para ser llenado por el entrevistador)

22. Índice de hacinamiento (N. de miembros en el hogar/ N. de ambientes para dormir)	<3	0
	=3	2
	>3	4
23. Índice de dependencia (N. de miembros en el hogar/ N. de ambientes que trabajan)	<2	0
	Entre 2 y 2,5	2
	>2,5	4

24. Condiciones socioeconómicas	Alta	5-21
	Media alta	22-31
	Media	32-41
	Media baja	42-54
	Baja	55-68

Cuestionario 2: EDUPRENA (Survey & Maternity Experiences, 2007).

Semanas de embarazo al acudir a su primer control prenatal incluido la primera vez que su embarazo fue confirmado por un proveedor de salud

¿Usted recibió control prenatal tan pronto como lo deseaba?

SI ____ NO ____

¿Qué le impidió obtener atención prenatal tan pronto como lo deseaba?

- Médico no disponible
- Médico no comenzaría la atención antes.
- No sabía que estaba embarazada
- Estaba demasiado ocupado
- No tenía transporte
- No pudo tomar tiempo libre del trabajo
- Otro – Especificar .....

De qué tipo de médico ¿recibió la mayor parte de esta atención?

- Obstetra
- Ginecólogo
- Ginecobstetra
- Médico de familia
- Médico general
- Partera
- Enfermera
- Otro _____

Durante su embarazo ¿asistió a clases de educación para el parto? SI

Si la respuesta es si a cuantas clases asistió? _____ NO

Asistió a estas clases en:

- Hospital
- Clínica de salud
- Centro de salud
- Privado

¿En cualquier momento durante el embarazo, antes del día del nacimiento, usted solicitó que se le realice una cesárea?

SI ____ NO ____

En cualquier momento durante su embarazo, antes de su parto, ¿su médico recomendó una cesárea?

SI ____ NO ____

Cuestionario 3: ROCAT

Condiciones socio-económicas desfavorables. (Pobreza extrema, Desempleo, analfabetismo)	SI __ NO ___
Control insuficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales.	SI __ NO ___
Edad extrema ≤ 19 años ó ≥35 años en el primer embarazo	SI __ NO ___
Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos.	SI __ NO ___
Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo.	SI __ NO ___
Gran multiparidad (Mayor de 3 gestas).	SI __

	NO ___
Incompatibilidad Rh.	SI __
	NO ___
Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrentes por más de 2	SI __
ocasiones en tres controles subsecuentes	NO ___
Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses.	SI __
	NO ___
Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%)	SI __
	NO ___
Embarazo Múltiple.	SI __
	NO ___
Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías,	SI __
enf. Inmunológicas, hipertensión.)	NO ___
Polihidramnios u Oligoamnios	SI __
	NO ___
Epilepsia.	SI __
	NO ___
Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros	SI __
y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.	NO ___
Enfermedades neuropsiquiatrícas	SI __
	NO ___
Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis,	SI __
rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV	NO ___
Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación.	SI __
	NO ___
Desnutrición y Obesidad.	SI __
	NO ___
Asma	SI __
	NO ___
Cardiopatías	SI __
	NO ___

Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento	SI __
	NO ___
Hemorragia vaginal	SI __
	NO ___
Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas	SI __
	NO ___
SIDA clínico.	SI __
	NO ___
Trastornos hipertensivos en el embarazo	SI __
	NO ___
Alteraciones en la Frecuencia cardiaca fetal (160 latidos por minuto o	SI __
falta de movimientos	NO ___

Cuestionario 4: RONUM

De las categorías de riesgo obstétrico el paciente tiene:

1 0 2 condiciones: 1 punto

3 a 5 condiciones: 5 puntos — Bajo riesgo — Puntaje: _____

>5 condiciones: 10 puntos.

1 0 3 condiciones: 15 puntos

4 a 7 condiciones: 30 puntos — Riesgo Intermedio — Puntaje: _____

>7 condiciones: 50 puntos

1 0 2 condiciones: 55 puntos

3 a 5 condiciones: 70 puntos — Riesgo inminente — Puntaje: _____

>5 condiciones: 100 puntos

Cuestionario 5: LACTMATEX

Antes de dar a luz, ¿tenía la intención de alimentar a su bebé solo con fórmula, solo con leche materna, o una combinación de ambos?

