

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA**

**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**

**TÁBATA PÉREZ**

**2017, SEPTIEMBRE**



## Resumen

Se realizó un estudio de corte transversal donde se aplicó una encuesta de 28 preguntas a 40 madres con hijos entre 6 a 24 meses de edad, que asisten a las consultas pediátricas en el centro de salud número 1 del centro histórico de Quito. Su objetivo fue analizar los factores asociados al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y su relación con el estado nutricional de los lactantes. La información acerca de los factores asociados fue analizada estadísticamente a través de una regresión logística multinomial. Se dió como resultados que ninguno de los factores asociados, fueron estadísticamente significativos con el tiempo de duración de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. ( $p > 0.05$ ). No se pudo determinar cuáles eran los factores que intervienen en el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva debido a que estos no fueron estadísticamente significativos para la variable dependiente a través de la regresión logística multinomial utilizada. Con respecto a la relación del tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional, se encontró que fue estadísticamente significativo el indicador de longitud/edad utilizando el Tau- c de Kendall para variables cualitativas ordinales.

**Palabras clave:** Lactancia materna exclusiva, Factores asociados, Tiempo de duración, Estado nutricional.

## **Abstract**

A cross-sectional study was carried out in which a questionnaire of 28 questions was applied to 40 mothers with children between 6 and 24 months of age who attend pediatric consultations in the health center number 1 of the historical center of Quito. The objective was to assess the factors associated with the duration of exclusive breastfeeding and its relationship with the nutritional status of infants. A multinomial logit model was used to analyze the information. The results showed that none of the factors were statistically significant with the duration of exclusive breastfeeding. It was not possible to determine the factors involved in the duration of exclusive breastfeeding because these were not statistically significant for the dependent variable through the multinomial logistic regression used. Regarding the relationship of duration of exclusive breastfeeding duration and nutritional status, the length / age indicator was statistically significant, which showed a relationship between the longer duration of exclusive breastfeeding and the better the nutritional status of Child.

**Key words:** Exclusive breastfeeding, Duration time, Associated factors, Nutritional status

## **Dedicatoria**

Este trabajo va dedicado a toda mi familia que siempre me apoyo y ha estado presente en todos mis triunfos y metas cumplidas a lo largo de mi vida, y quienes con cariño y paciencia han sabido guiarme y motivarme cada día.

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer en primer lugar a mis padres que con todo su apoyo permitieron que logre alcanzar una meta más en vida, y una de las más importantes dentro de mi carrera. También quisiera agradecer a mis profesores: Msc. María José Mendoza, Msc. Sueny Paloma Lima y al Dr. Edgar Rojas, quienes permitieron y guiaron que este trabajo sea posible a través de sus conocimientos.

## Índice de contenido

Introducción.....	9
Capítulo I: Aspectos Básicos de la investigación.....	10
1.1 Planteamiento del Problema .....	10
1.2 Justificación .....	13
1.3 Objetivos.....	16
1.4 Metodología .....	16
Tipo de estudio.....	16
Universo y Muestra .....	17
Fuentes, técnicas e instrumentos .....	18
Plan de análisis de información.....	20
Capítulo II: Marco teórico.....	20
2.1 Lactancia Materna .....	20
2.1.1 Lactancia materna y lactancia materna exclusiva .....	20
2.1.2 Beneficios de la lactancia materna.....	21
2.1.3 Recomendaciones sobre lactancia materna .....	27
2.1.4 Factores que influyen en el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva.....	27
2.3 Indicadores antropométricos.....	38
Hipótesis .....	39
Capítulo III: Resultados y Discusión.....	40
3.1. Resultados.....	40
3.2. Discusión .....	57
Conclusiones .....	61
Recomendaciones .....	62
Bibliografía.....	63
Anexo(s) .....	70

## Lista de tablas

<u>Tabla 1: Sexo del lactante</u> .....	40
<u>Tabla 2: Edad de la madre</u> .....	41
<u>Tabla 3: Escolaridad de la madre</u> .....	42
<u>Tabla 4: Ocupación de la madre</u> .....	42
<u>Tabla 5: Situación Conyugal</u> .....	43
<u>Tabla 6: Ingresos Familiares</u> .....	44
<u>Tabla 7: Ingresos familiares por cantidad</u> .....	44
<u>Tabla 8: Constitución del núcleo familiar</u> .....	45
<u>Tabla 9: Hijos anteriores</u> .....	46
<u>Tabla 10: Experiencia previa de la lactancia materna</u> .....	46
<u>Tabla 11: Orientaciones previas de Lactancia Materna Exclusiva</u> .....	47
<u>Tabla 12: Momento en el que recibió orientaciones sobre lactancia materna</u> .....	47
<u>Tabla 13: Principales fuentes de información sobre orientaciones acerca de Lactancia Materna Exclusiva</u> .....	48
<u>Tabla 14: Causas del abandono de la lactancia exclusiva actual</u> .....	50
<u>Tabla 15: Edad en que empezó a darle agua u otros líquidos al lactante</u> .....	50
<u>Tabla 16: Edad en que empezó a darle otros alimentos sólidos o semisólidos</u> . .....	50
<u>Tabla 17 :Conocimientos sobre lactancia materna</u> .....	52
<u>Tabla 18: Regresión Logística Multinomial</u> .....	53
<u>Tabla 19: Estado nutricional según Peso/ Longitud</u> .....	55
<u>Tabla 21: Estado nutricional según Longitud/ Edad</u> .....	56
<u>Tabla 22: Resultados de Longitud/Edad según Tau-b/c de Kendall</u> .....	56

### **Lista de símbolos o abreviaturas**

<b>OMS</b>	Organización Mundial de La Salud
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>ENSANUT ECU 2011-2013</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador

### **Lista de Anexos**

<b>ANEXO 1</b>	Regresión logística multinomial	<b>71</b>
<b>ANEXO 2</b>	Encuesta utilizada en el estudio	<b>96</b>
<b>ANEXO 3</b>	Curvas de peso/longitud y Longitud/edad	<b>101</b>
<b>ANEXO 4</b>	Operacionalización de Variables	<b>141</b>

## Introducción

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo y de herencia biológica en los mamíferos (Rodríguez, Rodríguez, Rodríguez &, Lastres., 2017). La leche materna ha sido importante a lo largo de las generaciones como sistema para alimentar a los seres humanos durante los primeros meses de vida (Rodríguez et al., 2017). Esta es considerada como un alimento ideal e insustituible para el recién nacido debido a que contiene todos los nutrientes y componentes necesarios para su crecimiento y desarrollo (Black et al., 2008). A la vez, contiene anticuerpos que permite que el sistema inmunológico del niño lo proteja de enfermedades propias de la infancia durante los seis primeros meses de vida y esta disminuye el riesgo de desórdenes alérgicos en los lactantes (Black et al., 2008).

Los niños alimentados con leche materna exclusiva los 6 primeros meses de vida, presentan menor riesgo de sufrir enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias, otitis media y síndrome de muerte súbita, que los niños que son alimentados con sucedáneos de leche (Oribe et al., 2015). A largo plazo, la lactancia materna exclusiva se ve relacionada con una menor disposición a la obesidad, diabetes y con mejores puntuaciones en las pruebas de desarrollo intelectual y motor (Oribe et al., 2015).

Lo recomendable es que durante los primeros 6 meses de vida, la leche materna sea el único alimento que consuman los niños y niñas, excluyendo líquidos y alimentos sólidos (Oribe et al., 2015). A partir de esta edad se continúa la lactancia materna hasta los 2 años, conjuntamente con alimentación complementaria que sea oportuna y adecuada en calidad y cantidad, con el fin de garantizar una buena nutrición durante la etapa de crecimiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016a).

A pesar de los beneficios que la lactancia materna exclusiva presenta, su prevalencia a nivel mundial es muy baja, ya que menos del 40% de niños y niñas menores de 6 meses son alimentados con leche materna durante este periodo de tiempo (Oribe et al., 2015). En el Ecuador, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador 2011-2013, muestran que solo un 43,8%, de las madres practican lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Esto se da debido a

que existen diferentes factores relacionados con la madre o el lactante, que condicionan la lactancia materna exclusiva y el tiempo que se la práctica (Freire et al., 2013).

Existe limitada información a nivel nacional acerca de las causas del abandono de la lactancia materna exclusiva a nivel nacional, por lo que, es necesario tomarlas en cuenta con el fin de tomar medidas preventivas y aprovechar los beneficios que esta tiene. Diferentes estudios demuestran que la duración de la lactancia materna exclusiva se relaciona fundamentalmente con la edad materna, paridad, nivel socioeconómico, consejería en lactancia y jornada laboral (Freire et al., 2013; Villanueva, 2008).

Con este propósito, se realizó un estudio transversal que tiene como objetivo analizar, los factores asociados al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva en madres del Centro de Salud número 1 del centro histórico de Quito y su relación con el estado nutricional de los lactantes.

## **Capítulo I: Aspectos Básicos de la investigación**

### **1.1 Planteamiento del Problema**

A pesar de que la lactancia materna exclusiva es recomendada por la Organización Mundial de la Salud como el mejor alimento hasta el sexto mes de vida en infantes, a nivel mundial, según los datos de la misma organización, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. Por esta razón se promueve esta iniciativa, ya que es la mejor forma de nutrición para los lactantes hasta los 6 meses y niños menores hasta los dos años de edad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

A nivel mundial, Latino América tiene la mejor tasa de niños que inician la lactancia materna dentro de la primera hora de vida. Al comparar esta tasa con las de otros continentes, se observa que Latino América presenta una tasa 58% comparado con el 50% en África, el 50% en Asia y el 36% en Europa del Este (Mazariegos & Zea, 2015).

Comparando al Ecuador con diferentes países de América del Sur, varios de ellos presentan porcentajes de lactancia materna exclusiva más elevados, como en el caso de Perú que mantiene un porcentaje de 68,4%, Bolivia de 64,3%, Chile de 63,2% y

Uruguay 54,1%. Al igual que existen otros países que se encuentran con porcentajes inferiores como en el caso de Colombia que refleja un porcentaje de 42,9% Brasil con 38,2% y Argentina con 32,7%. Mientras que el Ecuador mantiene un porcentaje de 43,8%, quedando así en el quinto puesto entre los países antes mencionados (Haddad et al., 2016).

El Plan Nacional del Buen Vivir del Ecuador 2013-2017, mantiene como uno de sus objetivos que para el 2017, la lactancia materna exclusiva aumente a un 64% en los primeros 6 meses de vida en las madres lactantes ecuatorianas (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia [UNICEF] ,2014). Sin embargo según ENSANUT, 2011-2013 se observa que en el primer mes de vida el 52.4% de los niños se alimentaron exclusivamente con leche materna. Por otra parte se determinó que este porcentaje fue disminuyendo conforme aumentaba la edad de los niños, puesto a que en niños de 2 a 3 meses se reflejó un porcentaje de 48% y en niños de 4 a 5 meses a un 34,7% llegando a un 43,8 % en el rango de 0-5 meses (Freire et al., 2013).

Esta problemática es relevante puesto que, una alimentación inadecuada durante los primeros meses de vida del niño puede tener como consecuencia una desnutrición crónica, que además puede desencadenar otro tipo de afecciones, ya que los niños son más vulnerables a padecer enfermedades respiratorias y diarreicas, las cuales causan mayor riesgo de mortalidad en la infancia (UNICEF, 2014).

También se evidencia un retraso en el aprendizaje y disminución de la capacidad de desarrollar su potencial intelectual y físico en la edad adulta. Estos casos se encuentran relacionados en su mayoría a factores como la pobreza, exclusión socio-económica y falta de acceso a servicios de salud (UNICEF, 2014).

Existen varios estudios que mencionan que los factores que influyen en la duración de la lactancia materna son: el nivel de escolaridad de la madre, edad, ocupación, paridad de la madre, estado civil entre otros (Freire et al., 2013; Gorrita, Brito, & Ruiz, 2016; Niño, Silva, & Atalah, 2012). Aunque estos son algunos de los factores sociales principales que influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva, existen factores fisiológicos que también son causa frecuente de abandono de la misma. Como son la falta de producción de leche o la sensación de que el niño queda con hambre (Niño et al., 2012). Por esta razón se ha realizado una minuciosa búsqueda

de estudios en los cuales se evidencia las razones específicas del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

La ENSANUT-ECU 2011-2013 determina que existen diferentes factores que intervienen en la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses (Freire et al., 2013). Según los resultados obtenidos esta es proporcionalmente mayor en el quintil más pobre, en comparación con los quintiles de mayores ingresos económicos (Freire et al., 2013). Estos resultados son diferentes a los obtenidos en países desarrollados, puesto a que existe una propensión de incremento en la proporción de mujeres que practican la lactancia materna exclusiva en todos los estratos (Freire et al., 2013). Algunas de las posibles causas por las cuales en los quintiles con mayor ingreso económico, no se practica de manera adecuada la lactancia materna exclusiva pueden ser por la disminuida aplicación del código de sucedáneos de leche materna y por la promoción de fórmulas de leches en las consultas privadas (Freire et al., 2013).

Otro de los factores relacionados, es el nivel de instrucción de la madre, en los que muestran que a medida que incrementa el nivel de instrucción, la proporción de madres que amamantaron a sus hijos durante este periodo de tiempo, disminuye. Estos resultados difieren con datos de países más desarrollados en los cuales se puede ver que a mayor nivel de educación de la madre, mayor la proporción de niños que reciben leche materna en forma exclusiva (Freire et al., 2013). Esto puede ser causado debido a que a diferencia de otros países, en el Ecuador existe la introducción de leche de fórmula y líquidos a muy temprana edad, que se da por la falta de consejería de forma masiva acerca de la lactancia, la propaganda y expendio en el mercado de sustitutos de la leche materna y el bajo compromiso por parte de los pediatras en promover la lactancia materna (Freire et al., 2013).

La edad de la madre también es un factor que determina el tiempo de lactancia materna exclusiva, puesto que solo el 18% de las madres de una edad joven entre 12 a 14 años, practicaron la lactancia materna exclusiva; mientras que el 46% de las madres mayores de 35 años cumplieron con la misma (Freire et al., 2013). A pesar de que el número de madres jóvenes es muy pequeño en el estudio, esta cifra podría estar indicando, riesgo en la salud del niño al no asegurarle la leche materna como el único alimento al inicio de la vida y hasta los 6 meses de edad (Freire et al., 2013).

Por último la etnia es otro factor que se encuentra detallado en la ENSANUT-ECU 2011-2013. En la cual se observa que, la gran mayoría de las mujeres indígenas practican lactancia materna de manera exclusiva durante los 6 primeros meses, presentando uno de los porcentajes más altos a nivel nacional (77%) (Freire et al., 2013). Mientras que las montubias pertenecen a la etnia con menor porcentaje de prevalencia de lactancia materna exclusiva (22,9%). Por otro lado las mestizas presentan un porcentaje del 41,3% y las afro ecuatorianas del 38.6% (Freire et al., 2013).

Se pueden encontrar otras causas relacionadas a esta problemática como la información errónea sobre los sucedáneos de leche materna, falta de promoción de la lactancia materna, mitos alrededor de la misma y desconocimiento del marco legal que protege a la mujer lactante en el ámbito laboral (UNICEF, 2014). Esta última se ve relacionada con la falta de un entorno favorable en la familia o trabajo que influye en el abandono de la lactancia materna exclusiva debido a padres que no reconocen su rol en el periodo de lactancia y que no brindan apoyo (UNICEF, 2014).

A pesar de que la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, es el mejor alimento para el desarrollo y crecimiento del niño, está no se realiza de forma adecuada ni cumple con las recomendaciones establecidas por la OMS, lo cual trae consecuencias de desnutrición y eleva el porcentaje de mortalidad en este grupo etario, al igual que los costos hospitalarios (UNICEF, 2014).

Debido a que existe una baja tasa de lactancia materna exclusiva a nivel nacional, llegando a ser un tema de importancia dentro de la sociedad, que además puede traer consigo otro tipo de consecuencias que pueden afectar tanto a nivel individual como social, se ha planteado como pregunta de investigación : ¿cuáles son los factores que intervienen en la duración de la lactancia materna exclusiva en el centro de salud número 1 del centro histórico de Quito y saber porque esta no cumple con los tiempos adecuados y recomendados ?.

## **1.2 Justificación**

La lactancia materna es una de las mejores formas de alimentación y se convierte en la principal durante los 6 primeros meses de vida para asegurar la salud y supervivencia de los niños, puesto que trae beneficios a corto, mediano y largo plazo.

Así la Organización Mundial de la Salud recomienda que se realice la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses y que esta continúe hasta los 2 años junto con alimentación complementaria. (OMS, 2016b).

Los beneficios de la lactancia materna en los recién nacidos son amplios, ya que ayuda al desarrollo sensorial y cognitivo del recién nacido, y protege al niño de enfermedades infecciosas y crónicas (OMS, 2016a). A la vez, reduce el riesgo de mortalidad dado por enfermedades comunes en la infancia como son la neumonía o diarreas, y ayuda a una recuperación rápida de enfermedades. Además es el alimento ideal para los recién nacidos y lactantes, no solo por los nutrientes que contiene, sino también porque es inocua y tiene anticuerpos que ayudan a reforzar su sistema inmunológico (OMS, 2016a). Es importante tomar en cuenta que mantener una buena alimentación durante los primeros meses de vida trae beneficios al estado nutricional, debido a que los patrones de crecimiento durante la infancia son determinantes del grado de crecimiento en etapas posteriores; por lo que las prácticas alimentarias llevadas a cabo a partir del nacimiento, condicionan en gran medida su estado nutricional (Cabianca, Borelli, Ciotta, & Pantaleón, 2016).

Según Mazariegos et al. (2015), la nutrición durante la primera etapa de vida es de gran importancia debido a que existen beneficios de esta a largo plazo, sobretodo porque actúa como agente protector contra la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, como hipertensión, hipercolesterolemia, sobrepeso, obesidad, factores inflamatorios entre otras. Los estudios realizados demuestran que, al parecer, la lactancia materna puede tener un efecto protector sobre el riesgo de enfermedades cardio vasculares, debido a que se encontró que el nivel total de colesterol en adultos mayores de 19 años fue menor en las personas que fueron alimentados con leche materna en comparación a las que fueron alimentadas con sucedáneos de leche materna (Owen, Whincup, Odoki, Gilg, & Cook, 2002).

Por otro lado, esta aporta beneficios no solo a los niños, sino también a las madres ya que ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario, mama y no posee riesgos para el medio ambiente (OMS, 2016a). Existen otros beneficios que la lactancia materna aporta a la madre como menor riesgo de tener otro embarazo durante los 6 primeros meses si es que se encuentran dando de lactar (UNICEF, 2012).

Ampliando un poco más los beneficios de la lactancia materna exclusiva, se puede ver que esta también es importante en el ámbito económico debido a que estudios realizados muestran que existió un mayor ingreso hospitalario en niños que no recibieron lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida en comparación con aquellos que si lo hicieron (Gorrita et al., 2015). En total hubo un 68,8 % de ingresos de los que no recibieron lactancia materna exclusiva, con respecto al 31,2 % de los que recibían lactancia materna exclusiva, lo que se puede ver en una proporción de 7 a 3 y así se pudo determinar un aumento en los gastos hospitalarios (Gorrita et al., 2015). De igual manera, estas mismas ventajas se presentan a nivel nacional, puesto que, las madres que amamantan, ayudan a que existan menos niños que se enfermen o mueran durante este periodo de vida, lo que disminuye los gastos hospitalarios (UNICEF,2012).

Otra de las ventajas es que se utiliza un recurso natural y renovable que no contamina el medio ambiente, permite que el país tenga una población de niños y niñas más sanos, inteligentes y seguros de ellos mismos, fomenta la inteligencia, productividad y el futuro del país, y por ultimo ayuda a que los familiares, comunidad y gobierno, se sientan comprometidos a mantener y apoyar la lactancia materna (UNICEF, 2012).

Debido a que en el Ecuador, solo el 43,8% de niños de 0 a 5 meses son alimentados con lactancia materna exclusiva los primeros meses de vida (Freire et al., 2013), uno de los principales objetivos para el 2017 es que la lactancia materna exclusiva incremente a un 64% en los primeros 6 meses de vida en los niños y niñas a nivel nacional (UNICEF, 2014).

Por lo que, es importante identificar las causas que se encuentran asociadas al abandono precoz de la lactancia materna, y así poder intervenir para evitar la aparición de problemas en el crecimiento y desarrollo de los niño/as, como son una desnutrición crónica, que además puede desencadenar otro tipo de afecciones (UNICEF, 2014). Por esta razón una correcta alimentación durante los primeros 6 meses de vida debe ser un tema prioritario dentro de la política pública para proteger estas prácticas y que los lactantes sean alimentados adecuadamente (Freire et al., 2013).

Debido a que en el Ecuador la tasa de lactancia materna no ha mejorado, es necesario conocer las causas y buscar soluciones que ayuden tanto en el ámbito de salud, como a nivel económico del país. Creando así, nuevas políticas, programas y

actividades que fomenten la lactancia materna exclusiva a nivel nacional, otorgando a la población beneficiaria los conocimientos necesarios sobre la misma durante los primeros meses de vida, para así ponerlos en práctica.

Ya que la lactancia materna exclusiva es un tema prioritario de la salud pública, es necesario investigar las causas por las cuales esta no cumplen con los tiempos determinados, para poder tomar las medidas respectivas y mejorar esta práctica esparciendo sus beneficios tanto sociales como nutricionales a los grupos beneficiarios de la misma. En especial a los lactantes que a través de la misma obtienen la mejor fuente de alimentación. De igual manera los resultados obtenidos a través de este estudio podrán enriquecer los conocimientos acerca del tema para futuras investigaciones.

### **1.3 Objetivos**

- **General**

Analizar los factores asociados al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y su relación con el estado nutricional de los lactantes que asisten al centro de salud número 1 del centro histórico de Quito.

- **Específicos**

Identificar los factores que influyen en el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva.

Determinar la relación entre el tiempo de lactancia materna exclusiva y el estado nutricional de los lactantes en los primeros seis meses de vida

### **1.4 Metodología**

#### **Tipo de estudio**

Según el modelo cuantitativo, la ciencia surge como una necesidad del ser humano por instruirse acerca de los fenómenos que suceden a su alrededor y las relaciones de causa y efecto entre los mismos, con la idea de poder interferir en ellos o tener este conocimiento a su favor (Binda, & Balbastre-Benavent, 2013).

El método cuantitativo de investigación se caracteriza porque el contacto del investigador con el sujeto u objeto de estudio es casi nulo (Binda et al., 2013). Por otro

lado las teorías y conceptos existentes otorgan la partida para la investigación, teniendo como objetivo de esta última, confirmar o no la verdad de esas teorías y conceptos. Por lo general en este tipo de investigación se tiende a tener un enfoque estructurado para estudiar el fenómeno, siendo esta estructura consecuencia, casi siempre, de las técnicas utilizadas para recoger la información (Binda et al., 2013).

En el presente trabajo se realizara un estudio de enfoque cuantitativo debido a que se analizaran los factores asociados a la duración de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida en el centro de salud número 1 del centro histórico en Quito. Este estudio se encuentra en el nivel de investigación analítico debido a que los datos obtenidos se procesaran de forma estadística y se determinaran los factores asociados para conocer su impacto a nivel de las muestras (Sabino, 2014).

Será de corte transversal con un enfoque retrospectivo ya que se realizará en un momento determinado utilizando datos de madres con niños de 6 a 24 meses de edad para determinan el tiempo de lactancia materna exclusiva, y permite medir la prevalencia y el efecto de exposición de una muestra poblacional en un solo momento (Sabino, 2014).

También se encuentra dentro de la investigación observacional debido a que no existe intervención por parte del investigador y solo se desea medir las variables que se encuentran dentro del estudio (Sabino, 2014).

## **Universo y Muestra**

La población de muestra utilizada serán las madres que asisten al control postnatal en el Centro de Salud número 1 en el centro historico de Quito, cuyos hijos sean mayores de 6 meses hasta los 24 meses y que deseen participar en el proyecto. Se excluyeron madres y/o hijos que hayan presentado alguna contraindicación médica para la lactancia materna exclusiva pre-concepción y madres con niños pre término o con parto múltiple. Los niños que no registren datos de peso y talla a los 6 meses dentro de sus historias clínicas también serán excluidos del proyecto, al igual que aquellos que sean menores de 6 meses.

Se tomó como criterio de inclusión la edad de los lactantes, la cual se estableció desde los 6 meses hasta los 24 meses de edad. Este rango de edad se utilizó debido a

que este es uno de los periodos de crecimiento y desarrollo más importantes, y la leche materna sigue siendo utilizada como fuente de alimento según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. De igual manera, dentro de la Encuesta Nacional de Salud del Ecuador, realizada en el periodo de 2011-2013, toman en cuenta los indicadores de lactancia materna de la organización antes mencionada, los cuales tienen como referencia a la edad de niños desde los 6 meses hasta los 23 meses de edad, y con los cuales se determinaron las prácticas de lactancia materna exclusiva y continua dentro del estudio antes mencionado (Freire et al., 2013).

Dentro de este estudio se utilizó un diseño de muestreo no probabilístico. Estos están caracterizados por que las unidades de análisis se recogen para el estudio utilizando métodos en los cuales no interviene el azar, de modo que en estos casos, no es posible de estimar la probabilidad que tienen cada elemento de ser incluido en la muestra y no todos de ellos tienen la posibilidad de ser incluidos (Robledo, 2005). Las muestras no son representativas por el tipo de selección, son informales o arbitrarias, y se basan en supuestos generales sobre la distribución de las variables en la población (Robledo, 2005).

El tipo de muestro no probabilístico utilizado fue el consecutivo debido a que este se caracteriza por levantar información de todos los individuos de la población accesible que cumplan con los criterios de inclusión ,determinados previamente en el estudio, durante el periodo de reclutamiento de información establecido (Robledo, 2005).

### **Fuentes, técnicas e instrumentos**

Las fuentes primarias de información serán alcanzadas a través de los datos obtenidos a de la encuesta realizada a las madres que asistan a los controles postnatales en el centro de salud asignado y las fuentes de información secundarias se obtendrán a través de las historias clínicas para poder tener información acerca del peso y talla a los 6 meses.

La recolección de datos se realizara a través de encuestas validadas las cuales abarquen las secciones importantes para obtener la información necesaria para lograr los objetivos del estudio y que cumplan con los requisitos establecidos de la investigación.

El instrumento utilizado en este estudio está estructurado en dos partes. La primera está relacionada a una encuesta validada por el consejo científico de la

institución de Policlínico “Luis Augusto Turcios Lima”, de San José de las Lajas, la cual fue aplicada en el estudio “Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida” realizado por Gorrita Pérez, Brito Linares, & Ruiz Hernández, en el 2016.

Para esta parte también se complementó con preguntas de la encuesta utilizada en el estudio denominado “Factores asociados a la lactancia materna”, realizado en el 2012 por Niño, Silva, & Atalah. Esta encuesta fue desarrollada en el marco de lo mencionado por Hernández, Fernández y Baptista, como una encuesta de respuestas cerradas y codificadas. Fue puesta a validez de contenido a través de una consulta de revisión de expertos. En este consolidado de encuestas se toma en cuenta los datos generales, características maternas como edad, nivel de escolaridad, situación conyugal, tiempo de lactancia materna, causas de abandono entre otras. Dentro de esta misma encuesta se encuentra una pregunta de peso y talla del lactante a los 6 meses.

En la segunda parte de la encuesta realizada se hace énfasis en los conocimientos de las madres acerca de las prácticas de lactancia materna. El cuestionario utilizado está compuesto por preguntas cerradas y semiestructuradas, previamente validado por otros autores.

Las variables a tomar en cuenta dentro del instrumento aplicado a través de la entrevista realizada, se dividieron en tres segmentos al igual que en estudios anteriores. Estas variables pertenecen a:

- Variables sociodemográficas maternas: edad, paridad, nivel educativo, ocupación, estado civil (Niño et al., 2012).
- Antecedentes del recién nacido: edad en meses, sexo, peso y talla a los 6 meses del lactante (Niño et al., 2012).
- Variables socio dependientes, que evalúan características que hacen referencia a la duración de la lactancia materna como: experiencia previa en lactancia materna, orientaciones recibidas sobre ventajas e importancia de la lactancia materna, momento en que recibió la información, principales fuentes de información, edad de inicio ingesta de jugos, leche artificial y comidas, causas de abandono de la lactancia materna (Niño et al., 2012).