- Solo Fórmula
- Solo leche materna
- Una combinación de fórmula y lactancia

¿Amamantaste o trataste de amamantar a su bebé, aunque solo sea por un corto tiempo?

SI ___NO ___

¿Cuánto tiempo después del nacimiento, su bebé fue puesto en el pecho?

- Nunca (el bebé fue alimentado con leche materna bombeada)
- Inmediatamente o dentro de 5 minutos
- 6 minutos a menos de 30 minutos
- 30 minutos a menos de 2 horas
- 2 horas a menos de 12 horas
- 12 horas a menos de 24 horas
- 24 horas o más
- Desconoce

¿Lo ayudaron sus proveedores de atención médica o le ofrecieron ayuda para iniciar la lactancia materna?

SI ___ NO ___

¿Le dieron u ofrecieron darle muestras de fórmula gratis?

SI ___ NO ___

¿Sus proveedores de atención médica le dieron información sobre recursos de apoyo para la lactancia materna?

SI ___ NO ___

¿En la primera semana después del nacimiento, ¿el bebé recibió un chupete para succionar?

SI ___ NO ___

¿En la primera semana después del nacimiento, ¿amamantó a su bebé en un horario fijo como cada 3 horas, o cada vez que su bebé parecía hambriento, o una combinación de ambos?

- Horario fijo
- Cuando el bebé parecía hambriento
- Una combinación de ambos

En semanas o meses, ¿cuántos años tenía el bebé cuando agrego líquidos como agua, jugo, líquidos rituales o fórmula se agregaron en su alimentación?

En semanas o meses, ¿cuántos años tenía el bebé cuando agrego los alimentos sólidos como cereales, puré o verduras en puré, o frutas se agregaron por primera vez a su alimentación?

En semanas o meses ¿Qué edad tenía él bebe cuando dejo de amamantar?

_____

Cuestionario 6: LACTMAT

¿La madre puede hacer que él bebe se agarre del pecho? SI ___ NO ____

¿Él bebe coge el pecho sin dificultad? SI ___ NO ____

¿El infante lacta con fuerte succión?

SI ___ NO ____

¿la madre tiene pezones invertidos o planos?

SI ___ NO ____

¿La madre ha amamantado 3 o 4 veces al bebe durante la estadía en el hospital o 5 a 6 veces desde el alta o durante las primeras 12 horas posterior al alta?

SI ___ NO ____

¿Él bebe ha mojado más o igual a dos pañales en las 24 horas previo al alta hospitalaria o más o igual a 6 pañales en 24 horas a 2 días desde el alta?

SI ___ NO ____

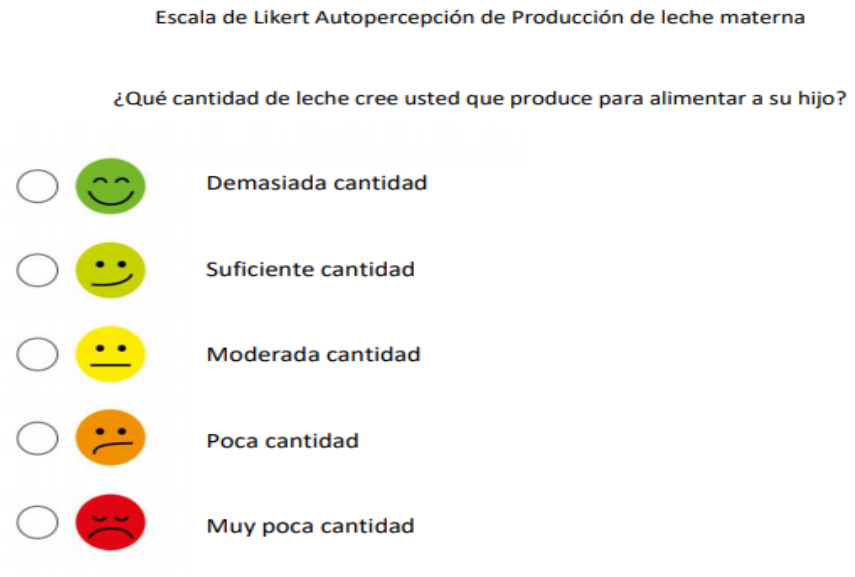
¿La madre ha tenido experiencias previas exitosas de lactancia materna?