Para determinar los datos del estado nutricional se tomaron en cuentas dos indicadores: Peso/talla para la edad y talla/edad. Estos fueron analizados a través del programa del programa OMS Anthro. El cual fue desarrollado para la aplicación global de los estándares de la Organización Mundial de la Salud, con el fin de evaluar el crecimiento y desarrollo motor de los individuos y poblaciones de 0-60 meses (OMS, 2017).

### **Plan de análisis de información**

La descripción de los datos se realizará a través de estadística inferencial, para lo cual se utilizó un modelo de regresión logística multinomial que es utilizada en situaciones en las que se desee clasificar a los sujetos según los valores de un grupo de variables predictoras (Noru, 2012). Este tipo de regresión es parecida a la regresión logística, pero con algunas variaciones, ya que la variable dependiente no está limitada a dos categorías. En estos casos, la variable dependiente debe ser categórica y las variables independientes pueden ser factores o covariables. Casi siempre, los factores deben ser variables categóricas y las covariables deben ser variables continuas (Noru, 2012).

Para la variable de estado nutricional y el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva se lo realizo a través del Tau b y c de Kendall que sirven para comparar variables cualitativas ordinales.

Todos estos datos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS® 22.0.

## **Capítulo II: Marco Teórico**

### **2.1 Lactancia Materna**

#### **2.1.1 Lactancia materna y lactancia materna exclusiva**

La lactancia materna es una forma de suministrar una alimentación ideal para el desarrollo y crecimiento de los lactantes y forma parte también del proceso reproductivo, otorgando así, beneficios importantes tanto en la salud de la madre como del niño. Esta aporta los nutrientes necesarios para mantener una buena salud en el niño a lo largo de la vida (OMS, 2016b).

OMS (2015), recomienda que si la lactancia materna exclusiva iniciaría en la primera hora de vida y durante los seis primeros meses, haciéndolo de forma exclusiva con leche materna, y hasta los dos años junto a otros alimentos, cada año se salvarían alrededor de 800 000 vidas infantiles.

Según OMS (2016b), la lactancia materna exclusiva hace referencia a la alimentación del niño solamente con leche materna, incluyendo en esta a leche extraída o de nodriza, durante los seis primeros meses de vida. Se debe tomar en cuenta que durante este tiempo no se debe introducir ningún otro tipo de alimentos o bebida, ni siquiera agua. Pero dentro de este caso se realiza una excepción debida a que si se incluye el consumo sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).

Los niños alimentados con leche materna exclusiva los 6 primeros meses de vida, presentan menor riesgo de padecer diarrea, infecciones respiratorias, otitis media y síndrome de muerte súbita, que los niños que son alimentados con sucedáneos de leche (Oribe et al., 2015). A largo plazo, la lactancia materna exclusiva se puede ver relacionada con una menor disposición a la obesidad y a la diabetes, y con mejores puntuaciones en las pruebas de desarrollo intelectual y motor (Oribe et al., 2015).

## **2.1.2 Beneficios de la lactancia materna**

### **Beneficios para el lactante a corto plazo**

Los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida en los recién nacidos son amplios, ya que ayuda al desarrollo sensorial y cognitivo del bebe, protege al niño de enfermedades infecciosas y crónicas (Eidelman et al., 2012). Se debe tomar en cuenta también, que la lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de mortalidad dado por enfermedades comunes en la infancia como son la neumonía o diarreas, y ayuda a una recuperación rápida de enfermedades (OMS,2016b). También es importante porque ayuda al desarrollo del cerebro del niño durante los dos primeros años, debido a que esta aporta con los aminoácidos esenciales para su desarrollo (UNICEF, 2012).

Por estas razones, la leche materna es el mejor alimento durante los seis primeros meses de vida y esta debe continuar hasta los dos años conjuntamente con alimentación

complementaria (UNICEF, 2012). Debido a los componentes y propiedades de la misma, puede contribuir al sistema inmunológico, ya que contiene anticuerpos que permite que el niño este protegido de enfermedades propias de la infancia y disminuye el riesgo de presentar desórdenes alérgicos en los lactantes (Black et. al, 2008).

Durante los primeros meses de vida, se ha observado que la lactancia materna puede disminuir el riesgo de infecciones gastrointestinales (Eidelman, Schanler., & Johnston, 2012). Cualquier volumen de leche materna puede llegar a ser protectora, ésta se asocia a un 64% de disminución de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y además esta puede proteger al lactante hasta dos meses después de ser suspendida (Eidelman et al., 2012). Por otra parte los lactantes alimentados con leche materna durante el primer año de vida muestran un 30% menos de riesgo de presentar diarrea por rotavirus, y además ha sido figurada como un factor protector contra la infección por Giardia, tanto sintomática como asintomática (Brahm, & Valdés, 2017).

Estudios realizados muestran que los niños que no son amamantados con leche materna presentan casi quince veces más mortalidad por neumonía. Y los niños entre los seis y veintitrés meses alimentados con fórmula complementada, muestran el doble de mortalidad por neumonía, que aquellos que mantuvieron la lactancia continua hasta los dos años de vida (Lamberti et al., 2013). También se observó que el riesgo de hospitalización por enfermedades respiratorias, disminuyó durante el primer año de vida a un 72% en niños que reciben lactancia materna exclusiva por al menos 4 meses (Eidelman et al., 2012). Por otra parte, los niños alimentados con leche materna muestran un 23% de menos riesgo de presentar otitis media aguda, y la práctica de la lactancia materna exclusiva por al menos los tres primeros meses, disminuye el riesgo de ésta en un 50%. El mismo, disminuye en un 63% si se prolonga hasta los seis meses (Eidelman et al., 2012).

La lactancia materna también tiene un rol protector en la enfermedad celiaca. En estudios realizados, se pudo establecer que existe una disminución de un 52% de riesgo de desarrollarla en aquellos lactantes que reciben leche materna al momento de exponerse a alimentación con gluten (Eidelman et al., 2012). Por otra parte, la lactancia materna está asociada con un 31% de reducción de riesgo de presentar enfermedades inflamatorias intestinales durante la infancia (Eidelman et al., 2012).

Ampliando los beneficios de la lactancia materna exclusiva a corto plazo, se pudo observar a través de estudios realizados en los últimos años que, la lactancia materna por 6 meses o más, estaba asociada a un 19% de disminución del riesgo de desarrollar leucemia durante la infancia (Amitay, & Keinan-Boker, 2015). Otros estudios presentan resultados similares en los cuales se muestra que la reducción del riesgo de desarrollar leucemia en la infancia está correlacionado con la duración de la lactancia materna, a pesar de esto, el mecanismo preciso de la protección aún no está claro (Eidelman et al., 2012).

En recién nacidos prematuros, la lactancia materna puede disminuir de un 58% a un 77% el riesgo de presentar enterocolitis necrotizante (Eidelman et al., 2012). Un estudio evaluó el impacto de leche materna donada pasteurizada en pacientes prematuros extremos si la lactancia materna no era suficiente o no estaba disponible; éste tuvo como resultados que al comparar con aquellos lactantes que recibían fórmula láctea, los que estuvieron alimentados con leche humana mostraron significativamente menos prevalencia de enterocolitis y menor mortalidad por la misma (Sullivan et al., 2010).

Debido a esto, es evidente que la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y hasta los dos años, es sumamente importante para la salud y desarrollo del ser humano, previniendo en un 13% la mortalidad infantil en el mundo, y disminuyendo el riesgo de muerte súbita del lactante en un 36% (Brahm, & Valdés, 2017). Si se toma en cuenta los 42 países en vías de desarrollo en los que existe el 90% de la mortalidad infantil del mundo, la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida y continuándola hasta pasar el año de edad, es la intervención de salud más efectiva abordada (Eidelman et al., 2012). La lactancia materna tiene el potencial de prevenir más de un millón de muertes infantiles por año, haciendo referencia al 13% de la mortalidad infantil a nivel mundial (Eidelman et al., 2012). Respecto al síndrome de muerte súbita del lactante, la lactancia materna puede reducir un 36% de riesgo de que esta se presente. Este efecto protector de la lactancia en mortalidad infantil es dado tanto para lactantes de países desarrollados y subdesarrollados (Chung, Raman, Chew, Magula, Trikalinos, & Lau, 2007).

## **Beneficios a largo plazo**

Además se considera que la lactancia materna favorece a una buena salud a lo largo plazo de la vida puesto que, los adolescentes y adultos que fueron alimentados con leche materna de niños tienen menos tendencia a sufrir sobrepeso y obesidad, son a la vez menos propensos a sufrir diabetes de tipo 2 y obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia (OMS, 2015). La lactancia materna se ve relacionada también a mayores ingresos en la vida adulta, a una mejora del desarrollo infantil y la disminución de los costos sanitarios que generan beneficios económicos tanto para las familias como para los países (OMS, 2016a).

Los beneficios de la lactancia materna a largo plazo pueden ser abundantes. Como se sabe, la nutrición durante la primera etapa de vida es importante para lograr un buen estado nutricional en tiempos posteriores (Mazariegos & Zea, 2015). Dentro de los beneficios de la lactancia materna en una edad adulta se pueden encontrar la protección contra la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, como hipertensión, hipercolesterolemia, sobrepeso, obesidad, factores inflamatorios, entre otras (Mazariegos & Zea, 2015).

Aunque existen polémicas, la lactancia materna tendría un rol protector contra la obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus (DM) tipo 2 durante la adultez (Kelishadi & Farajian, 2014). Las tasas de obesidad son menores en lactantes alimentados con leche materna. Consta un 15 a 30% de disminución del riesgo de obesidad durante la adolescencia y adultez si hubo la presencia de lactancia materna durante la infancia, comparado con aquellos no amamantados (Eidelman et al., 2012). La duración de la lactancia se ve relacionada con el riesgo de sobrepeso, cada mes extra de lactancia se asocia con un 4% de disminución del riesgo. Por lo que se puede concluir que a mayor lactancia materna y niños alimentados con leche materna durante la infancia, menor riesgo de sobrepeso en una edad adulta (Eidelman et al., 2012).

Por otro lado, estudios muestran que la lactancia materna interviene en el neurodesarrollo de las personas, puesto a que se evaluaron a adultos mayores de 18 años a través de pruebas que miden su coeficiente intelectual (Mortensen, Michaelsen, Sanders, & Reinisch, 2002). Los resultados mostraron una relación dosis-respuesta entre la duración de la lactancia materna y todas las mediciones realizadas, quienes fueron amamantados por menos de un mes presentan 6,6 puntos menos que aquellos

amamantados durante 7 a 9 meses en la escala de WAIS y 2,1 puntos en la BPP (Mortensen et al., 2002).

Tomando en cuenta el riesgo de presentar déficit atencional y trastorno de espectro autista, un estudio encontró que la lactancia materna brindada exclusivamente durante los 6 primeros meses y prolongándola por más tiempo es un efecto protector para las dos condiciones (Bar, Milanaik, & Adesman, 2016). De la misma manera, la lactancia materna podría formar parte de un papel importante en la disminución del riesgo de presentar alteraciones de conducta (Rochat et al., 2016).

Respecto a la hipertensión, un estudio prospectivo evaluó a niños nacidos pretérmino y los siguió hasta la adolescencia. Los resultados mostraron que aquellos niños que fueron alimentados con leche materna, presentaron significativamente menores presiones arteriales media y diastólica que aquellos alimentados con fórmula para prematuros (Singhal, Cole, & Lucas, 2001). En este estudio no se encontraron diferencias entre los grupos para la presión arterial sistólica (Singhal et al., 2001)

Con respecto a la dislipidemia hay estudios que no muestran relación con la lactancia materna (Victoria et al., 2016). Aunque en una revisión de estudios de cohorte y casos-control se halló que existe una reducción del colesterol total y LDL de 7 mg/dL y 7,7 mg/dL respectivamente, en adultos que fueron alimentados en su niñez con leche materna, comparados con los que no (Chung et al., 2007). Haciendo referencia a la diabetes, un estudio de casos y controles comparó lactantes que recibieron lactancia materna y aquellos que no, al alta hospitalaria, aquellos que no fueron amamantados al alta, tuvieron un 33% más de riesgo de presentar diabetes dentro de sus primeros 20 años de vida<sup>27</sup>. Se ha estimado hasta un 30% de reducción en la incidencia de diabetes mellitus tipo I en aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva al menos 3 meses (Eidelman et al., 2012).

### **Beneficios para la madre**

A pesar de que todos los beneficios antes mencionados se ven directamente relacionados a los lactantes, existen beneficios de la lactancia materna para las madres también debido a que ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario, mama y no posee riesgos para el medio ambiente (OMS, 2016). Esta también se ve presente al momento del parto debido a que ayuda a reducir el riesgo de sangrado

uterino, ayuda a que el útero regrese a su tamaño normal, actúa como un mecanismo natural de planificación familiar, permite que la madre regrese a su peso normal más rápido y disminuyendo el riesgo de obesidad (Lawrence, 2007).

### **Beneficios sociales**

La lactancia materna, también contribuye con beneficios sociales en ámbitos familiares y a nivel nacional, puesto que, las madres que amamantan ayudan a que existan menos niños que se enfermen o mueran durante este periodo de vida, de esta manera la lactancia materna influyen directamente en la disminución de gastos hospitalarios (UNICEF, 2012). Otra de las ventajas es que se utiliza un recurso natural y renovable que no contamina el medio ambiente, permite que el país tenga una población de niños y niñas más sanos, inteligentes y seguros de ellos mismos, fomenta la inteligencia, productividad, el futuro del país, y por ultimo ayuda a que los familiares, comunidad y gobierno, se sientan comprometidos a mantener y apoyar la lactancia materna (UNICEF, 2012).

Tomando en cuenta los beneficios sociales de la lactancia materna exclusiva, se puede ver que esta también es importante a nivel económico debido a que estudios realizados, exponen que existió un mayor ingreso hospitalario en niños que no recibieron lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida en comparación con aquellos que si lo hicieron (Gorrita, Terrazas, Brito, & Ravelo, 2015). En total hubo un 68,8 % de ingresos de los que no recibieron lactancia materna exclusiva, con respecto al 31,2 % de los que si recibieron, lo que se puede ver en una proporción de 7 a 3 y así se pudo determinar un aumento en los gastos hospitalarios (Gorrita et al., 2015).

Al brindar lactancia materna a los niños y niñas durante los primeros meses de vida, disminuye una fuente de contaminación y es una importante fuente de ahorro de recursos a nivel familiar y a nivel nacional. Si se aplicaran las recomendaciones de lactancia materna exclusiva durante los meses indicados, los ahorros en gastos médicos y el costo del tiempo dedicado por los familiares, especialmente por los padres, se calculan en medio millón de dólares por año. Estas cifras no incluyen otros gastos relacionados a afecciones con la lactancia materna (Nicoll, & Williams, 2002). En países en vía donde existen varias comunidades pobres, el costo de la leche sustituta, más los biberones y la energía para preparar las fórmulas, pueden llegar a significar del 25 al 50% del ingreso familiar (Duncan et al., 1993).

### **2.1.3 Recomendaciones sobre lactancia materna**

Las recomendaciones otorgadas por la OMS acerca de la lactancia materna, hacen referencia a que en los seis primeros meses de vida los lactantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptima (OMS, 2016c).

A partir de los seis meses, con el fin de satisfacer sus necesidades nutricionales en progreso, los lactantes necesitan recibir alimentación complementaria adecuada y alimentos inocuos desde el punto de vista nutricional, sin dejar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde (OMS, 2016c). La lactancia natural exclusiva se puede realizar desde el nacimiento, con excepción de ciertos casos en los cuales existan algunas afecciones médicas (OMS, 2016c).

Para que las madres puedan mantener la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, la OMS y la UNICEF recomiendan que se debe iniciar la lactancia en la primera hora de vida; el lactante solo debe recibir leche materna sin ningún otro tipo de alimento ni bebida, ni siquiera agua; la lactancia debe ser realizada a demanda, es decir que la frecuencia no importa así sea en el día o la noche, según lo que el niño desee; y por último no se debe utilizar biberones, tetinas o chupones (OMS, 2016c).

### **2.1.4 Factores que influyen en el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva**

Cuando hablamos de factor, hacemos referencia a todo elemento o circunstancia que pueden llegar a originar un resultado (Niño et al., 2012). Dentro de los factores tomados en cuenta para estudios en los cuales se determina si estos intervienen en la duración de la lactancia materna se observan tres clasificaciones. Entre estos se encuentran los sociodemográficos, socio dependientes y antecedentes del recién nacido (Niño et al., 2012).

En los sociodemográficos se pueden encontrar datos como, la edad, nivel educativo, ocupación, paridad, estado civil (Niño et al., 2012). También se toman en cuenta factores socio dependientes, los cuales evalúan las características intervinientes en la duración de la lactancia materna como experiencia previa en lactancia materna anteriores, orientaciones recibidas sobre ventajas e importancia de la lactancia materna, momento en que recibió la información, principales fuentes de información, edad de inicio ingesta de jugos, leche artificial y comidas, causas de abandono de la lactancia materna (Niño et al., 2012). Por último los antecedentes del recién nacido también se evalúan como factores y se toman en cuenta la edad en meses, sexo, peso y talla del lactante para determinar el estado nutricional (Niño et al., 2012).

Tomando en cuenta los factores sociales, para tener una idea más clara de estos, se pueden determinar como todos los aspectos, fenómenos o situaciones que generan crisis o provocan un efecto dentro de la sociedad (Guzmán, & Caballero, 2012). Para que puedan ser determinados como sociales estos tienen relación entre dos cosas humanas que se pueden medir y observar desde afuera por alguien (Guzmán, & Caballero, 2012). De manera que se puede decir que el factor social, para ser social, tiene que ser público, relacional, y por tanto observable y medible desde afuera (Guzmán, & Caballero, 2012).

Diversos estudios concuerdan que las características sociodemográficas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva. Se muestran que aquellos factores que intervienen en el tiempo de duración de la lactancia materna de manera negativa debido a que no cumplen con el tiempo óptimo son las madres de menor edad, las solteras, las de un nivel socioeconómico menor, primíparas y con un menor nivel de educación (Thulier, & Mercer, 2009; Li, Fein, Chen, & Grummer-Strawn, 2008). Otra factor importante en el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva es la situación laboral de la madre debido a que la falta de apoyo en el trabajo puede impedir que esta siga con la lactancia materna exclusiva durante el tiempo recomendado (Oribe et al., 2015).

Una razón adicional por la cual las madres no continúan con la lactancia materna exclusiva es porque refieren no tener suficiente leche. Pero se observa que solo un porcentaje pequeño de madres que presentan estos casos, corresponde a la realidad (Niño et al., 2012).

Esto también se puede reflejar en la ENSANUT-ECU 2011-2013, en la cual se determina que una proporción muy pequeña de madres estarían imposibilitadas de dar de lactar a su niño en forma exclusiva (Freire et al., 2013). A pesar de esto, los resultados de este estudio, muestran que desde el primer mes de vida los niños no son alimentados con leche materna, por causas diferentes a las condiciones de salud de la madre o del niño, y que son ajenas a factores biológicos que podrían afectar a la práctica de la lactancia materna (Freire et al., 2013).

Factores como la escolaridad de la madre, los horarios de trabajos, la edad, número de hijos, pueden influenciar en el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, al igual que aquellos determinados por las madres como son la falta de leche o percepción de que el niño se queda con hambre (Pino, López, Medel & Ortega, 2013).

Este tipo de factores, presentes en diferentes estudios, pueden influir positiva o negativamente en el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva. Tomando en cuenta la edad de las madres como factor del tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, se determina que aquellas madres de menor edad tienen embarazos no planificados y la mayor parte de las veces no deseados (Pomata et al., 2009). Se puede ver también que en ciertos casos no tienen apoyo paterno ni familiar, y se encuentran en una etapa de cambios psicológicos y sociales, por lo que representan el grupo más vulnerable y el que mayor apoyo necesita por parte de la familia y profesionales de la salud (Pomata et al., 2009).

Por otro lado el estado civil es otro factor que determina el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, aquí se puede ver que las madres casadas presentaron mayores porcentajes de lactancia materna exclusiva lo cual se relaciona al apoyo familiar, especialmente al apoyo paterno ya que la falta de este y el hecho de que las mujeres solteras son las que mantienen gran parte de los gastos económicos de su familia serían las causas que llevarían a un abandono de la lactancia materna temprana (Pino et al., 2013).

El nivel de educación de las madres puede ser un factor social determinante debido a que puede influir en la duración de la lactancia materna exclusiva (Oliver et al., 2010). Las madres con educación media mantienen en mayor proporción la lactancia materna exclusiva mientras que aquellas que presenta mayor nivel de educación mantienen un porcentaje menor de la misma (Oliver et al., 2010). Se podría analizar que en los

extremos de las etapas educacionales existan las mayores tasas de destete precoz, debido a que la presencia de una baja escolaridad materna pudiera verse causada o determinada por el nivel socioeconómico, falta de instrucción acerca de la lactancia y mitos acerca de la misma (Oliver et al., 2010) . Por otro lado, las madres con estudios superiores, probablemente ponen como prioridad el trabajo que muchas veces dificulta el amamantamiento durante el tiempo adecuado de la lactancia materna exclusiva (Oliver et al., 2010).

En la ENSANUT-ECU 2011-2013 se observa a través de los resultados obtenidos, que a medida que se incrementa el nivel de instrucción de las madres, la proporción de madres que amamantaron a sus hijos disminuye, ya que un 61.3% de las madres cuyo nivel de instrucción era nulo, mantuvieron la lactancia materna exclusiva, mientras que solo un 29.2% de aquellas que mantenían un ciclo posbachillerato, superior o posgrado, brindaron lactancia materna exclusiva a sus hijos (Freire et al., 2013). Este comportamiento podría darse porque, a diferencia de otras poblaciones, en el Ecuador, las actividades de promoción de la lactancia materna no se han brindado de forma masiva y no ha existido un compromiso por promover esta práctica por parte del personal de salud, especialmente los pediatras (Freire et al., 2013).

Situaciones similares se observan en otro estudio realizados, ya que, se ve que a través de una regresión logística univariada hecha para analizar estadísticamente las variables, se obtuvo que dentro de las variables asociadas a una lactancia exitosa estuvo una menor escolaridad materna (OR 4,7 95% IC 2,4-9,2) (Niño et al., 2012).

La experiencia maternal también ha sido tomada en cuenta como factor dentro de esta problemática (Pino et al., 2013). Este es un factor negativo para el mantenimiento durante un tiempo prolongado de lactancia materna exclusiva debido a que las madres primerizas presentan inseguridad frente a la lactancia materna, y esto, debido a su falta de experiencia previa en el amamantamiento en comparación de aquellas que han tenido más hijos (Pino et al., 2013).

Otros factores por los cuales no se cumplen la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, son por la inadecuada información debido a la alta propaganda de sucedáneos de la leche materna, promoción incompleta e inoportuna de la lactancia materna, ocurrencia de mitos alrededor de la lactancia y

desconocimiento del marco legal que protege a la mujer lactante en el ámbito laboral (UNICEF, 2014).

La ausencia de un entorno favorable en la familia, en la comunidad o en el lugar de trabajo influye en el abandono de la lactancia materna exclusiva debido a que padres que no reconocen su rol en el periodo de lactancia y que no brindan apoyo; escasez de bancos de leche y grupos de apoyo a la lactancia a nivel comunitario; lugar de trabajo que no protege la lactancia y no cuenta con salas de amamantamiento ni guarderías son causas comunes del destete precoz (UNICEF, 2014).

Estos factores se pueden ver mencionados en diferentes estudios (Pino et al., 2013; Oribe et al., 2015). Como en el caso de un estudio realizado a 81 madres que tenían hijos entre 6 y 11 meses de edad. Se aplicó un instrumento formado por 11 preguntas cerradas y semiestructuradas. El método del estudio utilizado fue no experimental, descriptivo y de cohorte retrospectivo (Pino et al., 2013). Su objetivo fue determinar los factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en un centro de salud rural (Pino et al., 2013).

Aquí se tomaron en cuenta variables como, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, tipo de parto, entre otras. El 56,8% de las madres no proporcionó lactancia materna exclusiva a su hija/o hasta los 6 meses de vida, con un promedio de lactancia materna exclusiva de 1,7 meses. Respecto a la edad de la madre y la duración de la lactancia, aquellas que proporcionaron lactancia materna exclusiva tuvieron en promedio 29 años, y las que no lo hicieron durante el tiempo recomendado presentaron un promedio de 26 años, siendo una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,016$ ) (Pino et al., 2013).

Como resultados se encontró un 56,8% de destete precoz, siendo las razones más relevantes: hipogalactia con un porcentaje de 45,7%, indicación médica y enfermedad de la madre de 15,2%, y motivos laborales con un porcentaje de 13%. También se destacó que la edad de las madres influyó altamente en la duración de la lactancia materna exclusiva, donde las mayores de 26 años lactaron por más tiempo durante 8.6 meses con un porcentaje de 35,7% (Pino et al., 2013). Este resultado se puede deber a que las mujeres mayores practican lactancia materna exclusiva por más tiempo porque tienen mayor madurez y preparación psicológica, así como el deseo de tener un hijo (Potama et al., 2009). Las madres de menor edad presentan un grupo vulnerable ya que

tienen embarazos no planificados y muchas veces no deseados, por esta razón algunas ocasiones no tienen apoyo paterno ni familiar, y se encuentran en una etapa de cambios psicológicos y sociales en su vida lo cual influyen de manera significativa (Potama et al., 2009).

Otro estudio descriptivo transversal, en el cual participaron 256 madres del sector público y 1 privado en total. Por regresiones logísticas multivariadas se determinaron factores asociados a lactancia materna exclusiva de 6 meses. Entre los resultados se obtuvo que la duración de la lactancia materna exclusiva incluyendo sólo a niños que habían cumplido 6 meses (93 del sistema público y 88 del sistema privado). Casi un 25% de las madres suspendió la lactancia materna exclusiva antes de tres meses y el 46% la mantuvo hasta los 6 meses (Niño et al., 2012). El análisis por regresión logística univariada mostro que las variables asociadas a una lactancia exitosa fueron una experiencia previa positiva (OR 3,0 95% IC 1,5-62), una menor escolaridad materna (OR 4,7 95% IC 2,4-9,2), ser dueña de casa (OR 1,8 95% IC 1,0-2,9) y sexo femenino del lactante (OR 3,6 95% IC 1,9-7,0) (Niño et al., 2012).

Aunque hubo mayor abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en el sistema privado, la diferencia con el sistema público no fue tan relevante. En este estudio según la información otorgada por la madre, los principales causas por los cuales hubo el abandono de la lactancia, fueron por decisión propia y porque las madres pensaban que el niño quedaba con hambre con comportamiento diferente entre ambos grupos ( $p < 0,001$ ) (Niño et al., 2012). Otros factores que se pudieron destacar en este estudio que influyeron al destete precoz a problemas de estética y en menor frecuencia a la salud del niño, trabajo o estudio materno. En la mayor parte el comportamiento de estas variables difirió entre un centro de salud con el otro (Niño et al., 2012).

Un estudio similar a los anteriores realizado en España, donde participaron 638 mujeres embarazadas, seguidas desde el primer trimestre de embarazo hasta los 14 meses de edad de sus hijos o hijas, tuvo como objetivo "Estimar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en la cohorte INMA (Infancia y Medio Ambiente) de Guipúzcoa durante los primeros 6 meses de vida del bebé" e "Identificar las razones de su abandono y determinar los factores asociados" (Oribe et al., 2015). Se utilizaron modelos de regresión logista en fase temprana ,4 meses, y fase tardía, 6 meses (Oribe et al., 2015). Los resultados de este estudio demostraron que la lactancia materna

exclusiva fue de un 84.8% al alta hospitalaria, 53.7% a los cuatro meses y de 15, 4% a los seis meses de vida. Las razones dadas por las madres del abandono de la lactancia materna exclusiva, fue principalmente la laboral con 31.1%, seguido de la hipogalactia con un porcentaje de 19,4% (Oribe et al., 2015).

Las variables asociadas con un mayor riesgo de abandono en el periodo temprano fueron las siguientes: que la madre no tuviera decidido antes del parto el tipo de lactancia que iba a dar al recién nacido, el ser parte de una clase social baja, madre primípara y la zona en la vivía. Por otra parte en relación con el abandono tardío, el factor determinante para no mantener la lactancia materna exclusiva fue el tiempo de baja por maternidad (Oribe et al., 2015). Las madres con permisos de entre 4 y 6 meses mostraron una prevalencia mayor de abandono de la lactancia materna exclusiva en comparación con las mujeres que no trabajaban (Oribe et al., 2015).

Dentro del estudio se plantea que el abandono precoz de lactancia materna, podría prevenirse a través del asesoramiento profesional, comunicando a las madres acerca del beneficio de la lactancia materna exclusiva y dando pautas para un manejo correcto de amamantamiento (Oribe et al ,2015). En el abandono tardío de lactancia materna exclusiva entre los 4 y 6 meses, haciendo referencia al factor determinante que es el tiempo de baja por maternidad, se han señalado medidas como disponer salas de lactancia para que las madres puedan sacarse leche, ser más flexibles en la jornada y horario laboral para que la madre pueda mantener contacto con él bebe durante más tiempo y así brindar la lactancia materna durante exclusiva durante el tiempo óptimo, trabajar desde casa en los casos que sean posibles y proporcionar guarderías adjuntas al trabajo si es que es posible (Oribe et al ,2015).

Otro estudio descriptivo, de corte transversal para determinar la influencia de algunas variables en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva. El universo fue constituido por 210 lactantes y la encuesta aplicada constó de preguntas cerradas y semi cerradas para las variables escolaridad, ocupación, fuente de información y conocimientos sobre Lactancia Materna, así el tiempo de práctica de la misma (Avalos, Mariño, & González, 2016).

Los resultados obtenidos del estudio, presentaron que solo el 48,6 % de las madres amamantaban a sus hijos exclusivamente de 4 a 6 meses (Avalos et al., 2016). Con respecto a las variables sociodemográficas, la escolaridad de la madre relacionada

con el tiempo de lactancia materna exclusiva tuvo como resultados que a medida que incrementa el nivel de escolaridad de la madre, el tiempo de lactancia materna exclusiva es más alto (Avalos et al., 2016). Los resultados mostraron que las madres que tenían un nivel de educación preuniversitario y técnico medio mantuvieron la lactancia materna exclusiva por más tiempo en un 18,1 %, seguida por las de escolaridad universitaria en un 13,8 % (Avalos et al., 2016). Esto se puede dar debido a que sin duda cualquier actividad de promoción de la lactancia materna, tienen mejores resultados en aquellas madres que tienen mayor nivel cultura (Avalos et al., 2016).

La ocupación de la madre en relación con el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, muestra que, las madres trabajadoras presentan porcentajes más altos de lactancia materna exclusiva en comparación a las amas de casa (Avalos et al., 2016). Esto tiene que ver con la existencia en el país de la legislación laboral que protege la maternidad y la infancia y le permite a la mujer brindar lactancia materna durante los tiempos recomendados (Avalos et al., 2016).

Sin embargo, investigaciones realizadas en otros países reportan que la madre trabajadora forma parte de una de las causas fundamentales de abandono de la lactancia materna, ya que no tienen disposiciones legales vigentes que protejan la maternidad (Urquiza, 2014).

En este estudio también se describieron variables en relación a los conocimientos sobre lactancia materna. Los resultados mostraron que menos de la mitad de las madres que participaron en el estudio presentaban buenos conocimientos del tema (49,5%). Pero esta razón, es clara la necesidad de aumentar las tareas de promoción de la lactancia materna exclusiva, para que esta cumpla con los tiempos recomendados y así obtener un desarrollo adecuado de los infantes (Avalos et al., 2016).

También existen estudios en los que se toman en cuenta solo uno de los factores que puede influir en la duración de la lactancia materna exclusiva. En el siguiente estudio descriptivo se evaluaron a 60 lactantes y a sus familias para evaluar las características de la familia, su funcionamiento familiar y su relación con el tiempo de lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida (Gorrita, Ortiz, & Alfonso, 2016). Se obtuvieron como resultados que al cuarto mes solo el 46,6 % recibía lactancia materna exclusiva, aunque en el primer mes esta cifra fue del 98,3 %, y disminuyó drásticamente hasta alcanzar solo un 16,6 % al sexto mes (Gorrita et al., 2016).

Los niños que pertenecían a familias pequeñas, comenzaron la lactancia materna exclusiva en su totalidad, pero solo en el 20 % de los casos la conservaban hasta el cuarto mes. Para el cuarto mes los niños de familias grandes y medianas que mantuvieron porcentajes mayores en cuanto a la lactancia materna exclusiva, la conservaban en cifras del 42,9 y el 63,6 % respectivamente (Gorrita et al., 2016). Por lo tanto se destaca que, aunque globalmente los resultados con respecto a la utilización de la lactancia materna exclusiva no fueron favorables, en los niños cuyas familias, por su composición, medianas y nucleares, se alcanzaban porcentajes más altos de permanencia de lactancia materna exclusiva (Gorrita et al., 2016).

Esto se puede deber a que existen familias que toman diferentes formas de afrontamiento ajustadas ante determinadas situaciones dificultosas, y pueden poner a prueba mecanismos estabilizadores que les proporcionen salud y bienestar, mientras que otras familias no pueden afrontar las situaciones por sí solas, y manifiestan desequilibrios que condicionan cambios en el funcionamiento familiar (Herrera, 2008).

Un estudio realizado en España, de carácter prospectivo cuyo objetivo fue, conocer la prevalencia de la lactancia materna durante los primeros 12 meses posparto y analizar los factores asociados a su abandono (Rius et al., 2014). Utilizó como análisis estadísticos el bivariado y multivariado (Rius et al., 2014). Participaron 452 madres que daban de lactar y se obtuvo como resultado que el 81% de los casos comenzó la lactancia materna exclusiva, y solo el 39% persistió hasta los 3 meses y el 21% hasta los 6 (Rius et al., 2014).

Dentro de estos resultados se obtuvo que los factores asociados a un abandono precoz de la lactancia materna fueron hábito tabáquico materno (OR = 1,56; IC 95%: 1,10-2,22), expectativas pobres sobre la duración de la lactancia (OR = 2,19; IC 95%: 1,49-3,23), utilización de pezoneras (OR = 2,57; IC 95%: 1,69-3,90), uso rutinario del chupete durante el primer mes posparto (OR = 1,39; IC 95%: 1,02-1,91), madre con estudios universitarios (OR = 0,59; IC 95%: 0,40-0,88 (Rius et al., 2014).

Se pudo observar que existen diferentes factores que también influyen en la duración de la lactancia materna que se han tomado, como son las practicas que se realizan de la lactancia, y en este caso el uso de diferentes instrumentos como pezoneras o chupones. De ahí se ve que dentro de los factores sociales que fue significativo estadísticamente fue el nivel de educación de las madres ya que, aquellas que

presentaban estudios universitarios tuvieron un precoz abandono de la lactancia materna (Rius et al., 2014). Lo cual es diferente a los resultados obtenidos en el estudio de Avalos y colaboradores antes mencionado, en el cual proponen que esto se puede dar debido a que cualquier actividad de promoción de la lactancia materna, tienen mejores resultados en aquellas madres que tienen mayor nivel cultura (Avalos et al., 2016).

Ampliando un poco más el tema acerca de los factores que intervienen en el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, se realizó una investigación epidemiológica, de tipo descriptiva y retrospectiva, para evaluar el comportamiento de la lactancia materna según algunas variables de interés epidemiológico en menores de un año del Consejo Popular Yara Norte, perteneciente al Policlínico “Luis E. de la Paz” de Yara, durante el período comprendido entre enero de 2013 y enero 2014 (Rodríguez, Rodríguez, Elías, Rodríguez, & Lastres, 2017).

El universo fue de 122 pacientes y se obtuvo como resultados que, que las madres entre el rango de edad de 25- 29 años, trabajadoras y con nivel escolar pre- universitario, fueron las que mantuvieron más casos de la lactancia materna exclusiva hasta el tiempo recomendado, con respecto la causa principal de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva fue que las madres que no tenían leche suficiente y se evidenció que el buen funcionamiento familiar aumenta el tiempo de lactancia materna exclusiva, debido a que las familias clasificadas como funcionales y moderadamente funcionales, alcanzaron más del 70% de los casos con mayor duración de la misma (Rodríguez et al., 2017).

Según los resultados de la edad de la madres se puede ver que entre este rango de edad las mujeres están creadas las condiciones biológicas y psicológicas para el embarazo y la lactancia materna y se encuentran en el momento óptimo para realizarlo, debido a que ya tienen la madurez biológica y social adecuada, lo que no ocurre en edades extremas (Rodríguez et al., 2017). Por otro lado las madres trabajadoras y con estudios pre universitarios presentan más casos de lactancia materna exclusiva en el tiempo óptimo debido a que un mayor nivel de conocimiento por la madre facilita a la madre la comprensión acerca de la necesidad de su hijo de alimentarse con leche materna (Rodríguez et al., 2017).

A pesar de que estos resultados sean similares al de Avalos y colaboradores, existen otros que muestran que una baja escolaridad y la ocupación de la madre influyen

en el abandono de la lactancia materna exclusiva (Thulier, & Mercer, 2009; Urquiza, 2014).

Un estudio transversal descriptivo realizado por medio de encuestas estructuradas e individuales no aleatorias a 609 madres, tuvo como objetivo: “Caracterizar el uso de la lactancia materna en Puerto Carreño e identificar los factores asociados a brindar leche materna al recién nacido, lactancia exclusiva y lactancia materna total” (Niño, 2014). Para el análisis estadístico se realizaron métodos univariados, bivariados, curvas de supervivencia y modelos de regresión logística binaria y se obtuvieron a través de estos que las principales factores asociados a la lactancia se relacionan con la ocupación, el entorno familiar, la condición indígena, experiencias maternas anteriores y el acceso a los servicios de salud (Niño, 2014).

El apoyo emocional que brinda el cónyuge a la madre lactante y la estabilidad familiar dada por el jefe de hogar mejora el uso de lactancia materna (Gamboa, López, Prada, & Gallo, 2008), condición que concuerda a lo obtenido con respecto a la probabilidad desfavorable de las madres solteras de lactar al recién nacido (Niño, 2014).

Las comunidades indígenas registran tiempos de lactancia materna prolongada aunque altos índices de desnutrición infantil, probablemente por la introducción tardía de la alimentación complementaria y el déficit de ingesta proteica (Becerra, Puentes, & Rodríguez, 2009). En este estudio se observa que las participantes indígenas prolongan por más tiempo la lactancia materna pero no incluyen la alimentación complementaria en los tiempos indicados (Niño, 2014).

Se considera que las amas de casa tienen más tiempo y menor ansiedad dar de lactar durante el embarazo (Brecailo, Corso, Almeida, & Schmitz, 2010). Lo cual coincide con la mayor probabilidad de lactar al recién nacido obtenido en los resultados en este grupo de madres (Niño, 2014).

Las políticas hospitalarias y estrategias de apoyo dadas por los establecimientos y personal de salud determinan el uso de la lactancia materna en una población (Gamboa et al., 2008), lo cual es parecido a los resultados obtenidos que hacen referencia a la relación positiva entre el acceso al control posnatal e información relacionada a lactancia materna y sus buenas prácticas (Niño, 2014).

Otro de los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida es el lugar de residencia. Según la ENSANUT-ECU 2011-2013, la proporción de niños que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva es mayor en el área rural con un 58.9% en comparación con los niños del área urbana con 35.9%. La edad de la madre también es un factor que determina el tiempo de lactancia materna exclusiva, se determina según la ENSANUT-ECU 2011-2013, que solo el 18% de las madres de una edad joven de 12 a 14 años, dieron la lactancia materna; mientras que casi la mitad de las madres mayores de 35 años dieron lactancia materna exclusiva con 46% de porcentaje (Freire et al., 2013). A pesar de que el número de madres jóvenes es muy pequeño en el estudio, esta cifra podría estar indicando, riesgo en la salud del niño al no asegurarle la leche materna como el único alimento al inicio de la vida y hasta los 6 meses de edad (Freire et al., 2013)

A pesar de que lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud se ha observado según los estudios analizados que la duración de la lactancia materna exclusiva no prevalece durante el tiempo adecuado en la mayoría de países lo cual también causa gastos a nivel hospitalario e influyen de manera significativa en el estado nutricional de los lactantes.

### **2.3 Indicadores antropométricos**

La lactancia materna durante los primeros meses de vida favorece al crecimiento y desarrollo de los lactantes (Anderson et al., 1994). Los estudios en países de ingresos medios y bajos proponen que el decaimiento precoz en la curva de crecimiento, se presenta en niños que no han sido alimentados con lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida y que esta disminución en la velocidad de crecimiento podría estar relacionada con una alimentación inadecuada y una manipulación alimentaria insuficiente (Anderson et al., 1994).

Un estudio realizado propone que los niños que son alimentados con lactancia materna exclusiva durante el tiempo recomendado, se mantienen en sus curvas. Por lo contrario en los casos en que los niños no fueron alimentados con lactancia materna exclusiva presentaros más casos con riesgos de baja talla para la edad (Jiménez, Curbelo, & Peñalver, 2005).

Con respecto al peso, se conoce que la alimentación durante los primeros meses de vida es de gran importancia en el patrón de ganancia de peso y en el desarrollo de la grasa corporal, además que se asocia un menor número de episodios de diarreas y enfermedades respiratorias, las cuales son comunes a esa edad y pueden influir en el estado nutricional del niño (Jiménez et al., 2005).

Los indicadores utilizados para determinar el estado nutricional de los lactantes dentro de este estudio fueron tomados en cuenta según la ENSANUT –ECU 2011-2013. Los dos indicadores que se utilizaron corresponden a longitud/talla para la edad y peso/longitud

**Longitud/talla para la edad:** La baja talla es un indicador de los efectos negativos que se han ido acumulando debido a espacios de alimentación inapropiada en cantidad o calidad, a los efectos de las infecciones agudas repetitivas, así como también a las deficiencias en nutrientes determinados, como zinc y calcio (Lutter & Chaparro, 2008). Los niños que están expuestos a una nutrición deficiente pueden presentar problemas de crecimiento y tienen baja talla para la edad, es decir, son pequeños (Lutter & Chaparro, 2008).

A este retardo en el crecimiento lineal también se le conoce como desnutrición crónica o desmedro. El déficit de talla que se ha mantenido durante los primeros 2 años de vida rara vez es recuperado, incitando que el niño presenten desnutrición crónica (retardo en talla) permanente (Lutter & Chaparro, 2008).

**Peso/ longitud:** Este indicador es una medida del estado nutricional actual. El bajo peso para la talla, se lo conoce también como emaciación o desnutrición aguda, y es casi siempre, el resultado de una ingesta de alimentos insuficiente en períodos cortos y/o episodios seguidos de enfermedades agudas recientes, en especial diarrea. Las dos formas de emaciación grave son el kwashiorkor y el marasmo, y se generan cuando existen casos de desnutrición extrema (Lutter & Chaparro, 2008).

## **Hipótesis**

Los factores socio demográficos, socio dependientes y conocimientos acerca de la lactancia materna si se encuentran asociados al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva.

## Capítulo III: Resultados y Discusión

### 3.1. Resultados

Se realizaron 52 encuestas a madres que asistían al centro de salud número 1 del centro histórico de Quito, eliminándose 12 de estas por datos incompletos. Quedando con una muestra total de 40 madres participantes, con hijos entre 6 a hasta 24 meses de edad. Entre ellos, 18 fueron hombres y 22 mujeres, dando como porcentajes 45% y 55% respectivamente (Tabla 1). Por otro lado el rango de edad en meses de los lactantes fue establecido de 6 a 24 meses, la media de esta se mantuvo en 11,58, con una edad mínima de 6 meses y máxima de 21 meses (Tabla 2).

**Tabla 1**  
**Sexo del lactante**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hombre</b>	18	45,0
<b>Mujer</b>	22	55,0
<b>Total</b>	40	100,0

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

Entre las variables que hacían referencia a las condiciones de la madre se encontraron la edad, escolaridad, ocupación y situación conyugal, nivel económico, paridad entre otros.

Se pudo obtener como información según la edad de las madres, que el 12,5 % del total eran menores de 19 años, 85% de 20 a 34 años y el 2,5% de 35 y más años

(Tabla 2). En resultados dentro de la ENSANUT- 2011-2013, se muestran resultados en los cuales mientras menos edad tenga la madre, menor es el porcentaje que practican lactancia materna exclusiva durante los 6 meses. A pesar de que en ese estudio el número de madres jóvenes era pequeño es importante observar que del total de las madres jóvenes una menor proporción practica la lactancia materna exclusiva a nivel nacional (Freire et al., 2013).

Dentro de este estudio, a través de la regresión logista multinomial aplicada para el análisis estadístico, no se encontró ningún resultado significativo estadísticamente con relación al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva debido a que los resultados dieron ( $p > 0.05$ ).

**Tabla 2**  
**Edad de la madre**

<b>Rangos de edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>De 20 a 34 años</b>	34	85	85
<b>De 35 y más años</b>	1	2,5	87,5
<b>Menor a 19 años</b>	5	12,5	100
<b>Total</b>	40	100	100

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

Haciendo referencia a la escolaridad se observó dentro de este estudio que un 17,5% de las madres participantes, solo completaron la educación primaria, el 60% la secundaria básica, un 2,5% de las madres llegaron a un nivel de escolaridad técnico y un 20% de las madres a un nivel de escolaridad universitario (Tabla 3). Con respecto a la asociación de esta variable con el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, se obtiene como resultado que no es estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ).

La ENSANUT-ECU 2011-2013, refleja que en el Ecuador a medida que se incrementa el nivel de instrucción de las madres, la proporción de madres que amamantaron a sus hijos disminuye. Lo que se contrapone a estudios en países desarrollados en los cuales se muestra que a mayor nivel de educación de la madre,

mayor la proporción de niños que reciben leche materna en forma exclusiva (Freire et al., 2013).

**Tabla 3**  
**Escolaridad de la madre**

<b>Nivel de escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Primaria</b>	7	17,5	17,5
<b>Secundaria básica</b>	24	60	77,5
<b>Técnico medio o preuniversitario</b>	1	2,5	80
<b>Universitario</b>	8	20	100
<b>Total</b>	40	100	100

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

En este estudio el 60% de las madres participantes refirieron ser amas de casa, el 15% estudiantes y un 25% trabajadoras (Tabla 4). A pesar de que la mayoría de las madres que participaron en este estudio son amas de casa, estadísticamente este factor no es significativo en relación a tiempo de duración de la lactancia materna ( $p > 0.05$ ). Sin embargo Niño, Silva, & Atalah, (2012), exponen en su estudio que un factor que interviene en la lactancia materna exitosa es ser ama de casa. Esto se puede ver relacionado a un desconocimiento del marco legal que protege a la mujer lactante en el ámbito laboral y que impide que (UNICEF, 2014).

**Tabla 4**  
**Ocupación de la madre**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Ama de casa</b>	24	60	60
<b>Estudiante</b>	6	15	75
<b>Trabajadora</b>	10	25	100
<b>Total</b>	40	100	100

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

Tomando en cuenta a la situación conyugal de las madres participantes, se obtuvo como resultados que el 8% del total estaban casadas, 11% solteras y el 21% unión libre (Tabla 5). Dentro de la regresión logística multinomial realizada en este estudio, se obtuvo que este factor no es estadísticamente significativo ( $p > 0.05$ ). Sin embargo, el apoyo emocional que brinda el cónyuge a la madre lactante y la estabilidad familiar dada por el jefe de hogar puede mejorar la duración de lactancia materna (Gamboa, López, Prada, & Gallo, 2008), condición que concuerda a lo obtenido con respecto a la probabilidad desfavorable de las madres solteras de lactar al recién nacido (Niño, 2014). Debido a estos datos, las mujeres casadas y que viven con su pareja, brindarían por más tiempo lactancia materna exclusiva a sus hijo/as (Niño, 2014).

En otro estudio se ven resultados similares puesto que las madres casadas presentaron mayores porcentajes de lactancia materna exclusiva lo cual se ve relacionado al apoyo familiar, especialmente al apoyo paterno ya que la falta de este y el hecho de que las mujeres solteras en su mayoría son las que mantienen gran parte de los gastos económicos de su familia serían las causas que llevarían al destete temprano (Pino et al., 2013).

**Tabla 5**  
**Situación Conyugal**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Casada</b>	8	20	20
<b>Soltera</b>	11	27,5	47,5
<b>Unión libre</b>	21	52,5	100
<b>Total</b>	40	100	

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

Según los ingresos económicos familiares de las participantes, solo se pudo obtener información de 30 de las madres, debido a que de las 40, 10 no sabían cuáles eran los ingresos económicos dentro de su hogar. Como resultados se obtuvo que la mínima cantidad de ingresos familiares es de 100 usd mensuales, lo máximo de 1200 usd y un promedio de 540,33 usd por mes (Tabla 6). De estas el 46,6 % presentan un ingreso familiar de 100 a 400 usd mensuales, el 33,3% de 500-800 usd mensuales y el

13,3% de 900- 1200 usd mensuales (Tabla 7). A pesar de esto no fue una variable estadísticamente significativa dentro de la regresión logística multinomial ( $p > 0.05$ ).

Este factor económico de las madres también es tomado en cuenta en otros como en la ENSANUT- ECU 2011-2013, en la cual hacen referencia al quintil económico al cual pertenece la madre. Se obtienen como resultados la lactancia materna exclusiva es proporcionalmente mayor en el quintil más pobre, comparándola con los quintiles de mayores ingresos económicos (Freire et al., 2013). Estos resultados son diferentes a lo que sucede en países desarrollados en los cuales existe un incremento en la proporción de mujeres que practican la lactancia materna exclusiva en todos los estratos (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

En el Ecuador estos resultados son diferentes debido a que las madres que pertenecen a los quintiles económicos más altos, se encuentran con mayor exposición a la promoción de la fórmula por las consultas privadas y al poco control del código de sucedáneos de la leche materna (Freire et al.,2013).

**Tabla 6**  
**Ingresos Familiares**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>
<b>Total</b>	30	100	1200	540,33

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

**Tabla 7**  
**Ingresos familiares por cantidad**

<b>Rango de cantidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>100-400 usd</b>	16	53,33	53,33
<b>500-800 usd</b>	10	33,33	86,66
<b>900-1200usd</b>	4	13,33	100
<b>Total</b>	30	100	100

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

| Acerca de la constitución familiar de las participantes, se determinó que el 45% vivía con su pareja e hijos, el 25% con su pareja, hijos y otros familiares, 22,5% con sus hijos y otros familiares y el 7,5% solo vivían con sus hijos. Dentro de lo que corresponde a otros familiares en las categorías, se tomó en cuenta a madre, padre, hermanos, suegra o suegro, lo cual genera que la constitución del familiar sea más grande (Tabla 7). Estadísticamente en este estudio no es significativo con la duración del tiempo de la lactancia materna exclusiva ( $p > 0.05$ ).

Sin embargo se muestra que, los niños que pertenecen a familias pequeñas, reciben lactancia materna exclusiva durante el tiempo recomendado en un porcentaje menor a aquellos que pertenecen a familias grandes o medianas ya que estos presentan un mayor tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva (Gorrita et al., 2016). Por lo que los niños que pertenecen a familias nucleares y grandes conservan por mayor tiempo la alimentación a través de la lactancia materna exclusiva (Gorrita et al., 2016).

**Tabla 8**  
**Constitución del núcleo familiar**

<b>Constitución de núcleo Familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Pareja e Hijos</b>	18	45	45
<b>Pareja, Hijos y Otros familiares</b>	10	25	70
<b>Hijos y otros familiares</b>	9	22,5	92,5
<b>Solo Hijos</b>	3	7,5	100
<b>Total</b>	40	100	100

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

Con respecto al número de hijos anteriores muestra que el 57,5% de las participantes son madres primíparas y el 42, 5% tienen más de un hijo (Tabla 9). De estas las 17 madres multíparas han otorgado lactancia materna a sus hijos anteriores durante el tiempo 4 a 6 meses. En este estudio, esta variable no es estadísticamente significativa en relación al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva ( $p >$

0.05). A pesar de estos resultados, se ha visto en otro estudio que una de las variables asociadas a uno mayor riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva en un periodo temprano fue que la madre sea primípara, dada tal vez por una falta de experiencia (Oribe et al.,2015).

**Tabla 9**  
**Hijos anteriores**

<b>Hijos anteriores</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>No tiene más hijos</b>	23	57,5	57,5
<b>1-3 hijos</b>	17	42,5	100
<b>Total</b>	40	100	100

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

Acerca de la experiencia previa de lactancia materna exclusiva se pudo establecer que de las 17 madres multíparas el 30% de ellas presentaron una buena experiencia sobre la lactancia materna, el 10% regular y solo el 2,5 % mala (Tabla 10). Sin embargo esta variable no es estadísticamente significativa en la regresión logística multinomial ( $p > 0.05$ ). A pesar de esto se ve que la experiencia previa de la lactancia materna favorece al tiempo de duración de la misma (OR 3,0 95% IC 1,5-62) (Niño et al., 2012).

**Tabla 10**  
**Experiencia previa de la lactancia materna**

<b>Experiencia previa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Buena</b>	12	30	30
<b>Mala</b>	1	2,5	32,5
<b>Regular</b>	4	10	42,5
<b>Total</b>	17	42,5	42,5

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

Acerca de la variable de orientaciones previas sobre ventajas e importancia de la lactancia materna exclusiva de la madres, se observó que el 70% de las mismas si tuvo orientaciones previas de la misma mientras que el 30% de estas no (Tabla 11). De las que tuvieron orientas previas se destacó que un 40% las recibió durante el embarazo, 12,5% antes del embarazo, 12,5% después del parto en controles de salud y maternidad y el 5% en varios momentos antes mencionados (Tabla 12). Sin embargo a través de la regresión logística multinomial se obtuvo como resultado que este factor no fue estadísticamente significativo ( $p > 0.05$ ).

Al igual que en otras investigaciones un porcentaje alto de madres reciben orientaciones sobre la lactancia materna exclusiva. La mayoría de ellas las reciben en diferentes periodos destacando como segundo lugar en los controles prenatales (Niño et al., 2012). Aunque lo ideal sería que en todos los momentos exista información sobre orientaciones de la lactancia materna, tanto en el embarazo, parto, puerperio y controles de crecimiento y desarrollo (Niño et al., 2012).

**Tabla 11**  
**Orientaciones previas de Lactancia Materna Exclusiva**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>	<b>Acumulado</b>
<b>No</b>	12	30	30
<b>Si</b>	28	70	100
<b>Total</b>	40	100	100

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

**Tabla 12**  
**Momento en el que recibió orientaciones sobre lactancia materna**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Antes del embarazo</b>	5	12,5	12,5
<b>Después del parto en controles de salud y maternidad</b>	5	12,5	25
<b>Durante el embarazo</b>	16	40	65
<b>En varios momentos antes mencionados</b>	2	5	72,5
<b>No las recibió</b>	12	30	100

<b>Total</b>	40	100	100
--------------	----	-----	-----

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

La variable acerca de las principales fuentes de información de orientaciones previas sobre ventajas e importancia de la lactancia materna exclusiva, presentó como resultados que la mayoría de las madres participantes dentro de este estudio obtuvieron orientaciones sobre la lactancia materna por medio de los médicos y familia, con porcentajes de 62,5% y 25% respectivamente. Mientras que por parte de las enfermeras solo el 12,5% recibieron orientaciones previas sobre la lactancia (Tabla 13).

Estos resultados varían en comparación a un estudio en el cual, casi la mitad de los casos recibió información a través de los integrantes del equipo de salud (médico, enfermera, nutricionistas, matronas), mientras que hubo una pequeña proporción que refirió que los familiares fueron fuente de información sobre la lactancia materna exclusiva (Niño et al., 2012).