SI ___ NO ____

¿La madre tiene un compañero de apoyo o ha identificado a una persona de apoyo para amamantar?

SI ___ NO ____

Anexo 7:



Cuestionario 8: DEPOSPAR (PHQ9) (Grunauer et al., 2014)**.**

Poco interés o placer en hacer las cosas	PARA NADA VARIOS DÍAS MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS CASI TODOS LOS DÍAS
Se ha sentido decaída, deprimida, o sin esperanzas	PARA NADA VARIOS DÍAS MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS CASI TODOS LOS DÍAS
Se ha sentido cansada o con poca energía	PARA NADA VARIOS DÍAS MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS CASI TODOS LOS DÍAS
Con poco apetito o ha comido en exceso	PARA NADA

VARIOS DÍAS
MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS
CASI TODOS LOS DÍAS

Se ha sentido mal con usted misma – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted misma o con su familia PARA NADA
VARIOS DÍAS
MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS
CASI TODOS LOS DÍAS

Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión PARA NADA
VARIOS DÍAS
MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS
CASI TODOS LOS DÍAS

¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieta o agitada, que se ha estado moviendo mucho más de lo normal PARA NADA
VARIOS DÍAS
MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS
CASI TODOS LOS DÍAS

Ha pensado que estaría mejor muerta se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera
PARA NADA
VARIOS DÍAS
MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS
CASI TODOS LOS DÍAS

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? *(Marque con un "☐" para indicar su respuesta)*	**Ningún día**	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

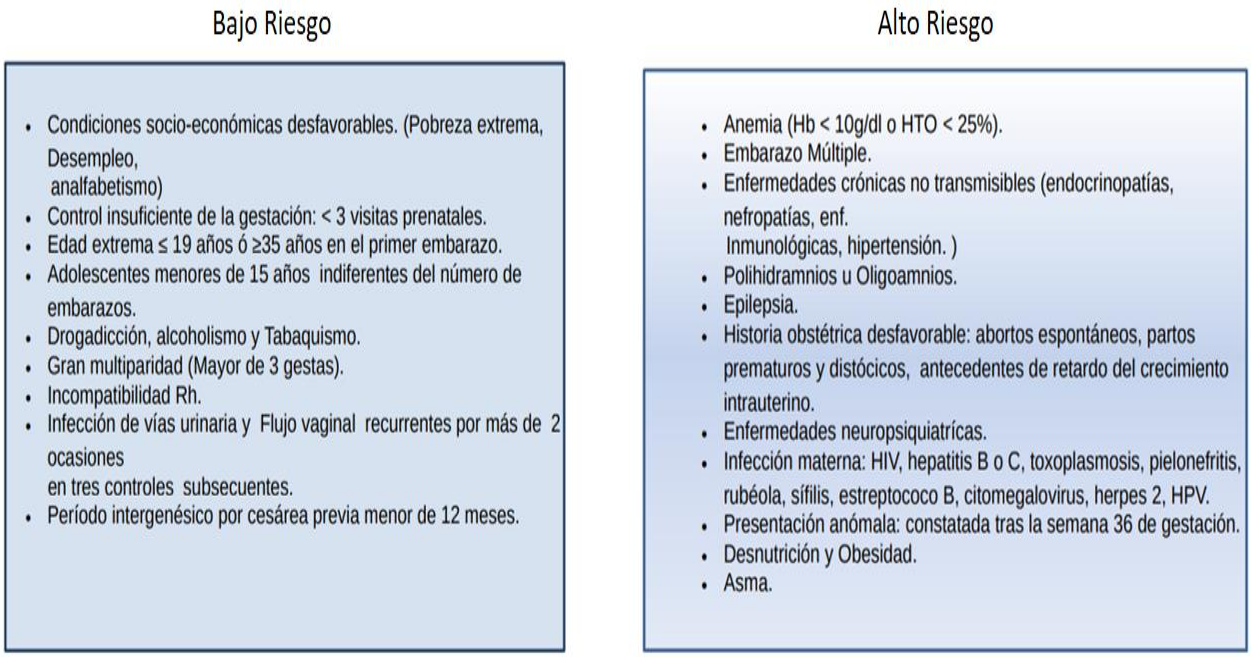
FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

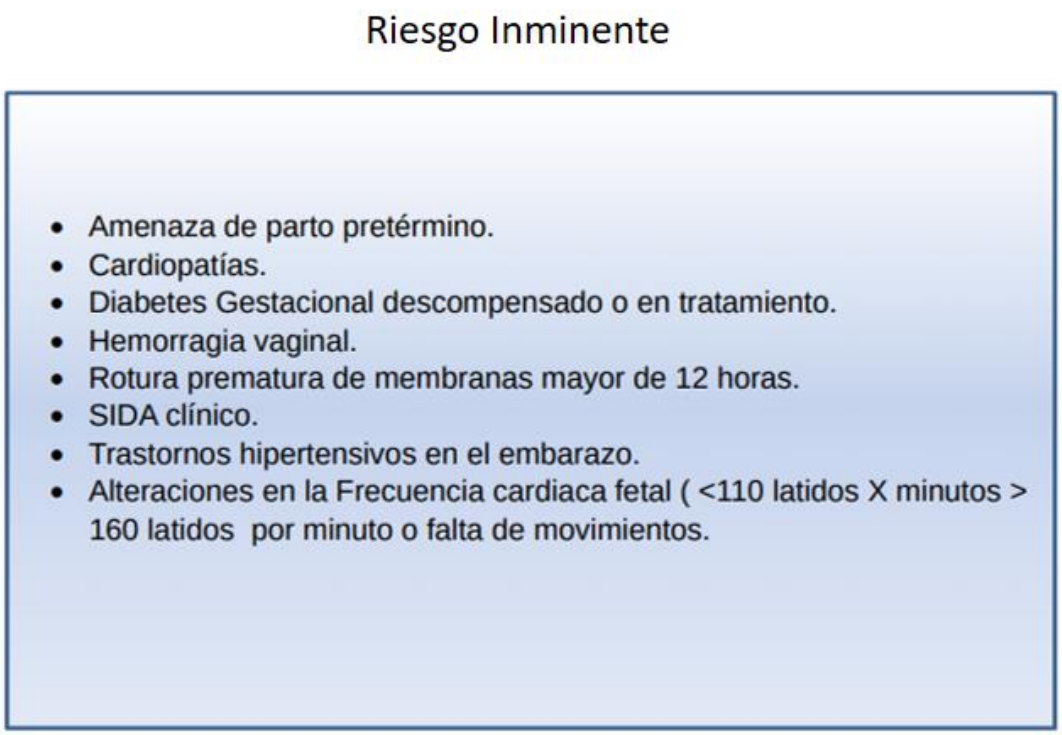
=Total Score: _____

Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	**Un poco difícil**	**Muy difícil**	**Extremadamente difícil**
☐	☐	☐	☐

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO (Ministerio de salud pública, s. f.)**.**





13.1 Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la facultad de medicina, de la Pontificia Universidad Católica del ecuador. La meta de este estudio es determinar los factures que influyen en el mantenimiento y suspensión de la latania.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez trascritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por_____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

_____

_____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)

13.2 Asentimiento Informado de la menor de edad

Yo, _____ identificado con la Cédula de Ciudadanía Número _____, actuando en mi calidad de representante legal de la adolescente _____, con Cedula de Ciudadanía _____ , manifiesto que hemos sido informados de la naturaleza y propósito de esta investigación "Factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva", investigación que será realizada para identificar las variables que influyen en el abandono de la lactancia materna, por lo tanto a través del presente documento, autorizo su participación.

De igual manera, ponemos en conocimiento que se realiza visitas de seguimiento o llamadas telefónicas a la usuaria, en periodos trimestrales para la recolección de información adicional.

Se firma en la ciudad de _____ a los___ del mes de _____del año 2018.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL **FIRMA DE LA ADOLESCENTE**

_____ _____

C.C _____

T.I._____

FIRMA DEL PROFESIONAL ENCARGADO

_____

C.C. _____

T.P._____