Se puede ver que las políticas hospitalarias y estrategias de apoyo dadas por los establecimientos y personal de salud determinan el uso de la lactancia materna en una población (Gamboa et al., 2008), lo cual es parecido a los resultados obtenidos que hacen referencia a la relación positiva entre el acceso al control posnatal e información relacionada a lactancia materna y sus buenas prácticas (Niño, 2014).

**Tabla 13**  
**Principales fuentes de información sobre orientaciones acerca de Lactancia Materna Exclusiva**

<b>Fuentes de información</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Familia</b>	10	25	25
<b>Medico</b>	25	62,5	87,5
<b>Enfermera</b>	5	12,5	100
<b>Total</b>	40	100	100

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

Tomando en cuenta la variable de causas del abandono de la lactancia materna exclusiva se pudo evidenciar que las principales causas de abandono hacen referencia a “comenzar a estudiar o trabajar”, “él bebe rechazaba o no quería coger el seno”, y la última “no tenía suficiente leche en los senos” (Tabla 14). De ahí más de la mitad de las madres participantes, reflejan que siguen dando de lactar a sus hijos siguen dando (82,5%).

Aunque la lactancia materna exclusiva no se haya cumplido dentro del tiempo recomendado, se puede deber más que nada a la introducción de agua o alimentos semisólidos en la dieta antes de los 6 meses. Debido a que un 40% de las madres dieron agua a sus hijo/as antes de los 6 meses, y 22,5 % de las mismas introdujeron alimentos sólidos o semisólidos a la dieta de los niño/as antes de los 6 meses (Tabla 15) (Tabla 16) respectivamente. A pesar de esto, dentro de este estudio, estas variables no presentaron significancia estadística dentro del estudio ( $p > 0.05$ ).

En otro estudio similar se ve que las principales causas de abandono de la lactancia materna exclusiva se ven relacionadas a que “no se llenaba el niño”, “porque no dormía”, “lloraba mucho” o “para poder comenzar a estudiar y trabajar” (Pérez et al., 2016). En comparación al presente estudio la causa similar que se observa es la de empezar a trabajar o estudiar.

Otro estudio similar muestra el destete se vinculó a problemas de estética y en menor frecuencia a la salud del niño, trabajo o estudio materno (Niño et al., 2012). A diferencia del presente estudio, los problemas de estética, no son causa de abandono de la lactancia en las madres participantes. Mientras que las causas de abandono por trabajo o estudio se encuentran en los dos estudios anteriores, al igual que en este.

Con respecto a la introducción de otros líquidos y alimentos a la alimentación del niño, se observa que en estudios como la ENSANUT-ECU 2011-2013 muestra que el 48.9% de niño/as de 3 a <4 meses, el 55.5% de niños 4 a <5 meses y el 71,5 % de niño/as de 5 a <6 meses fueron expuestos a líquidos diferentes a la leche materna (Freire et al., 2013). De igual manera se obtiene porcentajes de 6.6% de niños entre 3 a <4 meses, 10,1% entre 4 a <5 meses y 24,3% de 5 a <6 meses los cuales estuvieron expuestos a alimentos sólidos y semisólidos (Freire et al., 2013).

**Tabla 14**  
**Causas del abandono de la lactancia exclusiva actual**

<b>Causas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Comenzar a estudiar o trabajar</b>	2	5	87,5
<b>Él bebe rechazaba o no quería coger el seno</b>	2	5	92,5
<b>No tenía suficiente leche en los senos</b>	2	5	97,5
<b>por otros motivos</b>	1	2,5	100
<b>Total</b>	40	100	100

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

**Tabla 15**  
**Edad en que empezó a darle agua u otros líquidos al lactante**

<b>Edad en meses</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
3 meses	5	12,5	12,5
4 meses	3	7,5	20
5 meses	8	20	40
6 meses	15	37,5	77,5
Más de 6 meses	9	22,5	100
<b>Total</b>	40	100	100

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

**Tabla 16**  
**Edad en que empezó a darle otros alimentos sólidos o semisólidos.**

<b>Edad en meses</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Acumulado</b>
4 meses	3	7,5	7,5
5 meses	6	15	22,5
6 meses	18	45	67,5
Más de 6 meses	13	32,5	100
<b>Total</b>	40	100	100

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Dentro de las preguntas de prácticas y conocimientos de lactancia materna exclusiva, se tomaron en cuenta las 6 más importantes para ser descritas, entre estas se destacan aquellas que se encuentran relacionadas con los beneficios de la lactancia materna exclusiva tanto para el lactante como para la madre, meses en los que se introduce a la dieta líquidos o alimentos, técnicas y frecuencia con la que se debe dar de lactar a los niño/as.

Entre los resultados de las preguntas se obtuvo que el 80% de las madres respondieran correctamente la pregunta acerca de cuantas veces al día debe lactar su hijo/a, diciendo que lo debe hacer cada vez que lo pida. Por otro lado en la pregunta referida a la edad en que se deben incorporar otros alimentos en la dieta del niño, tuvo resultado que un 72,5% de las madres respondieran correctamente, diciendo que estos se incorporan desde los 6 meses (Tabla 17).

Acerca de las preguntas sobre los beneficios de la lactancia materna tanto para las madres como para los niños se obtuvo como que solo el 37,5% de las madres, sabían con exactitud cuáles eran los beneficios de esta para ellas, mientras que un 72,5% de las madres respondieron correctamente cuales eran los beneficios de la lactancia materna para sus hijo/as (Tabla 17).

Por último en la pregunta que hace referencia a cuales son las acciones que hacen que el seno produzca más leche, solo el 10% de las madres contestaron correctamente la pregunta eligiendo la respuesta de exposición del niño/a al pecho (Tabla 17).

Dentro de estas preguntas se puede observar que 3 de 5 de las mismas son contestadas correctamente por más del 70% de las madres y que 2 de estas preguntas son contestadas correctamente por un porcentaje menor al 40%, las cuales hacen referencia a los beneficios de la lactancia para las madres y sobre las acciones que hacen que el seno produzca más leche. Por lo que el conocimiento global de las madres acerca de la lactancia materna exclusiva es regular (Tabla 17).

A pesar de que estos fueron analizados a través de la regresión logística multinomial, ninguno fue estadísticamente significativo dentro de este estudio ( $p > 0.05$ ).

En un estudio en el cual también se describieron variables en relación a los conocimientos sobre lactancia materna, los resultados mostraron que menos de la mitad de las madres presentaban buenos conocimientos del tema (49,5%) (Avalos et al., 2016). Debido a esto, es necesario aumentar las tareas de promoción de la lactancia materna exclusiva, para que esta cumpla con los tiempos recomendados y así obtener un desarrollo adecuado de los infantes (Avalos et al., 2016).

**Tabla 17**  
**Conocimientos sobre lactancia materna**

<b>Conocimientos sobre lactancia materna (Respuestas correctas por pregunta)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cuántas veces debe mamar el lactante	32	80
Edad en la que se deben incorporar otros alimentos a la dieta además de la leche materna	29	72,5
Beneficios de la lactancia materna para la madre	15	37,5
Beneficios de la lactancia materna para el niño/a	29	72,5
Cuáles son las acciones que hacen que el pecho produzca más leche	4	10

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

Para analizar los factores asociados al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y su relación con el estado nutricional fue hecho una regresión logística multinomial, con la categoría de referencia de 6 meses de lactancia exclusiva (recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud), relacionando las variables de edad de la madre, ocupación, estado civil, nivel de escolaridad, ingresos familiares, número de hijos anteriores, experiencia de la lactancia materna exclusiva previa y estado nutricional del niños a los 6 meses de edad, tomando en cuenta los indicadores de longitud/edad y peso/longitud. Sin embargo ninguno de los factores asociados, fueron estadísticamente significativos con el tiempo de duración de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. ( $p > 0.05$ ) (Tabla 18).

Al finalizar el análisis las variables de peso/longitud y longitud/edad fueron tomadas en cuenta fuera de la regresión puesto que hacían referencia al estado nutricional debido a que esta es una variable importante al analizar con los factores asociados al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva. Estas fueron analizadas a través del tau b y tau c de Kendall que sirven para comparar variables cualitativas ordinales.

Los resultados mostraron que para peso/longitud no fue una variable estadísticamente significativa con el tiempo de duración de lactancia materna P (0,125) (Tabla.19 y Tabla 20), mientras que para la variable de longitud/edad los resultados si fueron estadísticamente significativos relacionando con el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva (P 0,034) (Tabla 20; Tabla 22). Pero solo al ser sometido al Tau c de kendall los datos de este indicador salieron estadísticamente significativos.

**Tabla 18**  
**Regresión Logística Multinomial**

<b>Características maternas</b>		<b>&lt; 6 meses</b>	<b>&gt;6 meses</b>
		<b>P valor</b>	<b>P valor</b>
<b>Edad de la madre</b>	Menor a 19 años	0,994	.
	20 a 34 años	.	0,93
	35 y más	.	.
<b>Nivel de escolaridad</b>	Primaria	0,962	0,569
	Secundaria Básica	0,942	0,802
	Preuniversitario	0,97	0,656
	Universitario	.	.
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	0,958	0,537
	Estudiante	0,996	0,951

	Trabajadora	0,96	0,554
<b>Situación Conyugal</b>			
	Casada	0,945	0,432
	Soltera	0,969	0,648
	Unión Libre	.	.
<b>Ingresos familiares</b>			
	200 usd	0,962	0,517
	400 usd	0,955	0,512
	700 usd	0,957	0,485
	800 usd	0,959	0,545
	1200 usd	.	.
<b>Hijos anteriores</b>			
	No tiene más hijos	0,963	0,555
	1 hijo más	0,959	0,531
	Más de 1	.	.
<b>A cuantos brindo lactancia materna</b>			
	No tiene más hijos	0,963	0,585
	Todos	.	.
<b>Durante qué tiempo</b>			
	4 a 6 meses	0,96	0,534
	Más de 6 meses	0,961	0,563
<b>Experiencia de lactancia materna previa</b>			
	Buena	0,973	0,677
	Mala	.	.
	Regular	.	.

<b>Hijo actual</b>			
<b>A qué edad empezó a darle</b>			
<b>agua u otras</b>			
<b>bebidas</b>			
	3 meses	0,967	0,624
	4 meses	0,964	0,596
	5 meses	0,994	0,931
	6 meses	0,954	0,474
<b>A qué edad empezó a darle</b>			
<b>alimentos sólidos</b>			
<b>y semisólidos</b>			
	4 meses	.	.
	5 meses	0,958	0,536
	6 meses	.	.

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

**Tablas relacionadas al estado nutricional de los lactantes (Tabla 19), (Tabla 20), (Tabla 21), (Tabla 22)**

**Tabla 19**  
**Estado nutricional según Peso/ Longitud**

<b>Indicador Nutricional Peso/Longitud</b>	<b>Edad en meses</b>				<b>Total</b>
	<b>4 meses</b>	<b>6 meses</b>	<b>más de 6 meses</b>	<b>0 meses</b>	
Emaciado	1	0	0	0	1
Normal	0	21	8	1	30
posible riesgo de sobrepeso	0	2	4	0	6
severamente emaciado	0	0	1	0	1
Sobrepeso	0	2	0	0	2

<b>Total</b>	1	25	13	1	40
--------------	---	----	----	---	----

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

**Tabla 20**

**Resultados de Peso/Longitud según el Tau-b/c de Kendall**

<b>Medidas simétricas</b>		<b>Valor</b>	<b>Error estandarizado o asintótico<sup>a</sup></b>	<b>T aproximada<sup>b</sup></b>	<b>Significación aproximada</b>
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,261	,162	1,535	,125
	Tau-c de Kendall	,158	,103	1,535	,125
N de casos válidos		40			

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

**Tabla 21**

**Estado nutricional según Longitud/ Edad**

Recuento tabla cruzada Longitud/Edad	<b>Tiempo</b>				<b>Total</b>
	<b>4 meses</b>	<b>6 meses</b>	<b>más de 6 meses</b>	<b>no lacto</b>	
Alto	0	0	2	0	2
baja talla	0	2	2	0	4
baja talla severa	0	2	1	1	4
normal	1	21	8	0	30
<b>Total</b>	1	25	13	1	40

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

**Tabla 22**

**Resultados de Longitud/Edad según Tau-b/c de Kendall**

<b>Medidas simétricas</b>		<b>Valor</b>	<b>Error estandarizado o asintótico<sup>a</sup></b>	<b>T aproximada<sup>b</sup></b>	<b>Significación aproximada</b>
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	-,318	,135	-2,124	,034
	Tau-c de Kendall	<b>-0,193</b>	,091	-2,124	<b>,034</b>
N de casos válidos		40			

Fuente: Centro de salud # 1 del Centro Histórico de Quito

Elaborado por: Tábata Pérez

### 3.2. Discusión

En las últimas décadas, la lactancia materna se ha convertido en un importante indicador que muestra el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto (Gorrita Pérez, Brito Linares, & Ruiz Hernández, 2016). Por esto la Organización Mundial de la Salud estima que podrían salvarse en el mundo una importante cifra de vidas infantiles al año, si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche humana a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida (Gorrita et al., 2016). Aunque esta debería ser de interés social, debido a los beneficios nutricionales, ambientales y económicos que otorga, no se ha logrado cumplir con una alta tasa a nivel nacional (Freire et al., 2013).

Con este propósito este estudio tuvo como objetivo analizar, los factores asociados al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva en madres del Centro de Salud número 1 del centro histórico de Quito y su relación con el estado nutricional de los lactantes. A pesar de que a través de la regresión logística multinomial utilizada para el análisis estadístico, los resultados no mostraron que las variables independientes fueron estadísticamente significativas para el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, no quiere decir que estas no afecten.

Debido a que diversos estudios muestran que factores como un nivel socio económico bajo, madres jóvenes, primíparas, solteras y con un menor nivel de educación no cumplen con el tiempo óptimo de lactancia materna exclusiva (Li et al., 2008; Thulier, & Mercer, 2009). Otro factor importante es la situación laboral de la madre debido que la falta de apoyo en el trabajo puede impedir que esta siga con la lactancia materna exclusiva durante el tiempo recomendado (Oribe et al., 2015).

A pesar de esto acerca de la situación laboral, se ve en otro estudio que, las madres trabajadoras presentan porcentajes más altos de lactancia materna exclusiva en comparación a las amas de casa (Avalos et al., 2016). Esto puede variar entre los estudios expuestos dependiendo del país y la existencia en el mismo de la legislación laboral que protege la maternidad y la infancia y le permite a la mujer brindar lactancia materna durante los tiempos recomendados (Avalos et al., 2016).

La ENSANUT-ECU 2011-2013, muestra que un quintil económico bajo, las madres indígenas, bajo nivel de instrucción de la madre y madres mayores a 35 años, son factores que influyen en el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva de manera positiva, debido a que las madres que pertenecen a estos grupos, mantienen la lactancia materna exclusiva por más tiempo (Freire et al., 2013).

De igual manera, como se logra obtener evidencia sobre factores que influyen en el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, existen estudios en los cuales se obtienen resultados similares a este. En el estudio de Niño y colaboradores análisis por regresión logística univariada no mostró una asociación significativa entre la duración de la lactancia materna exclusiva estado civil, información sobre la lactancia, momento que la recibió (Niño et al., 2012). También se ve en otro estudio que variables como el nivel de educación no influyen en el tiempo de lactancia materna exclusiva (Pino et al., 2013).

Con respecto a los resultados sobre los conocimientos de las madres hacer de la práctica de la lactancia materna , se obtuvo que de las 5 preguntas tomadas en cuenta para el análisis estadístico, 3 de ellas fueron contestadas correctamente por más de un 70% de las madres participantes , y menos 40% de las mismas contestaron 2 de 5 preguntas correctas. Por lo que tomando en cuenta que un porcentaje alto de participantes tienen un puntaje mayor de la mitad se establecen que sus conocimientos son regulares.

A pesar de que los conocimientos y prácticas de la lactancia materna de las madres son regulares, muchas veces se presenta un abandono de la misma a temprana edad, sin cumplir con los tiempos adecuados. Esto se puede deber a la disminuida aplicación del código de sucedáneos de leche materna y por la promoción de fórmulas de leches en las consultas privadas (Freire et al., 2013). También se puede dar por una

falta de compromiso por parte del equipo de salud, en cuanto a la promoción de la lactancia materna exclusiva (Freire et al., 2013).

En estudios en los cuales también se toma en cuenta los conocimientos de las madres, se ve que existe una fuerte asociación entre los conocimientos deficientes y el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva ya que las madres con conocimiento deficientes sobre la lactancia materna tuvieron una velocidad de abandono de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses dos veces mayor que las madres con buenos conocimientos (Camargo, Latorre, & Porras, 2011).

Estos resultados concuerdan con otro estudio de corte transversal, en el cual encontraron que un mejor conocimiento sobre los problemas específicos de la lactancia estuvo positivamente asociado con la duración de la lactancia materna exclusiva (Shirima, Gebre-Medhin, & Greiner, 2001).

A pesar de que en este estudio no se ve relación entre el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y las variables expuestas, se conoce que las madres que refirieron un abandono precoz de la lactancia materna exclusiva se ven relacionadas con comenzar a estudiar o trabajar, él bebe rechazaba o no quería coger el seno y no tenía suficiente leche en los senos. Aunque más de la mitad de las madres participantes, daban aun de lactar a sus hijos se observó que la lactancia materna exclusiva no llego a cumplir el tiempo recomendado por la OMS, debido a que las madres daban líquidos o alimentos semisólidos a su hijo/as antes de los 6 meses. Un 40% de las madres dieron agua u otros líquidos a sus hijos/as antes de los 6 meses y un 22,5% de las mismas dieron otros tipos de alimentos semisólidos, de igual manera antes de los 6 meses.

Este dato es curioso debido a que se contrapone a los resultados obtenidos sobre las prácticas y conocimientos de las madres acerca de la lactancia materna dentro de este estudio debido a que en la pregunta que hace referencia a la edad en la que se deben incorporar otros alimentos en la dieta del niño, además de la leche materna, un 72,5 % de las madres respondieron correctamente.

Estos resultados acerca de la introducción de líquidos y alimentos a temprana edad, se puede apreciar también en datos obtenidos por la ENSANUT 2011-2013 debido a que se muestra que el 48.9% de niño/as de 3 a <4 meses, el 55. 5% de niños 4 a <5 meses y el 71,5 % de niño/as de 5 a <6 meses fueron expuestos a líquidos

diferentes a la leche materna. De igual manera se obtiene porcentajes de 6.6% de niños entre 3 a <4 meses, 10,1% entre 4 a <5 meses y 24,3% de 5 a <6 meses los cuales estuvieron expuestos a alimentos sólidos y semisólidos (Freire et al., 2013).

Por esto la introducción de líquidos como de alimentos sólidos, semisólidos y suaves toma lugar en edades muy tempranas, fuera de la recomendación que hace la OMS para este grupo etario, lo cual expone al niño a riesgos innecesarios de contraer enfermedades (Freire et al., 2013).

Esto se puede deber a que los tiempos y la frecuencia en la introducción de los alimentos complementarios está fuertemente asociada con el nivel de instrucción de la madre (Kabir et al., 2012). Por lo que muestra que es indispensable diseñar estrategias que promuevan una alimentación complementaria adecuada, y que combinen actividades de educación y promoción (Freire et al., 2013).

Por otro lado, cruzando la variable de estado nutricional del lactante con el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, se vio que esta si es significativa y que mientras más duración de la lactancia materna exclusiva, mejor será el estado nutricional del niño, en referencia al indicador de longitud/edad (P 0,034).Lo cual es importante tener en cuenta debido a que la lactancia materna exclusiva permite mantener una buena nutrición al niño, evitando afecciones, ya que los niños son más vulnerables a padecer enfermedades respiratorias y diarreicas durante los primeros meses de vida, las cuales causan mayor riesgo de mortalidad en la infancia (Black et al., 2008).

En la interpretación de resultados se deben considerar algunas limitantes del estudio, como su reducido tamaño de muestra y uso de una muestra no aleatoria. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta realizada en algunos casos varios meses después del destete, lo que podría determinar menor confiabilidad de la información por una sobreestimación de la duración real de la lactancia (Cupul et al., 2009).

Las variables relacionadas a las prácticas y conocimientos de lactancia materna exclusiva, pudieron ser valoradas en conjunto para determinar con exactitud si estas son buenas, regulares o malas, creando así una variable categórica que muestra los resultados de las respuestas de las participantes en conjunto, y así ser usada en la regresión logista multinomial.

A pesar de ello se aportan datos de interés para proponer y fortalecer futuras intervenciones, utilizando mejores métodos de investigación, con acciones coordinadas del equipo de salud, la mujer y su familia durante el embarazo y parto, en todas las instancias de contacto y seguimiento. También se toma en cuenta al estado nutricional como una de las variables independientes más importantes ya que se propone que la lactancia materna es el mejor alimento durante esta etapa, y como la alimentación influye en el estado nutricional, crecimiento y desarrollo del infante se ha tomado la importancia de analizarla aparte de la regresión logística multinomial.

Este estudio también aporta con información acerca de la introducción de líquidos y otros alimentos a la alimentación de los niños, por lo que permite crear variables que corroboren las respuestas de otras y obtener así datos más exactos.

## **Conclusiones**

- A través de la regresión logística multinomial utilizada en el estudio para analizar los factores asociados al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva se obtuvo que ninguna de las variables fue estadísticamente significativa.
- Se observó que solo 7 de las participantes respondieron a las causas de abandono de la lactancia materna y entre estas estuvieron: empezar a trabajar o estudiar, porque el niño rechazaba el seno, o porque no tenía suficiente leche en los senos. La introducción de líquidos y alimentos antes de los 6 meses fue una causa común por la cual dentro de las madres por la cual no se cumplió con la lactancia materna exclusiva según lo recomendado.
- Con respecto a la relación del tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional fue estadísticamente significativo el indicador de longitud/edad, utilizando el tau c de Kendall, el cual muestra una relación que

entre más tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva mejor será el estado nutricional de niño/a según este indicador.

## **Recomendaciones**

- Para este tipo de estudios se debe utilizar principalmente un número de observaciones mayor, de manera que estas cumplan con los objetivos planteados dentro de la investigación y sean más factibles a la misma. De esta manera se podría plantear la investigación de diferente forma como investigaciones ya realizadas en donde se obtienen dos grupos con los cuales se trabajan, como es en el caso del estudio acerca de "Factores asociados a la lactancia materna exclusiva", en el cual la muestra estuvo constituida por madres que asistían a controles en el sistema público y privado de atención de salud en donde se realizaron las comparaciones según los factores asociados dentro del estudio (Niño et al., 2012).
- Por otro lado para investigaciones o estudios similares a futuro, se podría crear una variable dependiente a través de la combinación de las variables de tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva actual, edad en que empezó a darle líquidos y edad en que empezó a darle alimentos semisólidos al niño/a, puesto que estas tres combinas podrían definir con más precisión el tiempo exacto de lactancia materna exclusiva otorgado al lactante debido a que las dos últimas pueden utilizarse como variables de corroboración.
- En cuanto a las variables sobre conocimientos y prácticas de la lactancia materna exclusiva, se podría tomar en cuenta en próximos estudios la realización de una variable que indique si los conocimientos de las madres son buenos, regulares o malos, según las respuestas correctas obtenidas en las preguntas referidas a este tema de la encuesta realizada. Con esto se obtendrá una variable más factible para evaluar con mayor precisión el conocimiento y prácticas de las madres sobre lactancia materna exclusiva.

## Bibliografía

- Amitay, E. L., & Keinan-Boker, L. (2015). Breastfeeding and childhood leukemia incidence: a meta-analysis and systematic review. *JAMA pediatrics*, *169*(6), e151025-e151025.
- Anderson, M. A., Dewey, K. G., Frongillo, E., Garza, C., Haschke, F., Kramer, M., ... & Winichagoon, P. (1994). WHO Working Group on Infant Growth: An Evaluation of Infant Growth.
- Avalos González, M. M., Mariño Membribes, E. R., & González Hidalgo, J. A. (2016). Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *32*(2), 170-177.
- Bar, S., Milanaik, R., & Adesman, A. (2016). Long-term neurodevelopmental benefits of breastfeeding. *Current opinion in pediatrics*, *28*(4), 559-566.
- Becerra Bulla, F., Puentes Valencia, V. A., & Rodríguez Cepeda, D. E. (2009). Lactancia Materna: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. El caso de algunas comunidades indígenas en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, *57*(3), 246-257.
- Binda, N. U., & Balbastre-Benavent, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Revista de Ciencias económicas*, *31*(2), 179-187.
- Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., De Onis, M., Ezzati, M., ... & Maternal and Child Undernutrition Study Group. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The lancet*, *371*(9608), 243-260.
- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, *88*(1), 07-14.

- Brecailo, M. K., Corso, A. C. T., Almeida, C. C. B., & Schmitz, B. D. A. S. (2010). Factores asociados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. *Revista de Nutrição*
- Cabianca, G., Borelli, M., Ciotta, A., & Pantaleón, R. (2016). Factores que influyen en las prácticas alimentarias de los niños menores de 1 año de edad y su relación con el estado nutricional, en la comunidad Chané de Tuyunti, Aguaray, Salta, Argentina. *Antropo*, 35.
- Camargo Figuera, F. A., Latorre Latorre, J. F., & Porras Carreño, J. A. (2011). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Breastfeeding Report Card 2013.
- Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., Trikalinos, T., & Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Technol Asses (Full Rep)*, 153(153), 1-186.
- Cupul-Uicab, L. A., Gladen, B. C., Hernández-Ávila, M., & Longnecker, M. P. (2009). Reliability of reported breastfeeding duration among reproductive-aged women from Mexico. *Maternal & child nutrition*, 5(2), 125-137.
- Desarrollo, S. N. (2013). Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. *Quito, Pichincha, Ecuador*.
- Duncan, B., Ey, J., Holberg, C. J., Wright, A. L., Martinez, F. D., y Taussig, L. M. (1993). Exclusive Breast-Feeding for at Least 4 Months Protects Against Otitis Media. *Pediatrics*, 91(5), 867-872.

- Eidelman, A. I., Schanler, R. J., Johnston, M., Landers, S., Noble, L., Szucs, K., & Viehmann, L. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-e841.
- Fondo Nacional de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). (2014). *Alianzas para la nutrición infantil. Lactancia materna, un acto de Amor*. Recuperado de: [https://www.unicef.org/ecuador/alianzas\\_para\\_la\\_nutricion.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/alianzas_para_la_nutricion.pdf)
- Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF). (2012). *Manual de Lactancia Materna*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>
- Freire, W. R., Ramirez, M. J., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N., & Monge, R. (2013). RESUMEN EJECUTIVO, TOMO I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Ecuador. ENSANUT-ECU 2011–2013. *Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos Quito-Ecuador*.
- Gamboa, E. M., López, N., Prada, G. E., & Gallo, K. Y. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Revista chilena de nutrición*, 35(1), 43-52.
- Gorrita Pérez, R. R., Terrazas Saldaña, A., Brito Linares, D., & Ravelo Rodríguez, Y. (2015). Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(3), 285-297.
- Gorrita Pérez, R. R., Brito Linares, D., & Ruiz Hernández, E. (2016). Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(2), 0-0.
- Gorrita Pérez, R. R., Ortiz Reyes, D., & Alfonso Hernández, L. (2016). Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(1), 0-0.
- Guzmán, O., & Caballero, T. (2012). La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. *Santiago*, 128(2), 336-350.

- Haddad, L. J., Hawkes, C., Achadi, E., Ahuja, A., Ag Bendeck, M., Bhatia, K., & Fanzo, J. (2016). *Global Nutrition Report 2016: from promise to impact: ending malnutrition by 2030*. Intl Food Policy Res Inst.
- Herrera Santi, P. M. (2008). El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 0-0.
- Kabir, I., Khanam, M., Agho, K. E., Mihrshahi, S., Dibley, M. J., y Roy, S. K. (2012). Determinants of inappropriate complementary feeding practices in infant and young children in Bangladesh: secondary data analysis of Demographic Health Survey 2007. *Maternal y Child Nutrition*, 8, 11–27. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00379.x
- Kelishadi, R., & Farajian, S. (2014). The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: a review of evidence. *Advanced biomedical research*, 3.
- Lamberti, L. M., Zakarija-Grković, I., Walker, C. L. F., Theodoratou, E., Nair, H., Campbell, H., & Black, R. E. (2013). 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(3), S18.
- Lawrence RA, L. R. (2007). *Lactancia Materna: una guía para la profesión médica* (6° ed.). Madrid: Elsevier Mosby.
- Li, R., Fein, S. B., Chen, J., & Grummer-Strawn, L. M. (2008). Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*, 122(Supplement 2), S69-S76.
- López, B. E., Martínez, L., & Zapata, N. J. (2013). Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 117-126.

- Lutter, C. K., & Chaparro, C. M. (2008). La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Washington DC: OPS*.
- Mazariegos, M., & Ramírez Zea, M. (2015). Lactancia materna y enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65(3), 143-151.
- Mortensen, E. L., Michaelsen, K. F., Sanders, S. A., & Reinisch, J. M. (2002). The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *Jama*, 287(18), 2365-2371.
- Nicoll, A., & Williams, A. (2002). *Breast feeding*. *Archives of Disease in Childhood*, 87(2), 91–92. doi:10.1136/adc.87.2.91.
- Niño, L. (2014). Caracterización de la lactancia materna y factores asociados en Puerto Carreño, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 16(4).
- Niño, R., Silva, G., & Atalah, E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista chilena de pediatría*, 83(2), 161-169.
- Noru, M. J. (2012). *IBM® ' SPSS® ' Statistics 19 Guide to Data Analysis*. Prentice Hall.
- Oliver A, Richart M, Cabrero J, Pérez S, Laguna G, Flores J, Calatayud M, García-de-León R. (2010), Factor associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev latam Enfermagem* , 18 (3): 373-80.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016a). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016b). *Lactancia materna exclusiva*. *Nutrición*. Recuperado de: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016c). *Recomendaciones de la OMS sobre la alimentación del lactante*. Recuperado de: [http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommendation/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Patrones de crecimiento*. Recuperado de: <http://www.who.int/childgrowth/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *10 Datos sobre la lactancia materna*. Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
- Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., ... & Ibarluzea, J. (2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 4-9.
- Owen, C. G., Whincup, P. H., Odoki, K., Gilg, J. A., & Cook, D. G. (2002). Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics*, 110(3), 597-608.
- Pino, J. L., López, M. Á., Medel, A. P., & Ortega, A. (2013). Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 40(1), 48-54.
- Pomata, J. B., Aspres, N., Waisman, M., Palonsky, C., Blanco, A., Ledesma, A., ... & Rimoli Schmidt, M. D. (2009). Crecimiento, desarrollo y lactancia materna de hijos de madres adolescentes. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 28(2).
- Rius, J. M., Ortuño, J., Rivas, C., Maravall, M., Calzado, M. A., López, A., ... & Vento, M. (2014, January). Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. In *Anales de pediatría*(Vol. 80, No. 1, pp. 6-15). Elsevier Doyma.
- Robledo, J. (2005). Diseño de muestreo. *Nure Investigación*, 12.

- Rochat, T. J., Houle, B., Stein, A., Coovadia, H., Coutsooudis, A., Desmond, C., ... & Bland, R. M. (2016). Exclusive breastfeeding and cognition, executive function, and behavioural disorders in primary school-aged children in rural South Africa: a cohort analysis. *PLoS medicine*, *13*(6), e1002044.
- Rodríguez, H. B. A., Rodríguez, L. M., Elias, D. G. R., Rodríguez, N. L., & Lastres, I. H. (2017). 05-Lactancia Materna. Comportamiento según algunos factores de interés epidemiológico en menores de un año de Yara Norte. 2013-2014 Breastfeeding. A behavior according to some factors of epidemic interest in children under a year in the North of Yara. 2013-2014. *MULTIMED Revista Médica Granma*, *19*(6).
- Sabino, C. (2014). El proceso de investigación. Editorial Episteme.
- Shirima, R., Gebre-Medhin, M., & Greiner, T. (2001). Information and socioeconomic factors associated with early breastfeeding practices in rural and urban Morogoro, Tanzania. *Acta Paediatrica*, *90*(8), 936-942.
- Singhal, A., Cole, T. J., & Lucas, A. (2001). Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. *The Lancet*, *357*(9254), 413-419.
- Sullivan, S., Schanler, R. J., Kim, J. H., Patel, A. L., Trawöger, R., Kiechl-Kohlendorfer, U., ... & Laroia, N. (2010). An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *The Journal of pediatrics*, *156*(4), 562-567.
- Thulier, D., & Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *38*(3), 259-268.
- Urquiza Aréstegui, R. (2014). Lactancia materna exclusiva:¿ siempre?. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, *60*(2), 171-176.

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., ... & Group, T. L. B. S. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.

Villanueva, M. (2008). Factores condicionantes de la lactancia materna durante el puerperio inmediato. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 14.

## **ANEXO(S)**

### **ANEXO 1:** Regresión Logística multinomial



Tiempo <sup>a</sup>	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
4	Intersección	-12,641	233,764	,003	1	,957		
mese	Peso/Longitud					40813947832		
s	= emaciado	45,156	,000	.	1	.	519330000,00	40813947832519330000,000
						0		0000,000
	Peso/Longitud =normal	11,200	250,193	,002	1	,964	73130,442	7,928E-209
	Peso/Longitud =posible							
	riesgo de sobrepeso	3,911	108,032	,001	1	,971	49,954	5,510E-91
	Peso/Longitud =severamente emaciado	25,778	468,529	,003	1	,956	15672801910	,000
						2,680		. <sup>b</sup>
	[PesoLon=sob repeso]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.
	[LongEda=alto ]	-,178	34,935	,000	1	,996	,837	4566448757449924
								1,535E-30
	[LongEda=baja talla]	-5,156	87,597	,003	1	,953	,006	00000000000000,00
								0
	[LongEda=baja talla severa]	,889	30,512	,001	1	,977	2,432	1,578E-77
								2,108E+72
	[LongEda=normal]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	2279759875301068
								0000000000,000

edad de la madre								
madre								6464647148439072
De 20 a 34 años]	,178	23,183	,000	1	,994	1,195	2,207E-20	0000,000
[Edad_madre=De 35 y mas años]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_madre=Menor a 19 años]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Esc_madre=Primaria]	5,867	122,838	,002	1	,962	353,070	9,721E-103	1,282E+107
[Esc_madre=secundaria básica]	1,956	89,077	,000	1	,982	7,068	1,063E-75	4,699E+76
[Esc_madre=Secundaria básica]	-3,733	51,710	,005	1	,942	,024	2,307E-46	2,479E+42
[Esc_madre=Tecnico medio o preuniversitario]	3,556	93,687	,001	1	,970	35,007	6,273E-79	1,954E+81
[Esc_madre=Universitario]	0°	.	.	0	.	.	.	.

[ocupación=A ma de casa]	-7,289	138,447	,003	1	,958	,001	9,732E-122	4,795E+114
[ocupación=Es tudiante]	,178	34,985	,000	1	,996	1,195	1,987E-30	7180275076227548 00000000000000,00 0
[ocupación=tra bajadora]	-18,133	360,753	,003	1	,960	1,333E-8	,000	1,579E+299
[ocupación=Tr abajadora]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[situacióncontu gal=Casada]	-3,733	54,349	,005	1	,945	,024	1,308E-48	4,371E+44
[situacióncontu gal=Soltera]	2,133	55,154	,001	1	,969	8,443	9,542E-47	7,471E+47
[situacióncontu gal=Unión libre]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[ingresos_fam =100]	9,244	180,737	,003	1	,959	10346,923	1,484E-150	7,215E+157
[ingresos_fam =1000]	4,978	63,176	,006	1	,937	145,151	2,436E-52	8,648E+55
[ingresos_fam =1200]	2,844	,000	.	1	.	17,192	17,192	17,192
[ingresos_fam =200]	1,600	33,226	,002	1	,962	4,953	2,585E-28	9490087478325922 000000000000,000

[ingresos_fam =300]	-3,733	156,740	,001	1	,981	,024	9,147E-136	6,252E+131
[ingresos_fam =400]	7,111	126,907	,003	1	,955	1225,508	1,160E-105	1,294E+111
[ingresos_fam =450]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[ingresos_fam =500]	9,956	183,092	,003	1	,957	21068,948	2,987E-152	1,486E+160
[ingresos_fam =580]	7,467	120,029	,004	1	,950	1748,768	1,186E-99	2,578E+105
[ingresos_fam =600]	-3,200	85,427	,001	1	,970	,041	7,840E-75	2,119E+71
[ingresos_fam =700]	14,578	252,937	,003	1	,954	2143129,662	1,073E-209	4,280E+221
[ingresos_fam =800]	1,778	34,562	,003	1	,959	5,917	2,252E-29	1554412475607039 7000000000000000,0 00
[ingresos_fam =980]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[ingresos_fam =sin inf]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[hijosanteriore s=0]	5,333	113,989	,002	1	,963	207,127	1,944E-95	2,207E+99
[hijosanteriore s=1]	14,578	280,774	,003	1	,959	2143129,662	2,165E-233	2,122E+245

[hijosanteriores=2]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[hijosanteriores=4]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@7.1=no tiene mas hijos]	-3,378	73,526	,002	1	,963	,034	8,856E-65	1,315E+61
[@7.1=todos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@7.2=4 a 6 meses]	-10,667	210,852	,003	1	,960	2,331E-5	7,765E-185	6,997E+174
[@7.2=mas de 6 meses]	-9,244	190,733	,002	1	,961	9,665E-5	4,293E-167	2,176E+158
[@7.2=no tiene mas hijos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@8=buena]	1,600	48,026	,001	1	,973	4,953	6,534E-41	3,755E+41
[@8=mala]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@8=no tiene mas hijos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@8=regular]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@10=3 meses]	3,378	80,931	,002	1	,967	29,306	3,785E-68	2,269E+70
[@10=4 meses]	13,333	292,883	,002	1	,964	617437,627	3,078E-244	1,239E+255

[@10=5 meses]	,533	68,472	,000	1	,994	1,705	8,869E-59	3,276E+58
[@10=6 meses]	-3,733	64,603	,003	1	,954	,024	2,446E-57	2,338E+53
[@10=mas de 6 meses]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@10=otros]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@11=4 meses]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@11=5 meses]	-7,822	147,404	,003	1	,958	,000	1,357E-129	1,183E+122
[@11=6 meses]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@11=mas de 6 meses]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@11=otros]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Sexo_lactante =hombre]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Sexo_lactante =mujer]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@12=aun sigue lactando]	0°	.	.	0	.	.	.	.

[@12=comenzar a estudiar o trabajar]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@12=el bebe rechazaba o no queria coger el pecho]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@12=no tenia suficiente leche en los senos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@12=por otros motivos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@13=no]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@13=si]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=antes del embarazo]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=despues del parto en controles de salud]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=despues del parto en la maternidad]	0°	.	.	0	.	.	.	.

[@14=durante el embarazo]	0°	.	.	0	.	.	.
[@14=en varios momentos antes mencionados]	0°	.	.	0	.	.	.
[@14=no las recibio]	0°	.	.	0	.	.	.
[Edad_actual=6]	0°	.	.	0	.	.	.
[Edad_actual=7]	0°	.	.	0	.	.	.
[Edad_actual=8]	0°	.	.	0	.	.	.
[Edad_actual=9]	0°	.	.	0	.	.	.
[Edad_actual=10]	0°	.	.	0	.	.	.
[Edad_actual=11]	0°	.	.	0	.	.	.
[Edad_actual=12]	0°	.	.	0	.	.	.
[Edad_actual=13]	0°	.	.	0	.	.	.

[Edad_actual=15]	0°	.	.	0	.	.	.	.	.
[Edad_actual=18]	0°	.	.	0	.	.	.	.	.
[Edad_actual=20]	0°	.	.	0	.	.	.	.	.
[Edad_actual=21]	0°	.	.	0	.	.	.	.	.
mas Intersección	-25,119	56,179	,200	1	,655				
de 6 [PesoLon=em	11,993	,000	.	1	.	161645,734		161645,734	161645,734
mese aciado]									
s [PesoLon=nor	32,738	61,573	,283	1	,595	16524685097		6,413E-39	4,258E+66
mal]						0002,750			
[PesoLon=posi	11,432	26,827	,182	1	,670	92270,396		1,348E-18	6314104789254430
ble riesgo de									000000000000,000
sobrepeso]									
[PesoLon=sev	75,350	115,447	,426	1	,514	52999870351			
eramente						52305000000		2,856E-66	9,836E+130
emaciado]						00000000000,			
						000			
[PesoLon=sob	0°	.	.	0	.	.			
repero]									
[LongEda=alto	-,520	7,894	,004	1	,948	,595		1,134E-7	3119672,933
]									

[LongEda=baja talla]	-15,070	22,186	,461	1	,497	2,852E-7	3,715E-26	2189269528842,526
[LongEda=baja talla severa]	2,598	7,624	,116	1	,733	13,441	4,355E-6	41477723,201
[LongEda=normal]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_madre=De 20 a 34 años]	,520	5,920	,008	1	,930	1,681	1,537E-5	183926,221
[Edad_madre=De 35 y mas años]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_madre=Menor a 19 años]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Esc_madre=Primaria]	17,149	30,117	,324	1	,569	28028094,740	6,484E-19	1211491499687175 7000000000000000 00,000
[Esc_madre=secundaria básica]	5,716	22,811	,063	1	,802	303,760	1,163E-17	7932487741345585 000000,000
[Esc_madre=Secundaria básica]	-10,913	13,015	,703	1	,402	1,822E-5	1,522E-16	2181690,779

[Esc_madre=Technico medio o preuniversitario]	10,393	23,332	,198	1	,656	32635,711	4,498E-16	2367828139744368 00000000,000
[Esc_madre=Universitario]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[ocupación=Amadora de casa]	-21,306	34,535	,381	1	,537	5,584E-10	2,243E-39	1389881122114141 20000,000
[ocupación=Estudiante]	,520	8,468	,004	1	,951	1,681	1,041E-7	27146808,469
[ocupación=Trabajadora]	-53,005	89,662	,349	1	,554	9,554E-24	4,571E-100	1,997E+53
[ocupación=Trabajadora]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[situaciónconugal=Casada]	-10,913	13,892	,617	1	,432	1,822E-5	2,728E-17	12172841,409
[situaciónconugal=Soltera]	6,236	13,666	,208	1	,648	510,759	1,189E-9	219347514268287,8 40
[situaciónconugal=Unión libre]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[ingresos_familiares=100]	27,022	45,002	,361	1	,548	54400388326 0,459	2,692E-27	1,099E+50

[ingresos_fam =1000]	14,550	15,778	,850	1	,356	2085308,472	7,737E-8	5620622856923621 0000,000
[ingresos_fam =1200]	5,238	,000	.	1	.	188,219	188,219	188,219
[ingresos_fam =200]	4,677	7,223	,419	1	,517	107,439	7,643E-5	151028888,042
[ingresos_fam =300]	-10,913	37,980	,083	1	,774	1,822E-5	8,544E-38	3886905621311881 000000000000,000
[ingresos_fam =400]	20,786	31,713	,430	1	,512	1065089623,6 78	1,080E-18	1,050E+36
[ingresos_fam =450]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[ingresos_fam =500]	29,101	46,291	,395	1	,530	43485114225 63,424	1,719E-27	1,100E+52
[ingresos_fam =580]	21,826	30,592	,509	1	,476	3011309965,6 88	2,745E-17	3303570104099782 7000000000000000 0000,000
[ingresos_fam =600]	-9,354	20,600	,206	1	,650	8,663E-5	2,527E-22	29700047819987,39 0
[ingresos_fam =700]	42,612	61,178	,485	1	,486	32073149981 14199600,000	2,698E-34	3,812E+70
[ingresos_fam =800]	5,197	8,589	,366	1	,545	180,654	8,820E-6	3699989763,816
[ingresos_fam =980]	0°	.	.	0	.	.	.	.

[ingresos_fam =sin inf]	0°	.	.	0	.	.	.	.	.
[hijosanteriore s=0]	15,590	26,429	,348	1	,555	5895757,543	1,879E-16	1849691366924735 00000000000000,00	0
[hijosanteriore s=1]	42,612	67,968	,393	1	,531	32073149980 59937800,000	4,485E-40	2,294E+76	
[hijosanteriore s=2]	0°	.	.	0	.	.	.	.	.
[hijosanteriore s=4]	0°	.	.	0	.	.	.	.	.
[@7.1=no tiene mas hijos]	-9,874	18,093	,298	1	,585	5,152E-5	2,048E-20	129584345231,116	
[@7.1=todos]	0°	.	.	0	.	.	.	.	.
[@7.2=4 a 6 meses]	-31,179	50,149	,387	1	,534	2,877E-14	5,911E-57	1400266628094250 00000000000000,00	0
[@7.2=mas de 6 meses]	-27,022	46,697	,335	1	,563	1,838E-12	3,278E-52	1030852390604318 00000000000000,000	
[@7.2=no tiene mas hijos]	0°	.	.	0	.	.	.	.	.
[@8=buena]	4,677	11,237	,173	1	,677	107,439	2,924E-8	394796279179,965	
[@8=mala]	0°	.	.	0	.	.	.	.	.

[@8=no tiene mas hijos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@8=regular]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@10=3 meses]	9,874	20,139	,240	1	,624	19409,235	1,397E-13	2696292782662849 000000,000
[@10=4 meses]	38,974	73,509	,281	1	,596	84401281005 943360,000	2,268E-46	3,141E+79
[@10=5 meses]	1,559	17,918	,008	1	,931	4,754	2,662E-15	8491005636857720, 000
[@10=6 meses]	-10,913	15,237	,513	1	,474	1,822E-5	1,953E-18	170072415,432
[@10=mas de 6 meses]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@10=otros]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@11=4 meses]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@11=5 meses]	-22,865	36,913	,384	1	,536	1,175E-10	4,463E-42	3091145597809753 000000,000
[@11=6 meses]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@11=mas de 6 meses]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@11=otros]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Sexo_lactante =hombre]	0°	.	.	0	.	.	.	.

[Sexo_lactante =mujer]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@12=aun sigue lactando]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@12=comenzar a estudiar o trabajar]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@12=el bebe rechazaba o no queria coger el pecho]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@12=no tenia suficiente leche en los senos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@12=por otros motivos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@13=no]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@13=si]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=antes del embarazo]	0°	.	.	0	.	.	.	.

[@14=despu s del parto en controles de salud]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=despu s del parto en la maternidad]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=durante el embarazo]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=en varios momentos antes mencionados]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=no las recibio]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 6]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 7]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 8]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 9]	0°	.	.	0	.	.	.	.

[Edad_actual=10]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual=11]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual=12]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual=13]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual=15]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual=18]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual=20]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual=21]	0°	.	.	0	.	.	.	.
Menos de 1 mes	Intersección	-12,641	233,764	,003	1	,957		
	[PesoLon=emaciado]	5,156	,000	.	1	.	173,392	173,392
	[PesoLon=normal]	11,200	250,193	,002	1	,964	73130,442	7,928E-209
	[PesoLon=posible riesgo de sobrepeso]	3,911	108,032	,001	1	,971	49,954	5,510E-91
								6,745E+217
								4,529E+93

[PesoLon=severamente emaciado]	25,778	468,529	,003	1	,956	15672801908 8,476	,000	. b
[PesoLon=sobrepeso]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[LongEda=alto]	-1,178	34,935	,000	1	,996	,837	1,535E-30	4566448757183602 0000000000000,00 0
[LongEda=baja talla]	-5,156	87,597	,003	1	,953	,006	1,578E-77	2,108E+72
[LongEda=baja talla severa]	,889	30,512	,001	1	,977	2,432	2,595E-26	2279759875300403 7000000000,000
[LongEda=normal]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_madre=De 20 a 34 años]	,178	23,183	,000	1	,994	1,195	2,207E-20	6464647148130165 0000,000
[Edad_madre=De 35 y mas años]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_madre=Menor a 19 años]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Esc_madre=Primaria]	5,867	122,838	,002	1	,962	353,070	9,721E-103	1,282E+107

[Esc_madre=s ecundaria básica]	1,956	89,077	,000	1	,982	7,068	1,063E-75	4,699E+76
[Esc_madre=S ecundaria básica]	-3,733	51,710	,005	1	,942	,024	2,307E-46	2,479E+42
[Esc_madre=T ecnico medio o preuniversitari o]	3,556	93,687	,001	1	,970	35,007	6,273E-79	1,954E+81
[Esc_madre=U niversitario]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[ocupación=A ma de casa]	-7,289	138,447	,003	1	,958	,001	9,732E-122	4,795E+114
[ocupación=Es tudiante]	,178	34,985	,000	1	,996	1,195	1,987E-30	7180275075592770 00000000000000,00 0
[ocupación=tra bajadora]	-18,133	360,753	,003	1	,960	1,333E-8	,000	1,579E+299
[ocupación=Tr abajadora]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[situacióncontu gal=Casada]	-3,733	54,349	,005	1	,945	,024	1,308E-48	4,371E+44

[situacióncontugal=Soltera]	2,133	55,154	,001	1	,969	8,443	9,542E-47	7,471E+47
[situacióncontugal=Unión libre]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[ingresos_fam=100]	9,244	180,737	,003	1	,959	10346,923	1,484E-150	7,215E+157
[ingresos_fam=1000]	4,978	63,176	,006	1	,937	145,151	2,436E-52	8,648E+55
[ingresos_fam=1200]	42,844	,000	.	1	.	40467446611 17638100,000	4046744661117638100,000	4046744661117638 100,000
[ingresos_fam=200]	1,600	33,226	,002	1	,962	4,953	2,585E-28	9490087478262671 000000000000,000
[ingresos_fam=300]	-3,733	156,740	,001	1	,981	,024	9,147E-136	6,252E+131
[ingresos_fam=400]	7,111	126,907	,003	1	,955	1225,508	1,160E-105	1,294E+111
[ingresos_fam=450]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[ingresos_fam=500]	9,956	183,092	,003	1	,957	21068,948	2,987E-152	1,486E+160
[ingresos_fam=580]	7,467	120,029	,004	1	,950	1748,768	1,186E-99	2,578E+105
[ingresos_fam=600]	-3,200	85,427	,001	1	,970	,041	7,840E-75	2,119E+71

[ingresos_fam =700]	14,578	252,937	,003	1	,954	2143129,662	1,073E-209	4,280E+221
[ingresos_fam =800]	1,778	34,562	,003	1	,959	5,917	2,252E-29	1554412475547044 500000000000000,0 00
[ingresos_fam =980]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[ingresos_fam =sin inf]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[hijosanteriore s=0]	5,333	113,989	,002	1	,963	207,127	1,944E-95	2,207E+99
[hijosanteriore s=1]	14,578	280,774	,003	1	,959	2143129,662	2,165E-233	2,122E+245
[hijosanteriore s=2]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[hijosanteriore s=4]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@7.1=no tiene mas hijos]	-3,378	73,526	,002	1	,963	,034	8,856E-65	1,315E+61
[@7.1=todos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@7.2=4 a 6 meses]	-10,667	210,852	,003	1	,960	2,331E-5	7,765E-185	6,997E+174
[@7.2=mas de 6 meses]	-9,244	190,733	,002	1	,961	9,665E-5	4,293E-167	2,176E+158

[@7.2=no tiene mas hijos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@8=buena]	1,600	48,026	,001	1	,973	4,953	6,534E-41	3,755E+41
[@8=mala]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@8=no tiene mas hijos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@8=regular]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@10=3 meses]	3,378	80,931	,002	1	,967	29,306	3,785E-68	2,269E+70
[@10=4 meses]	13,333	292,883	,002	1	,964	617437,627	3,078E-244	1,239E+255
[@10=5 meses]	,533	68,472	,000	1	,994	1,705	8,869E-59	3,276E+58
[@10=6 meses]	-3,733	64,603	,003	1	,954	,024	2,446E-57	2,338E+53
[@10=mas de 6 meses]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@10=otros]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@11=4 meses]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@11=5 meses]	-7,822	147,404	,003	1	,958	,000	1,357E-129	1,183E+122

[@11=6 meses]	0°	.	.	0	.	.	.
[@11=mas de 6 meses]	0°	.	.	0	.	.	.
[@11=otros]	0°	.	.	0	.	.	.
[Sexo_lactante =hombre]	0°	.	.	0	.	.	.
[Sexo_lactante =mujer]	0°	.	.	0	.	.	.
[@12=aun sigue lactando]	0°	.	.	0	.	.	.
[@12=comenzar a estudiar o trabajar]	0°	.	.	0	.	.	.
[@12=el bebe rechazaba o no queria coger el pecho]	0°	.	.	0	.	.	.
[@12=no tenia suficiente leche en los senos]	0°	.	.	0	.	.	.

[@12=por otros motivos]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@13=no]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@13=si]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=antes del embarazo]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=despues del parto en controles de salud]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=despues del parto en la maternidad]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=durante el embarazo]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=en varios momentos antes mencionados]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[@14=no las recibio]	0°	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual=6]	0°	.	.	0	.	.	.	.

[Edad_actual= 7]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 8]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 9]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 10]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 11]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 12]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 13]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 15]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 18]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 20]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Edad_actual= 21]	0 <sup>c</sup>	.	.	0	.	.	.	.

- a. La categoría de referencia es: 6 meses.
- b. Se ha producido un desbordamiento de punto flotante al calcular este estadístico. Por lo tanto, su valor se define como perdido del sistema.
- c. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

## ANEXO 2: ENCUESTA UTILIZADA EN EL ESTUDIO

---

### ENCUESTA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Número de encuesta: \_\_\_\_\_

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

Centro de salud: \_\_\_\_\_

#### Características del lactante:

Nombre y apellidos del lactante: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Edad actual del lactante: \_\_\_\_\_

#### Características maternas

Marque con una X:

**1. Edad (en años):** < de 19: \_\_\_\_\_ De 20 a 34: \_\_\_\_\_ 35 y más: \_\_\_\_\_

**2. Nivel de escolaridad:** Primaria: \_\_\_\_\_ Secundaria básica: \_\_\_\_\_ Técnico medio o preuniversitario: \_\_\_\_\_ Universitario: \_\_\_\_\_

**3. Ocupación:** ama de casa \_\_\_\_\_ Trabajadora \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_

**4. Situación conyugal:** Soltera: \_\_\_\_\_ Casada: \_\_\_\_\_ Viuda: \_\_\_\_\_ Unión consensual: \_\_\_\_\_

**5. Constitución del núcleo familiar:** Esposo o pareja: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_ Suegro: \_\_\_\_\_ Hijos: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_ Suegra: \_\_\_\_\_ Abuelos: \_\_\_\_\_ Hermanos: \_\_\_\_\_ Tíos: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**6. ingresos familiares (especificar la cantidad):** \_\_\_\_\_

**7. Número de hijos anteriores:** \_\_\_\_\_ ¿A cuántos brindó lactancia materna exclusiva? \_\_\_\_\_ y durante qué tiempo: menos de 1 mes: \_\_\_\_\_ De 1 a 4 meses: \_\_\_\_\_ De 4 a 6 meses: \_\_\_\_\_ Más de 6 meses: \_\_\_\_\_

**8. ¿Cuál fue su experiencia en lactancia previa?**

Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

**9. Tiempo de lactancia materna exclusiva al hijo actual**

Menos de un mes	Un mes	Dos meses	Tres meses	Cuatro meses	Cinco meses	Seis meses	Más de seis meses

**10. ¿A qué edad empezó a darle agua u otras bebidas? \_\_\_\_\_**

**11. ¿A qué edad empezó a darle alimentos sólidos o semisólidos? \_\_\_\_\_**

**12. Causas del abandono de la lactancia materna:**

\_\_\_\_\_ No se llenaba

\_\_\_\_\_ El bebé no aumenta de peso

\_\_\_\_\_ No tenía suficiente leche en los senos

\_\_\_\_\_ El bebé rechazaba o no quería coger el pecho

\_\_\_\_\_ Por alguna enfermedad del bebé (especificar)

\_\_\_\_\_ Por enfermedad materna o defecto anatómico (especificar)

\_\_\_\_\_ Comenzar a estudiar o trabajar

\_\_\_\_\_ Tiene que atender otro familiar

\_\_\_\_\_ No desea dar el pecho

\_\_\_\_\_ Consejo médico o de otro profesional

\_\_\_\_\_ Lloraba mucho

\_\_\_\_\_ Para que me dejara dormir por las noches

\_\_\_ La leche de vaca y la evaporada ponen al niño más hermoso

\_\_\_ Para que se adapte temprano a la leche que después tiene que tomar siempre

\_\_\_ Porque después no quiere tomar otro alimento

\_\_\_ Se desfiguran mi cuerpo y mis senos

\_\_\_ No tiene tiempo para la lactancia

\_\_\_ Por otros motivos ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

### **13. Orientaciones previas sobre ventajas e importancia de la lactancia materna exclusiva**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### **14. ¿Cuándo las recibió?**

Antes del embarazo \_\_\_\_\_ Durante el embarazo \_\_\_\_\_ Después del parto en la maternidad \_\_\_\_\_ Después del parto en controles de salud \_\_\_\_\_ En varios momentos antes mencionados (cuales pertenecen)

### **15. Principales fuentes de información**

Familia \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_\_ Matrona \_\_\_\_\_ Medios masivos de comunicación \_\_\_\_\_ amigos o conocidos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Varios \_\_\_\_\_ (especificar cuál de los antes mencionados)

### **16. Enfermedades sufridas por su niño en los primeros 6 meses de vida (consignar el número de veces en la línea):**

EDA: \_\_\_\_\_ IRA: \_\_\_\_\_ ITU: \_\_\_\_\_ Episodios de sibilancias: \_\_\_\_\_

Desnutrición por defecto: \_\_\_\_\_ Obesidad: \_\_\_\_\_ Anemia: \_\_\_\_\_ Número de ingresos hospitalarios: \_\_\_\_\_ En cuántas ocasiones ha recibido antibióticos: \_\_\_\_\_

### **17. Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Talla al nacer: \_\_\_\_\_**

Peso a los 6 meses: \_\_\_\_\_ Talla a los 6 meses: \_\_\_\_\_

## **Cuestionario de prácticas de lactancia materna**

**17. El calostro es:** el alimento que sale del pecho durante los primeros 2 a 3 días \_\_\_\_  
El nombre que recibe la bajada de la leche \_\_\_\_ El peor alimento que sale del pecho,  
con menos defensas y nutrientes \_\_\_\_ No sé \_\_\_\_

**18. ¿Cuántas veces debe mamar el lactante?:** Cada tres horas \_\_\_\_ Cada vez que lo  
pida \_\_\_\_ Cada vez que lo pida máximo cada tres horas \_\_\_\_ Cada seis horas \_\_\_\_ No  
sé \_\_\_\_

**19. ¿A qué edad se debe incorporar otros alimentos al niño, además de la leche  
materna? (ejemplo. Papillas/ comidas):** A los tres meses \_\_\_\_ A los cuatro meses  
\_\_\_\_ A los cinco meses \_\_\_\_ Desde los seis meses \_\_\_\_ AL año \_\_\_\_ Otro (especifique  
cual) \_\_\_\_

**20. ¿Cuál o cuáles de estos beneficios tienen la lactancia materna exclusiva para  
usted?:** Es más barata \_\_\_\_ Previene el embarazo \_\_\_\_ Ayuda a bajar de peso \_\_\_\_  
Ayuda al útero a volver a su estado normal después del parto \_\_\_\_ previene el cáncer de  
ovario y de mama \_\_\_\_ Ayuda a crear lazos de amor con el hijo \_\_\_\_ Todas las  
anteriores \_\_\_\_ No sé \_\_\_\_

**21. ¿Cuál o cuáles de estos beneficios tienen la lactancia materna exclusiva para su  
hijo/hija?:** Lo protege de infecciones respiratorias (resfrió) y digestivas (diarrea) \_\_\_\_  
Ayuda en su crecimiento \_\_\_\_ Crea lazos de amor madre e hijo \_\_\_\_ Le proporciona a  
el /la niña mejor nutrición \_\_\_\_ es más higiénica para el/la niño/a \_\_\_\_ Todas las  
anteriores \_\_\_\_ No sé \_\_\_\_

**22. ¿Cuál o cuáles de las acciones hacen que el pecho produzca más leche?:** Debe  
tomar abundante líquido \_\_\_\_ Alimentarse sanamente \_\_\_\_ Poner el/ la niño/a al pecho  
\_\_\_\_ Todas las anteriores \_\_\_\_ No sé \_\_\_\_

**23. ¿Cómo debe colocarse la mano para tomar el pecho cuando se amamanta?:**  
Con la mano en forma de C \_\_\_\_ Con los dedos como tijeras \_\_\_\_ No importa la forma  
mientras se sienta cómoda \_\_\_\_ No sé \_\_\_\_

**24. ¿Sabe usted, cual es la mejor posición de la madre para amamantar a su hijo? :**

Sentada en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados \_\_\_\_ Acostada de lado en la cama \_\_\_\_ No importa la posición, siempre que la madre y el niño estén cómodos \_\_\_\_ No sé \_\_\_\_

**25. ¿Sabe usted como colocar correctamente el niño al seno?:** Tomar al niño en los

brazo y pegarlo al abdomen \_\_\_\_ Agarrar el seno y estimular los labios del bebe para que abra la boca \_\_\_\_ Introducir en la boca del niño /a el pezón y la areola \_\_\_\_ Todas las anteriores \_\_\_\_ No sé \_\_\_\_

**26. ¿Por qué es importante la colocación correcta del bebe al seno? ) Puede escoger una o varias alternativas):** Porque no se produce grietas \_\_\_\_ Porque no causa dolor

en las mamas \_\_\_\_ Permite una buena succión por parte del bebe \_\_\_\_ Todas las anteriores son correctas \_\_\_\_ No sé \_\_\_\_

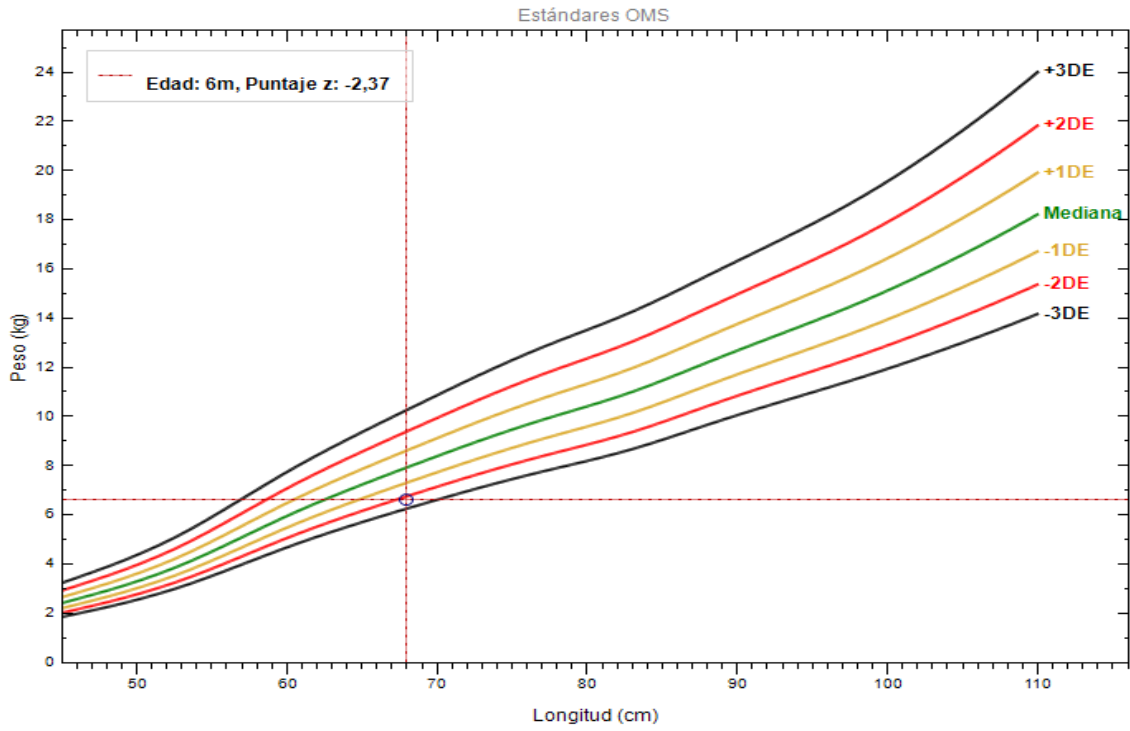
**27. Al amamantar a su hijo debe comenzar por:** El pecho que en la mamada anterior

el / la niño/a tomó al último \_\_\_\_ El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo primero \_\_\_\_ No tiene importancia, se puede iniciar con cualquiera de los dos \_\_\_\_ No sé \_\_\_\_

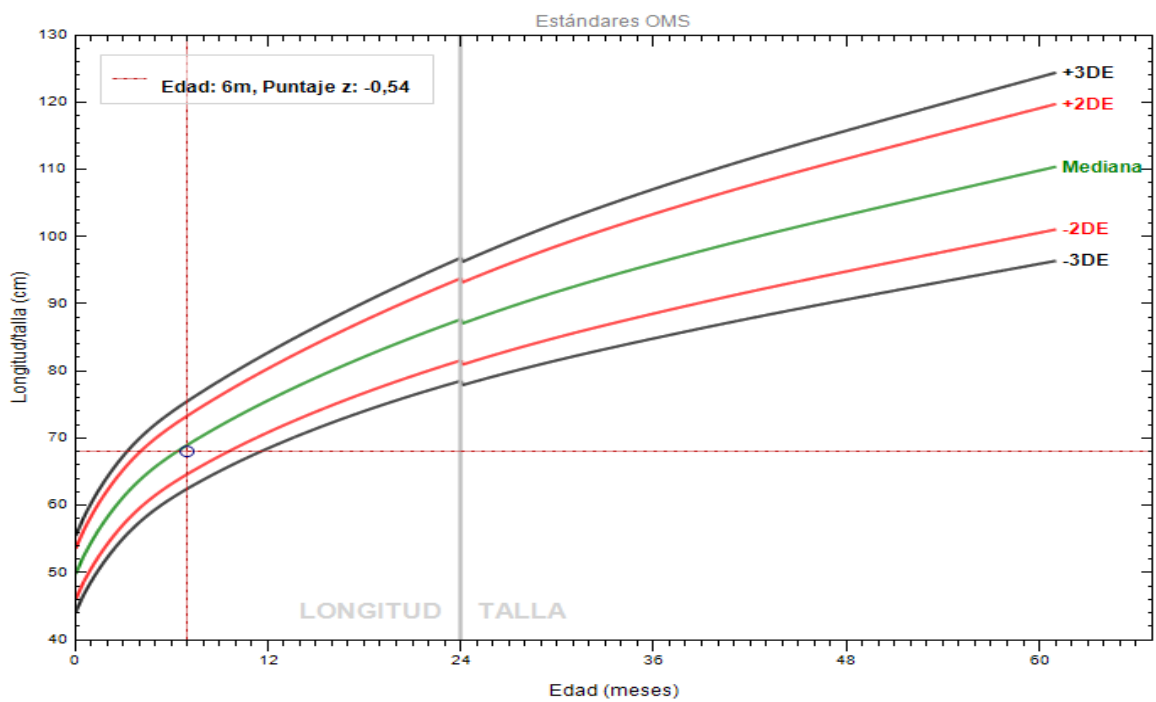
# ANEXO 3: CURVAS DE PESO/LONGITUD Y LONGITUD/EDAD

## Encuesta #: 1

### Peso /Longitud

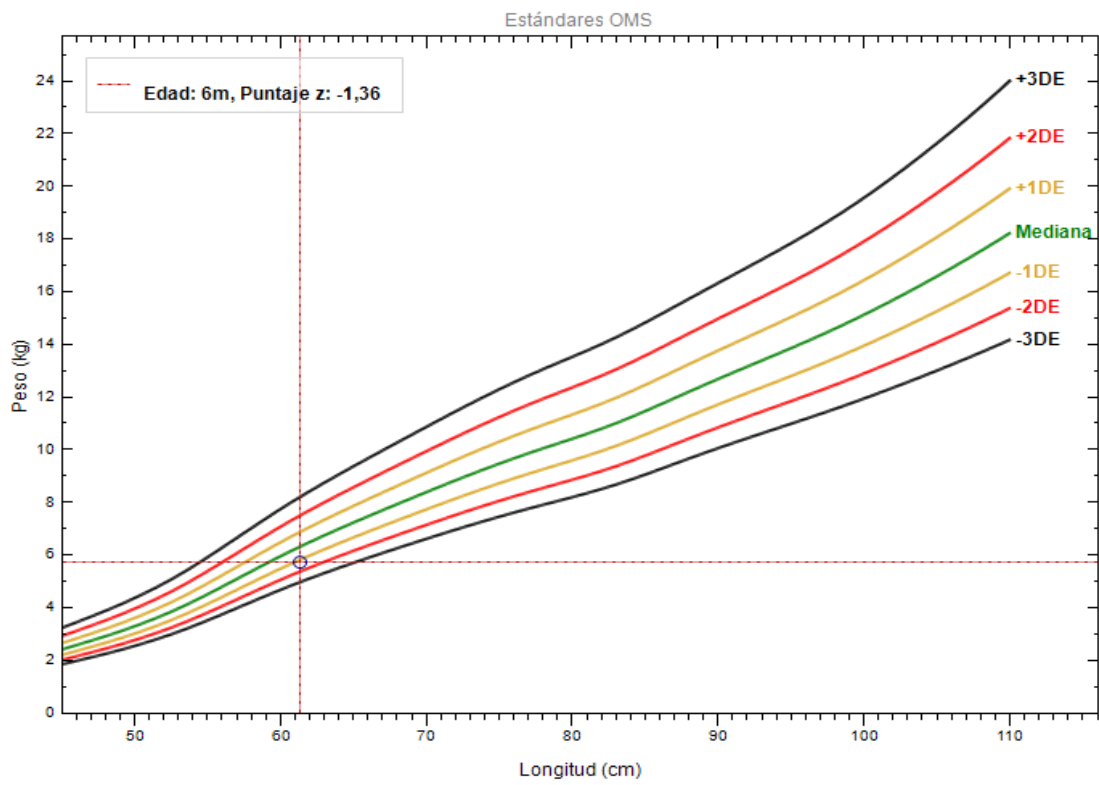


### Longitud/Edad

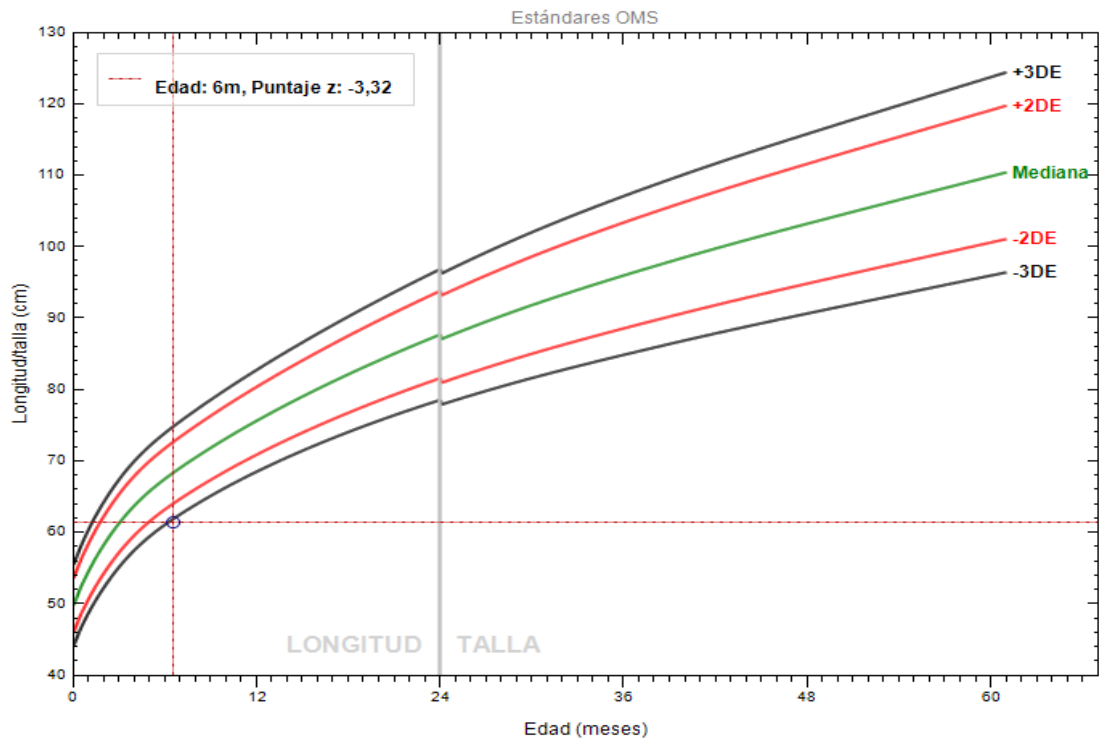


## Encuesta #: 2

### Peso/ Longitud

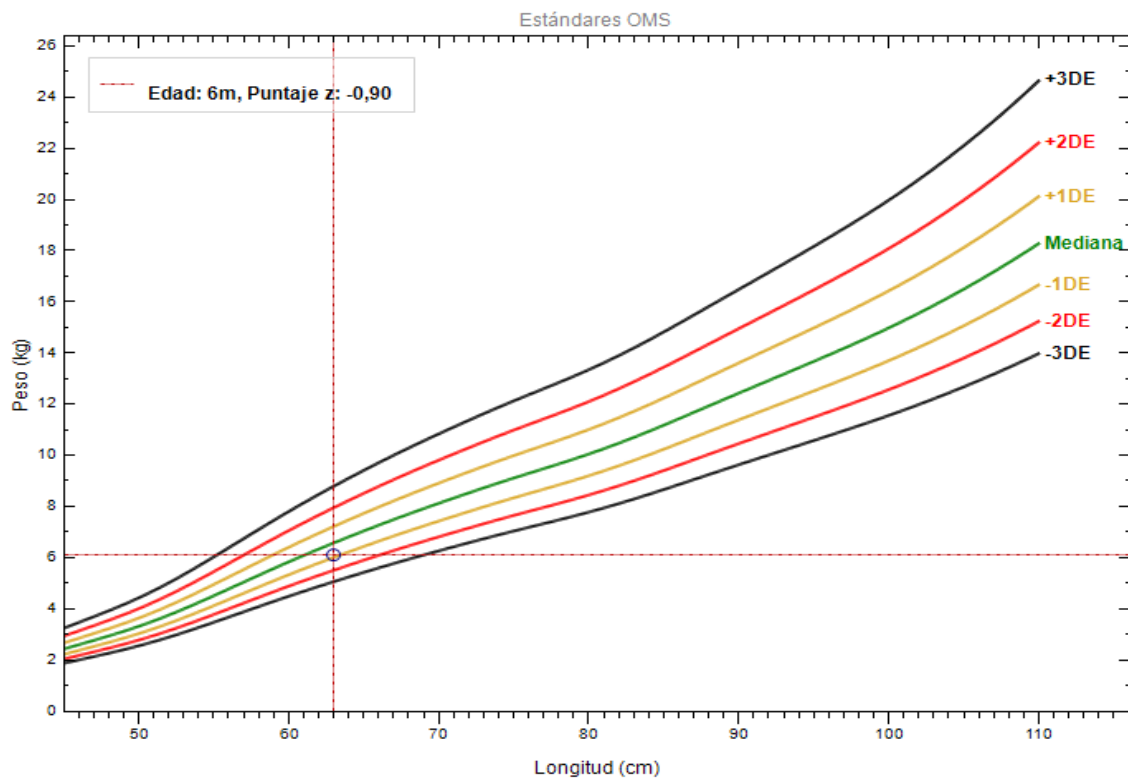


### Longitud /Edad

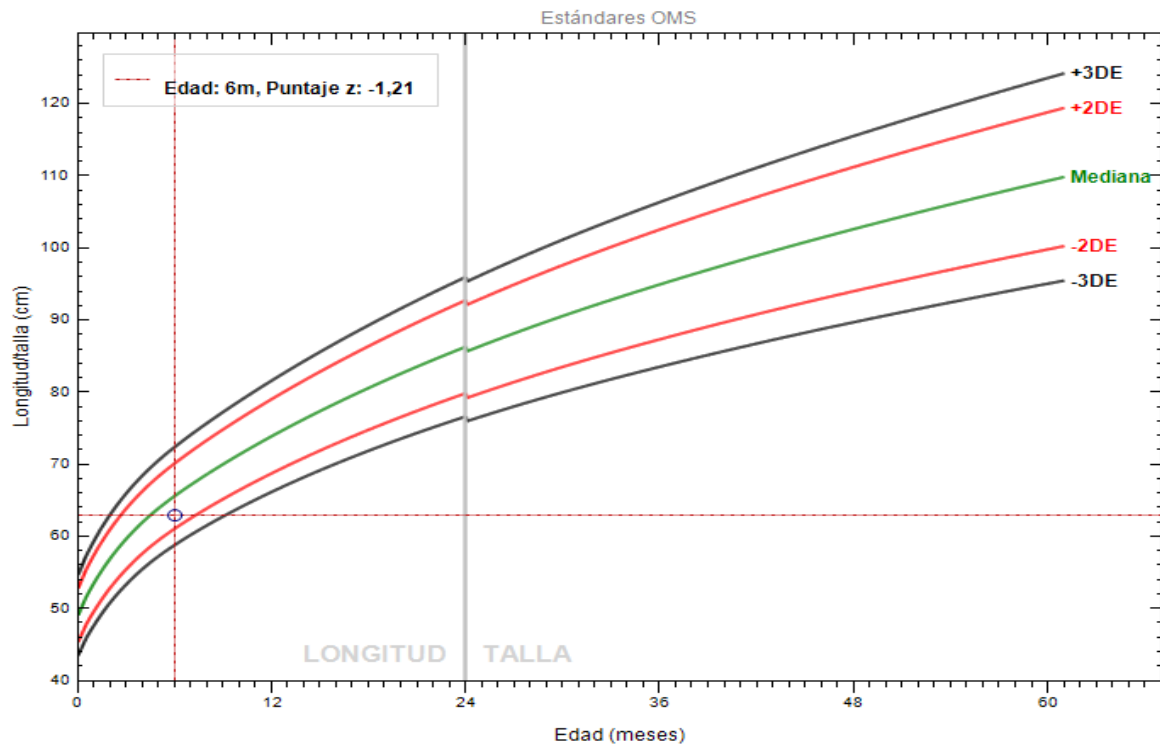


### Encuesta #: 3

### Peso/Longitud

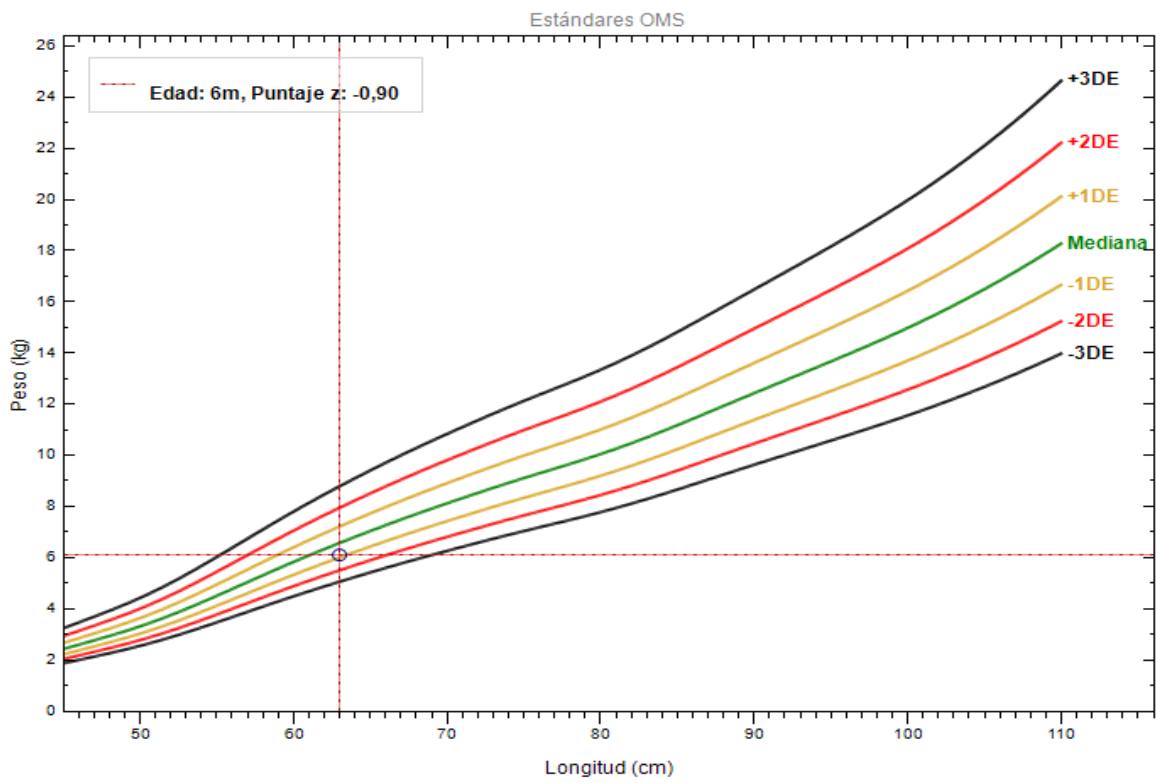


### Longitud/Edad

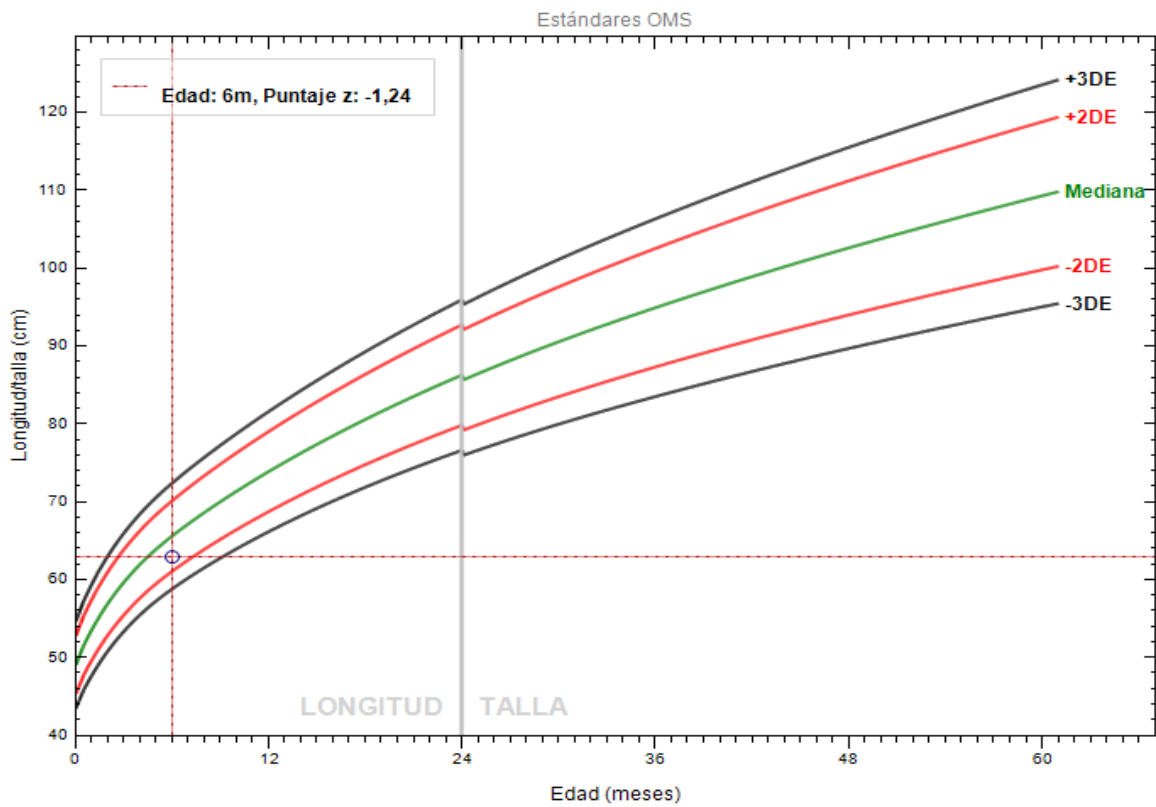


# Encuesta #: 4

## Peso/Longitud

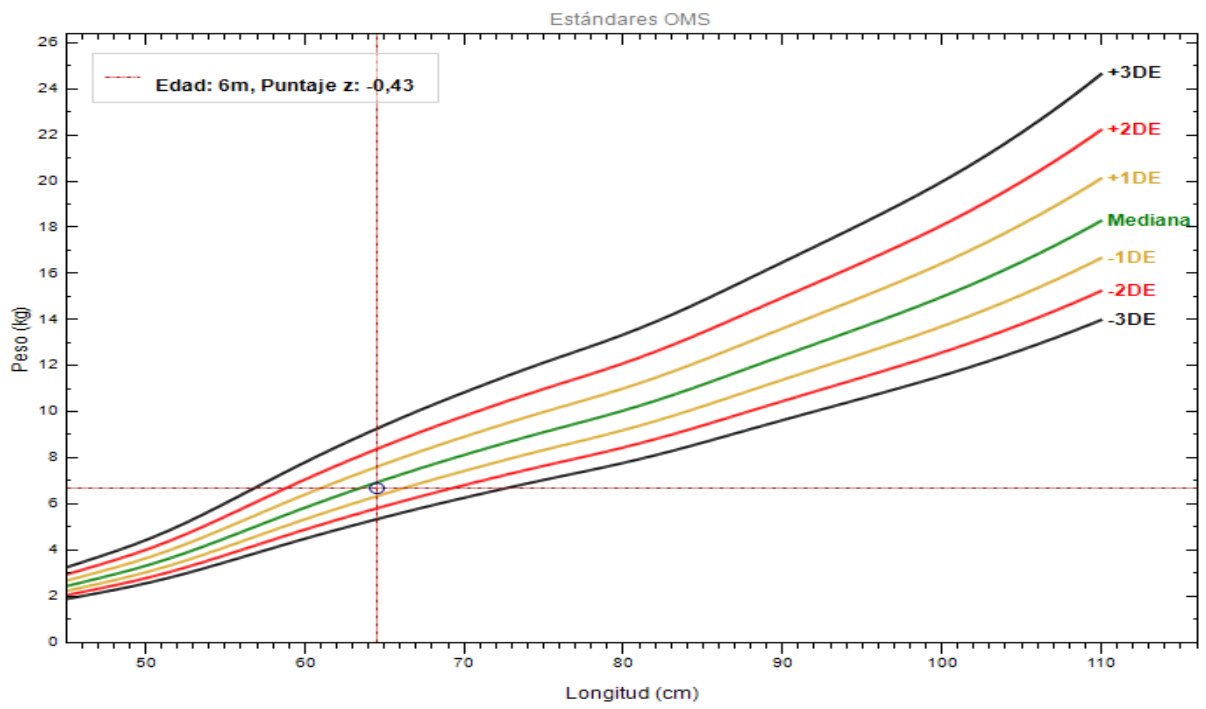


## Longitud/Edad

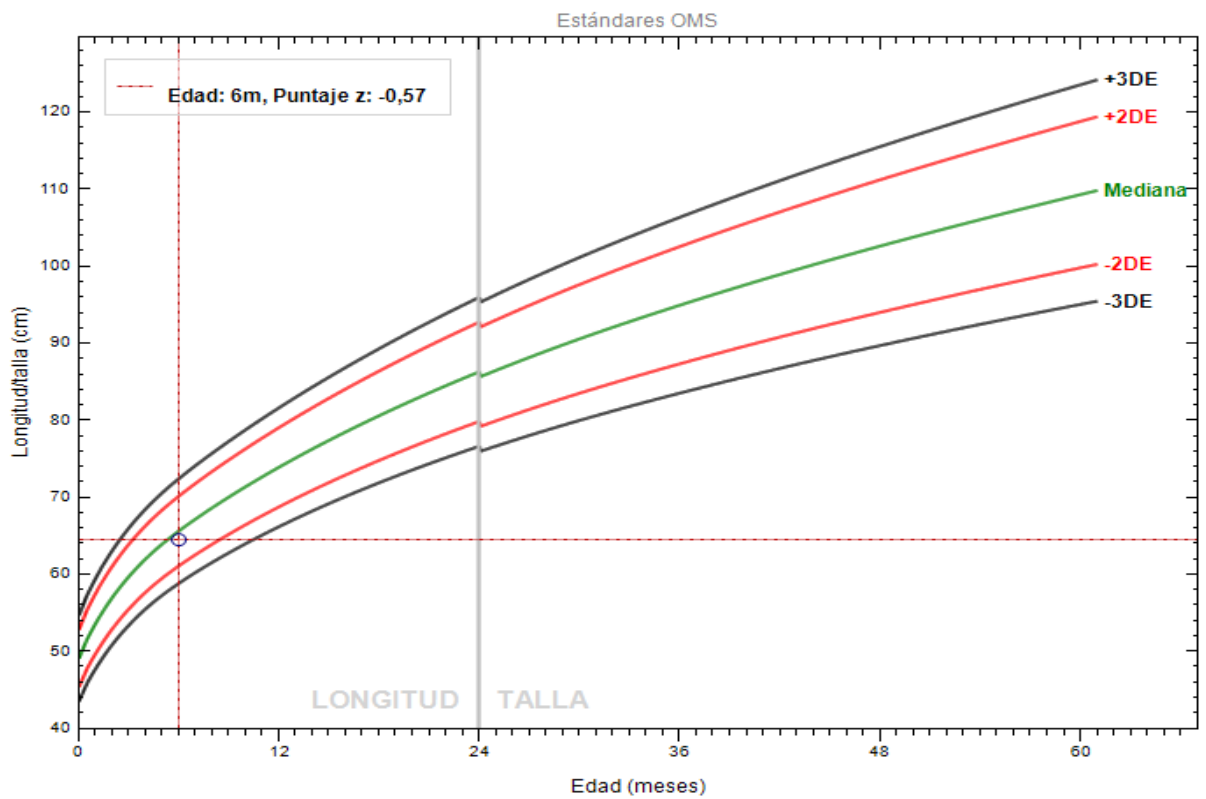


# Encuesta #5

## Peso/Longitud

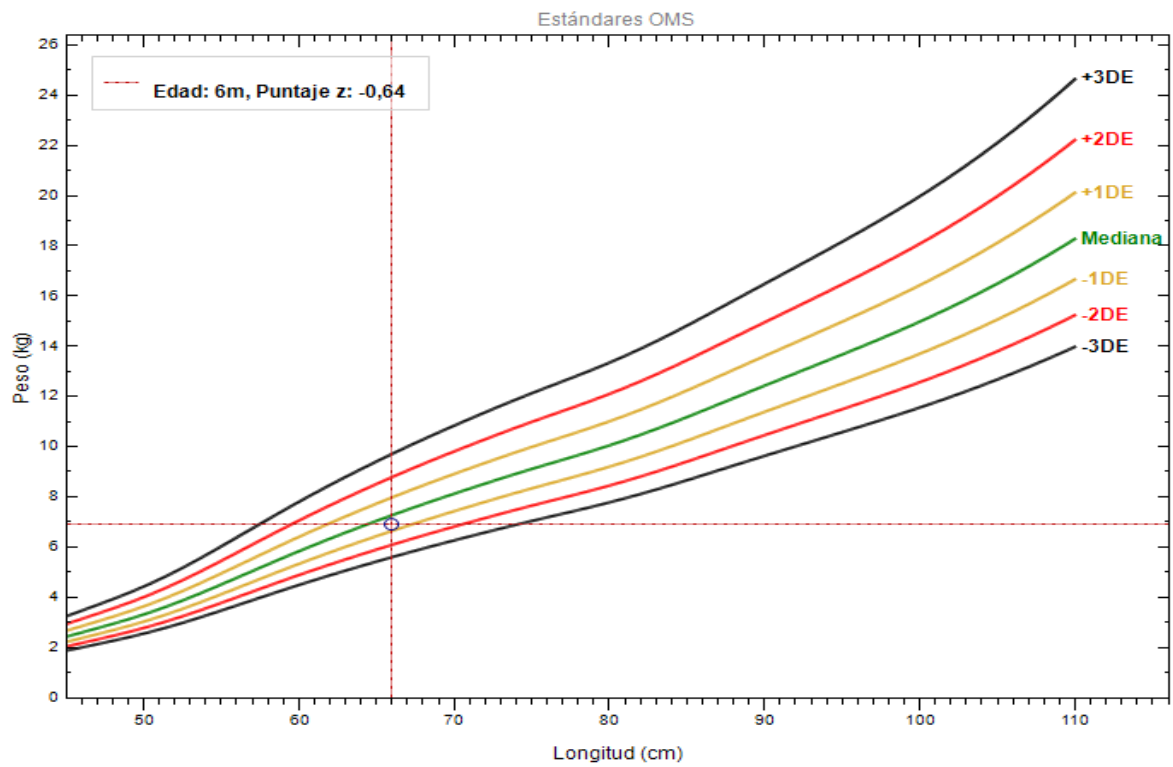


## Longitud/Edad

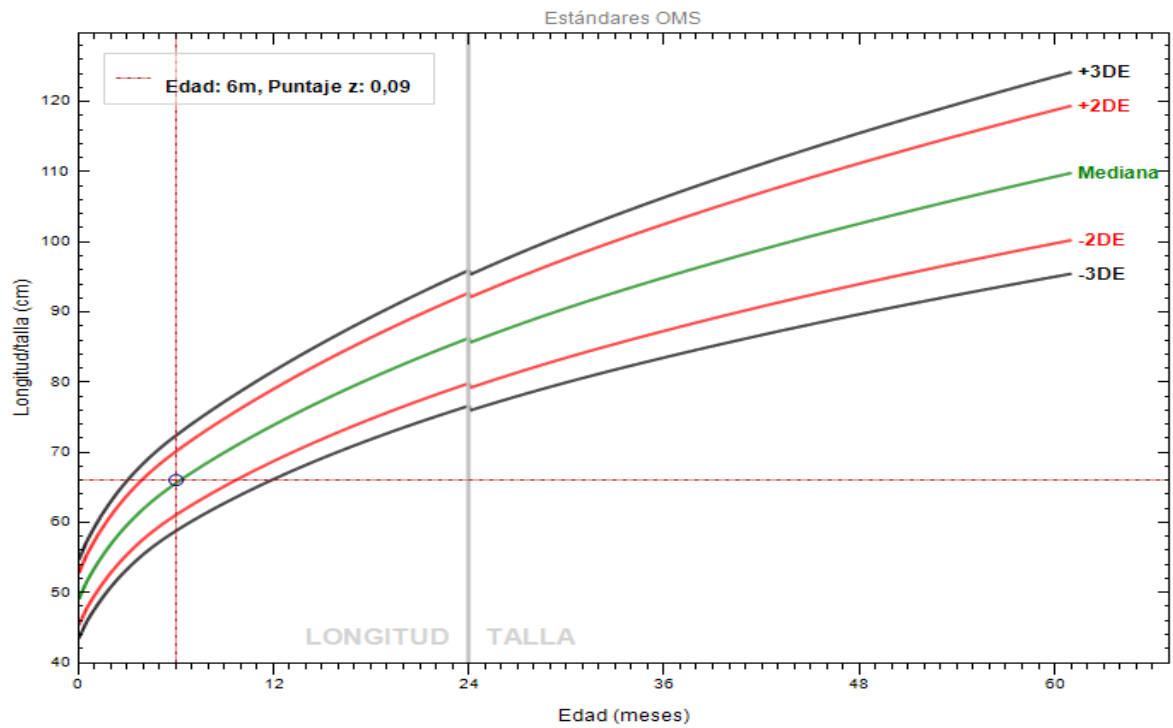


# Encuesta #:6

## Peso/Longitud

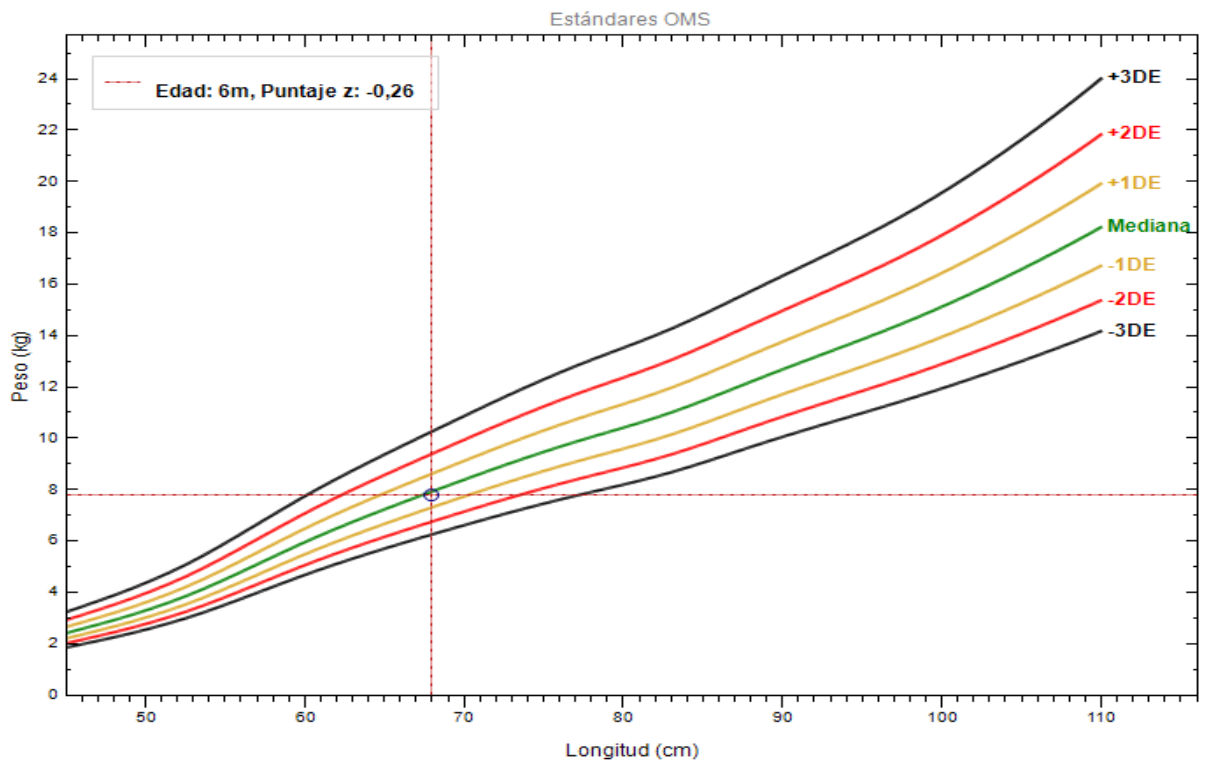


## Longitud/Edad

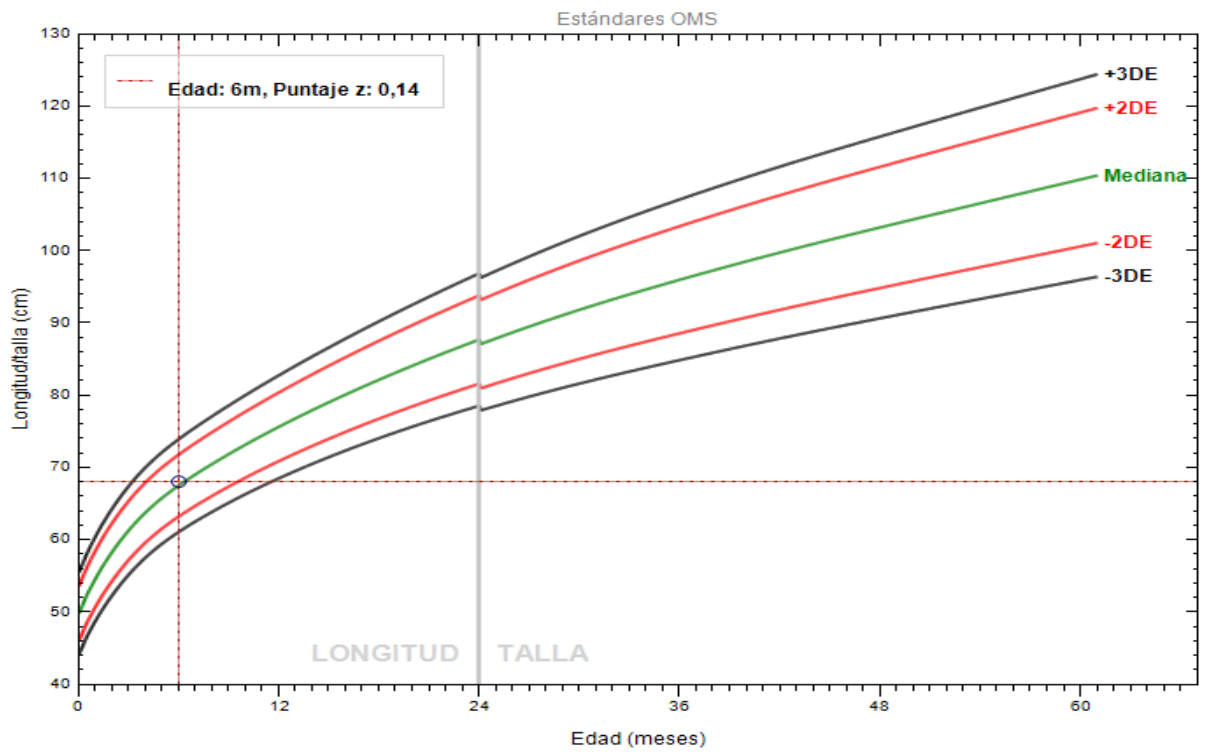


# Encuesta #:7

## Peso/Longitud

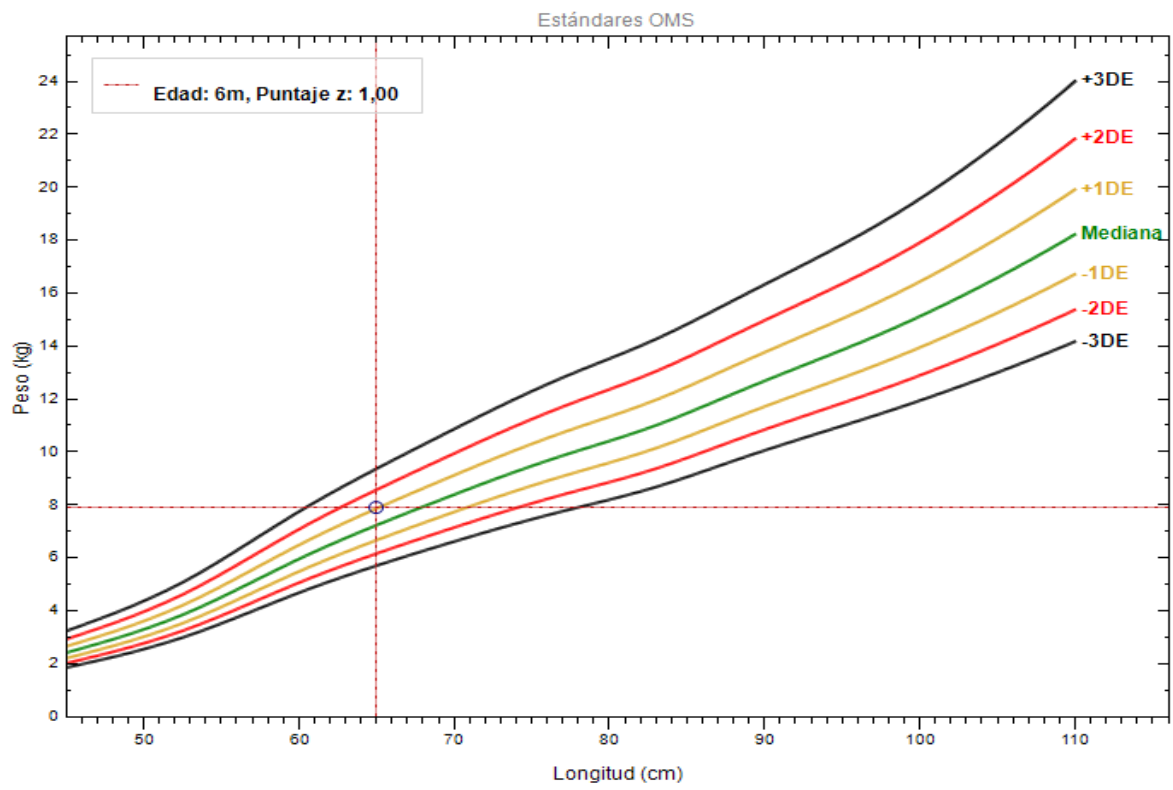


## Longitud/Edad

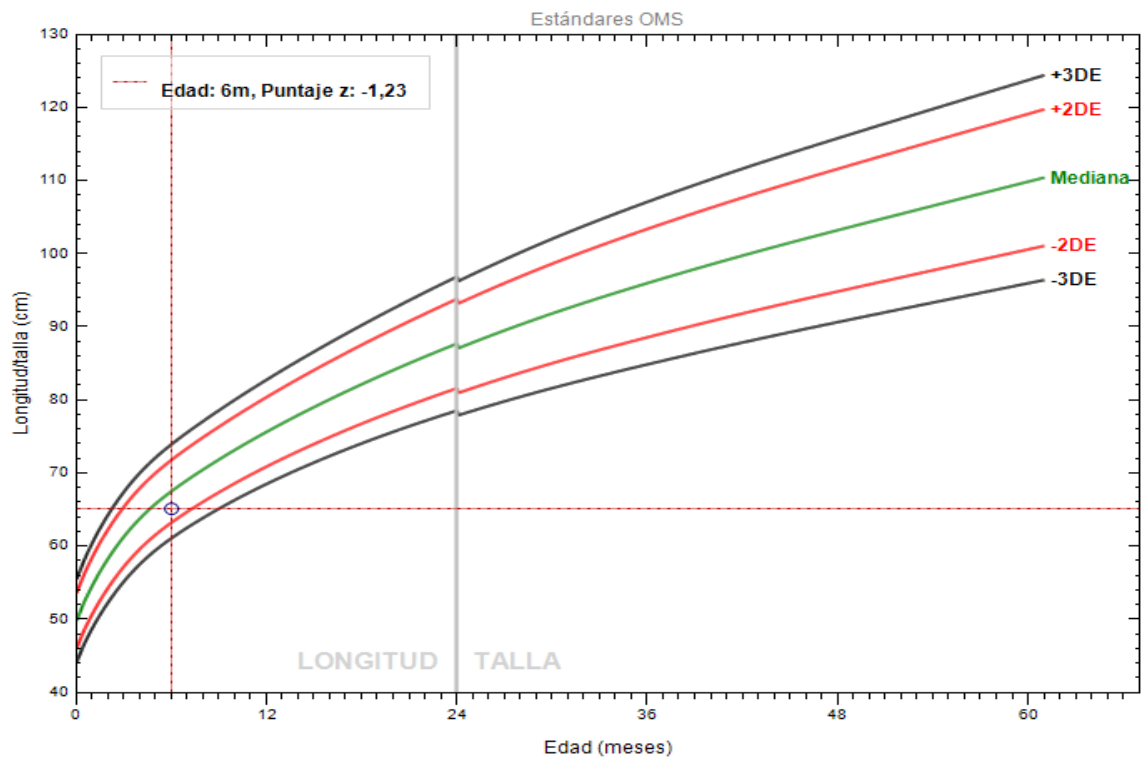


# Encuesta #: 8

## Peso/Longitud

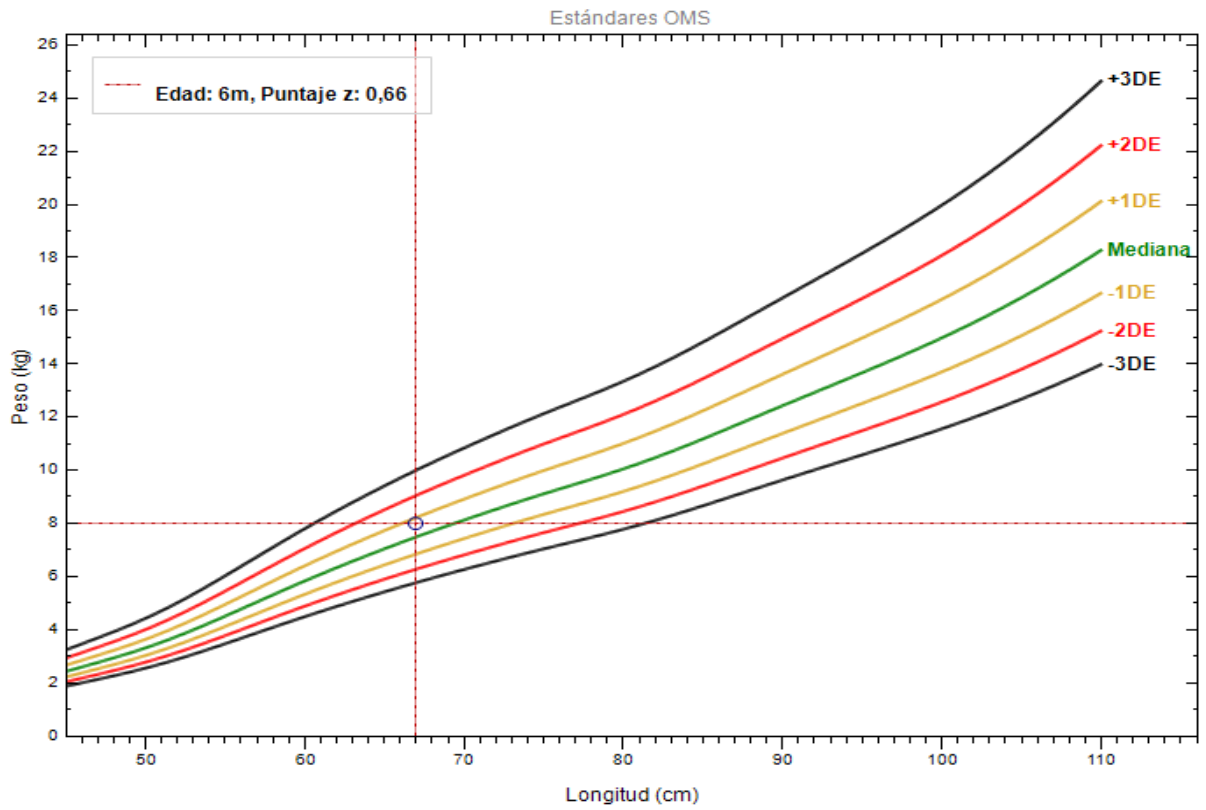


## Longitud /Edad

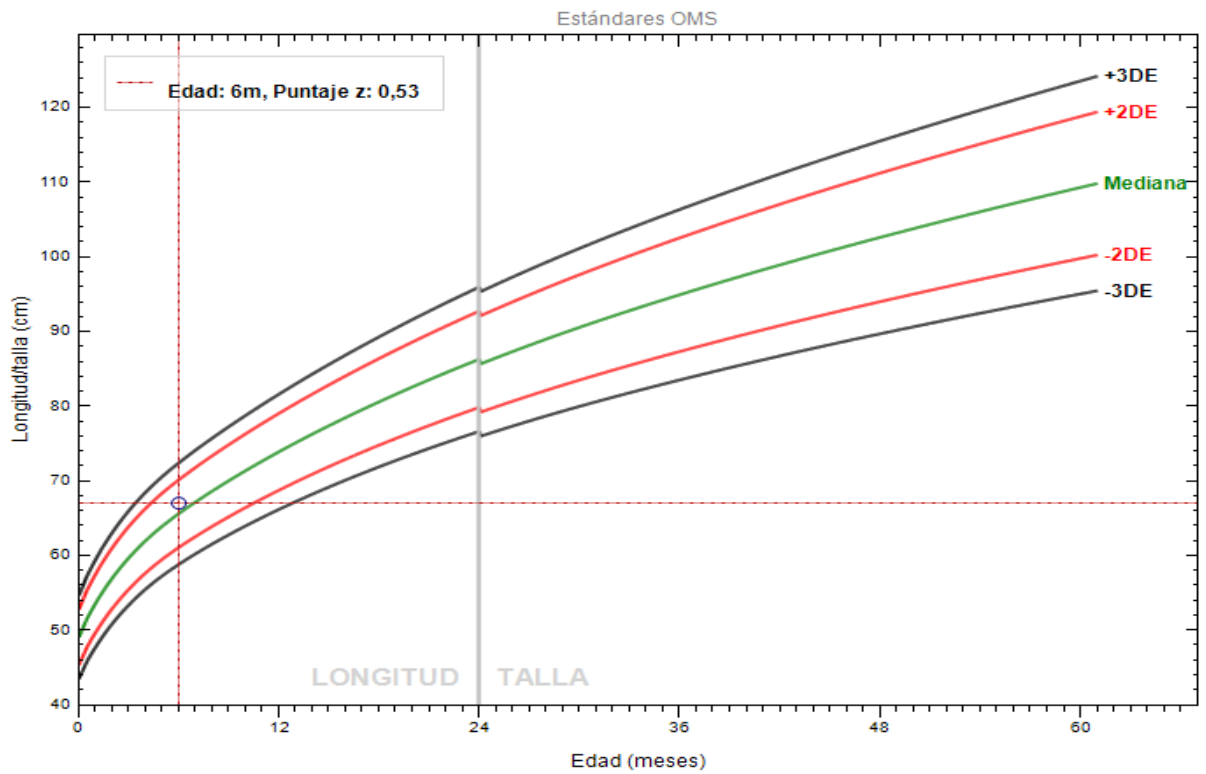


# Encuesta #: 9

## Peso/longitud

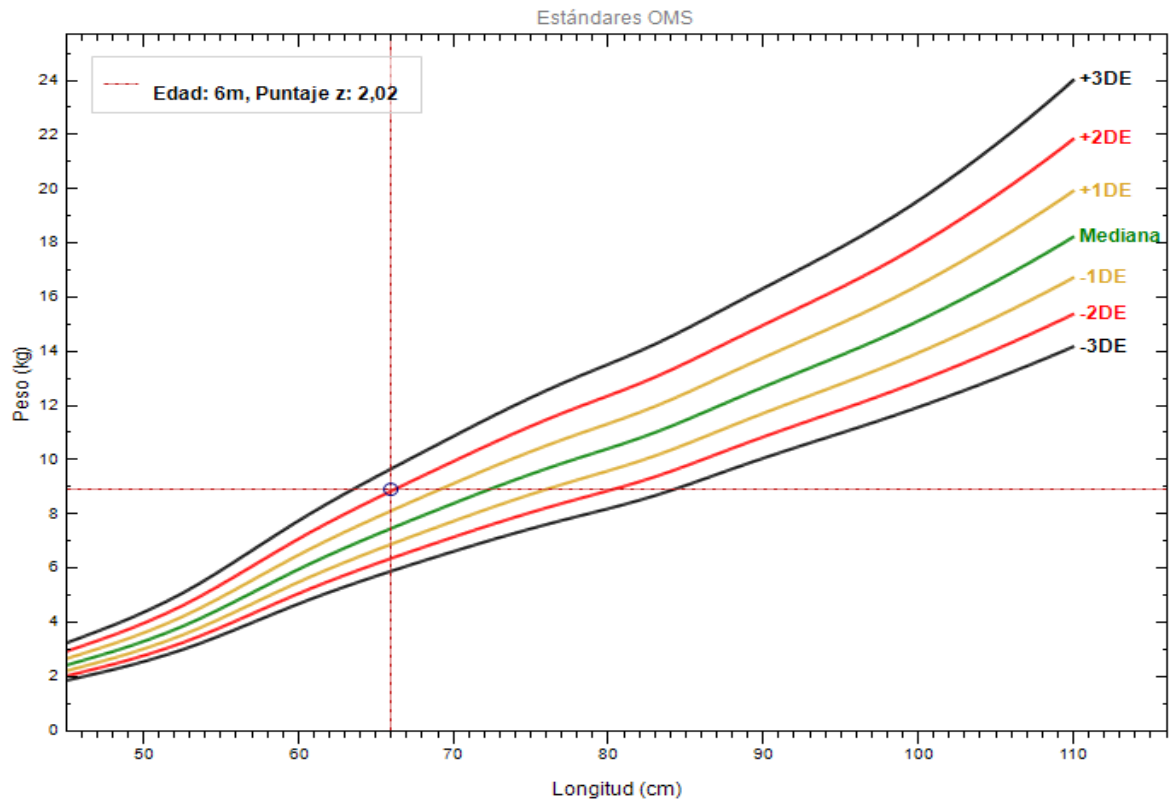


## Longitud/Edad

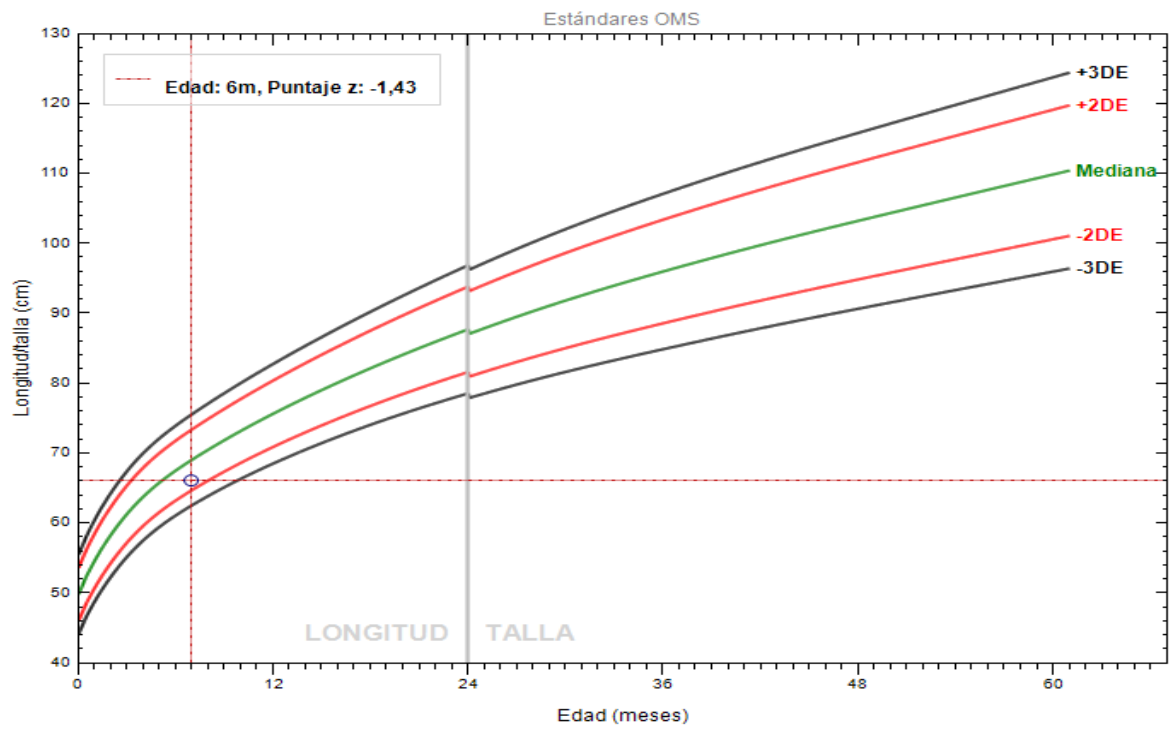


# Encuesta #:10

## Peso/Longitud

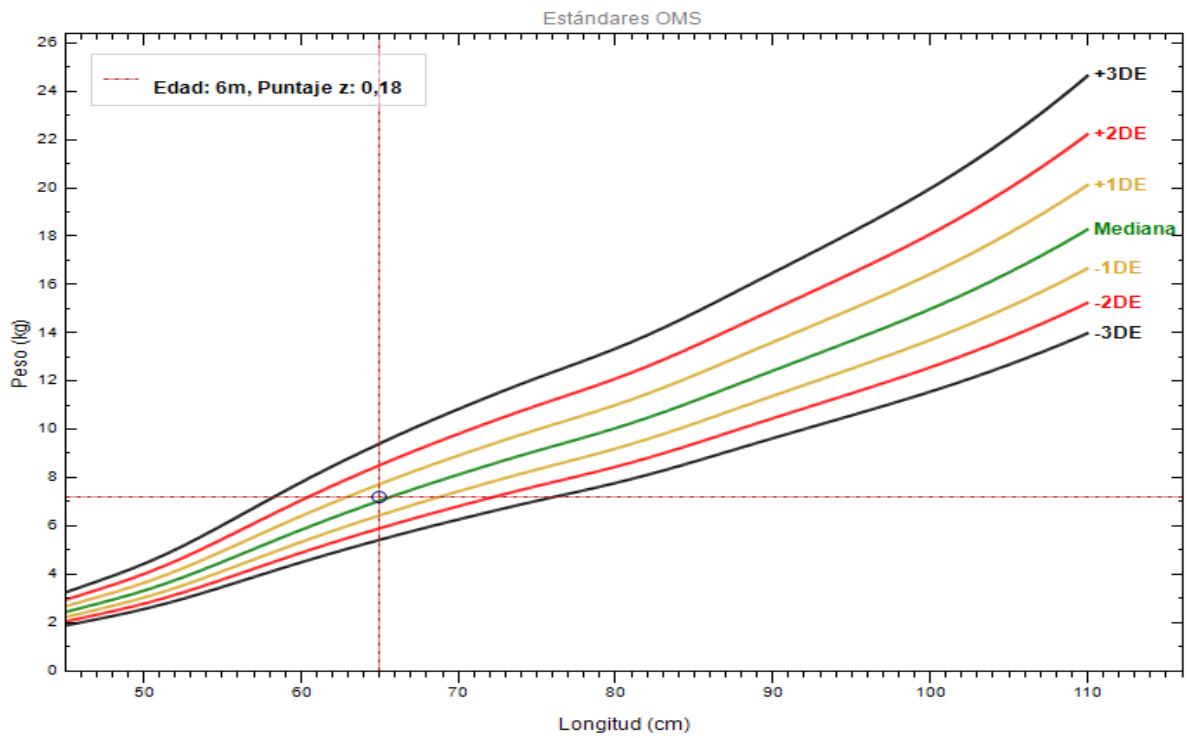


## Longitud/Edad

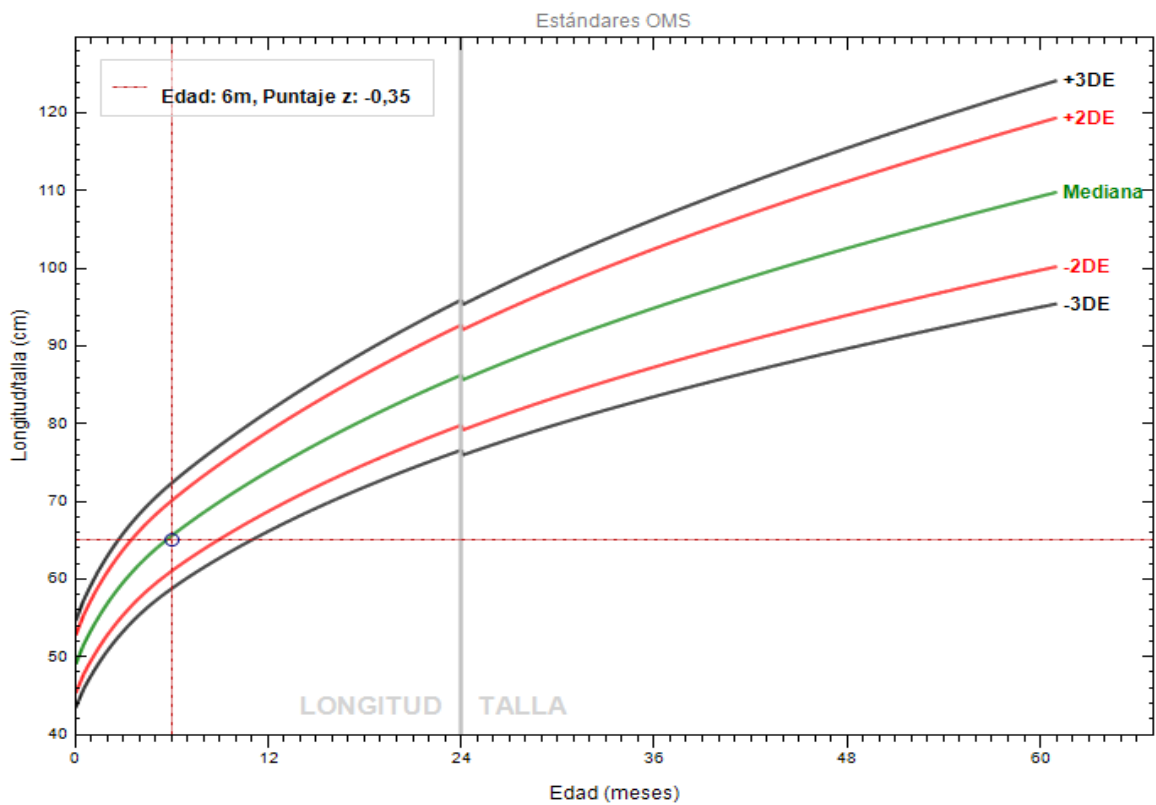


# Encuesta #: 11

## Peso/Longitud

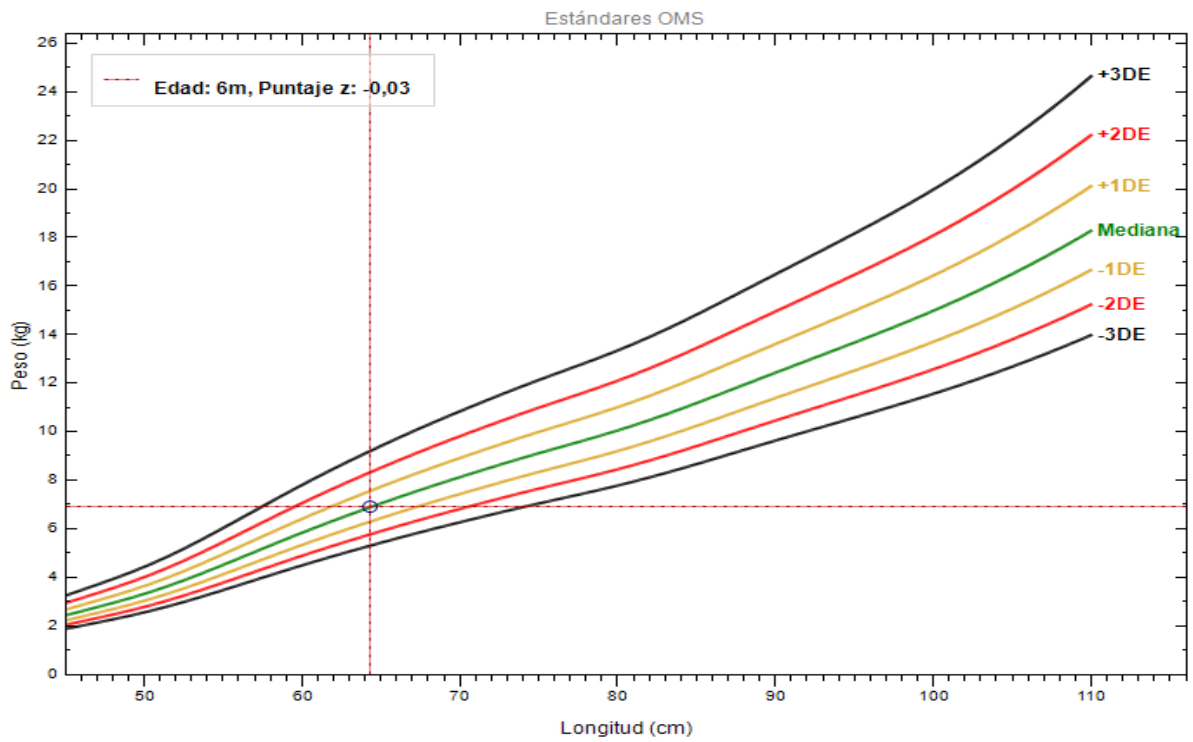


## Longitud/Edad

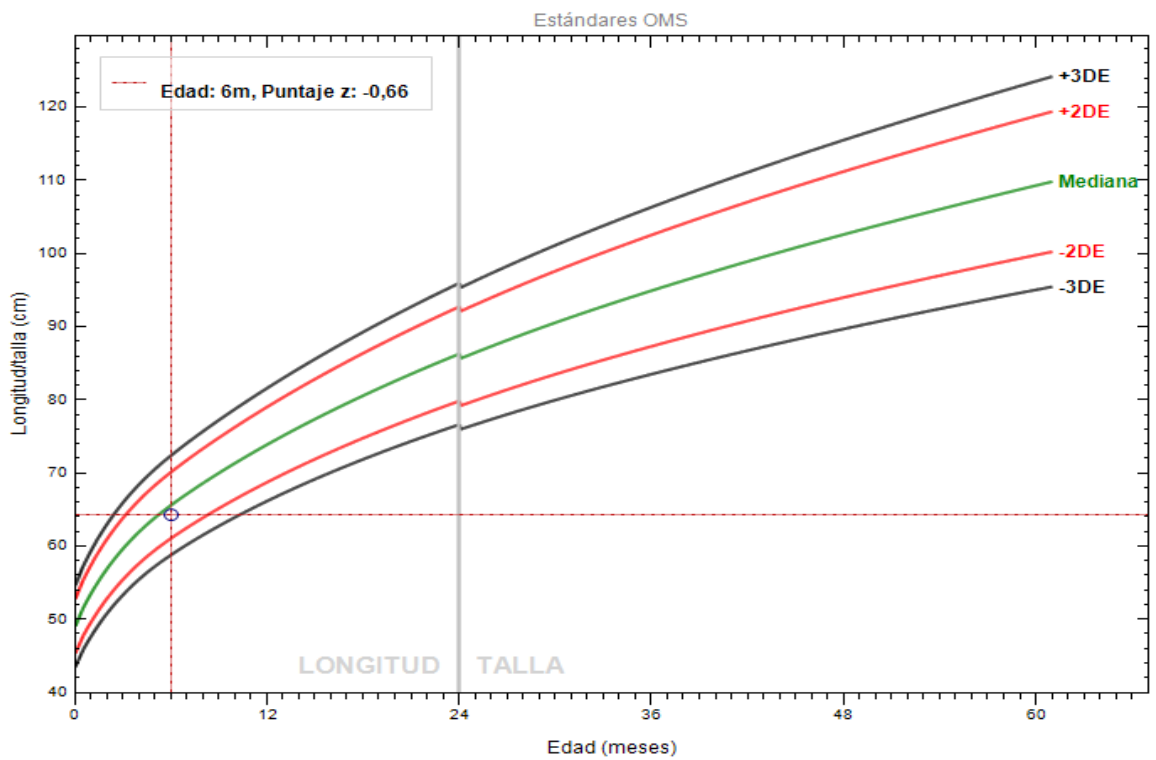


# Encuesta #: 12

## Peso/Longitud

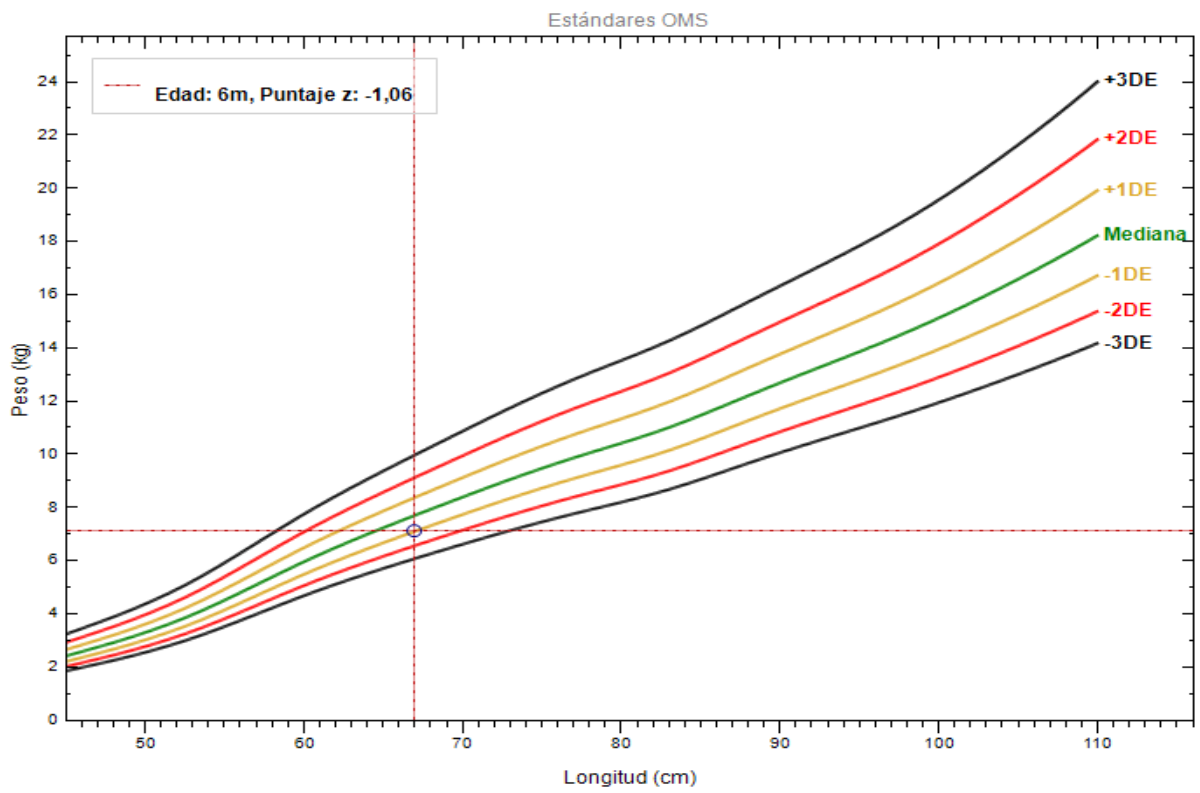


## Longitud/Edad

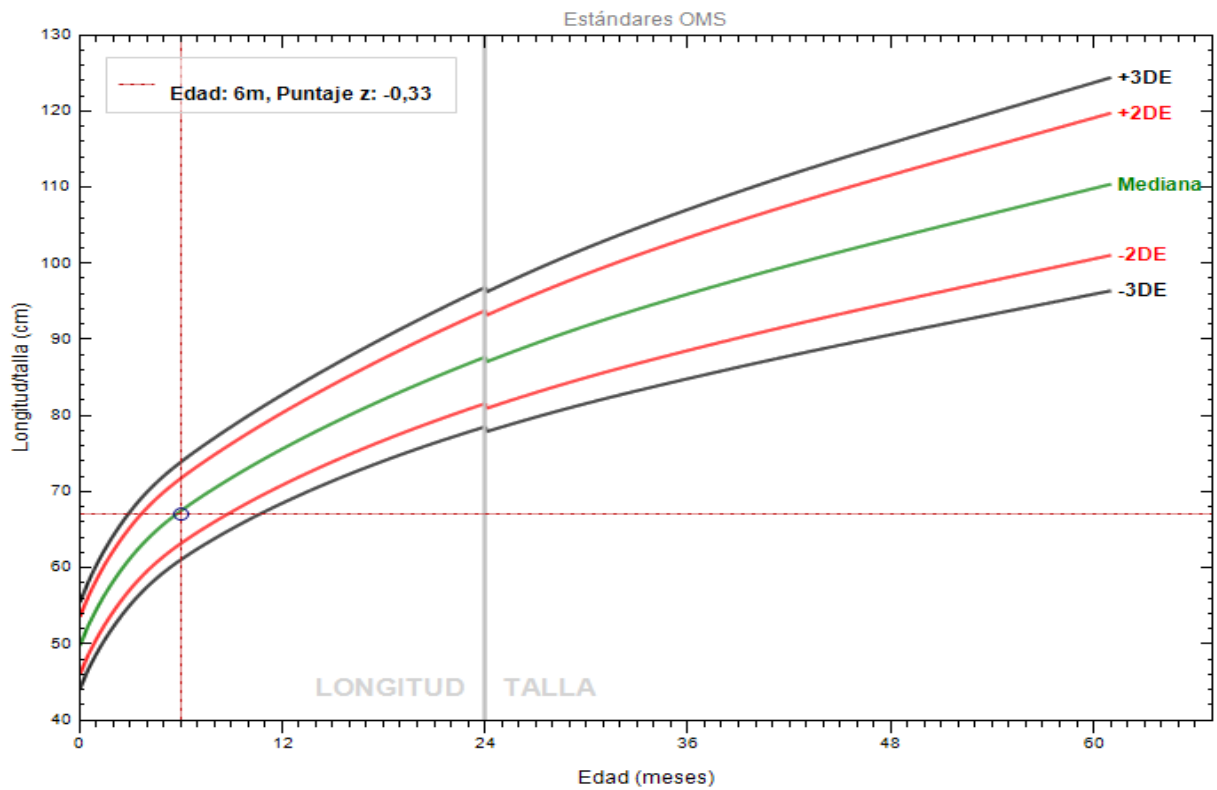


# Encuesta #: 13

## Peso/Longitud

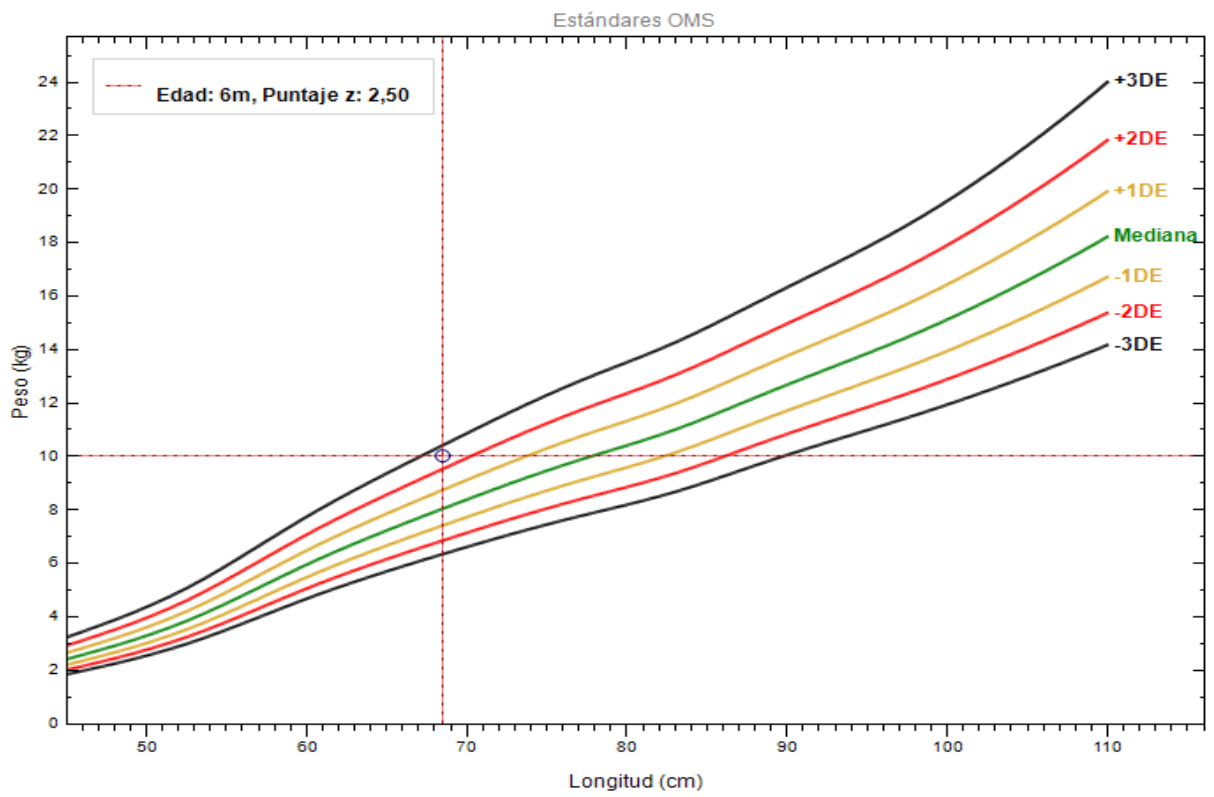


## Longitud/Edad

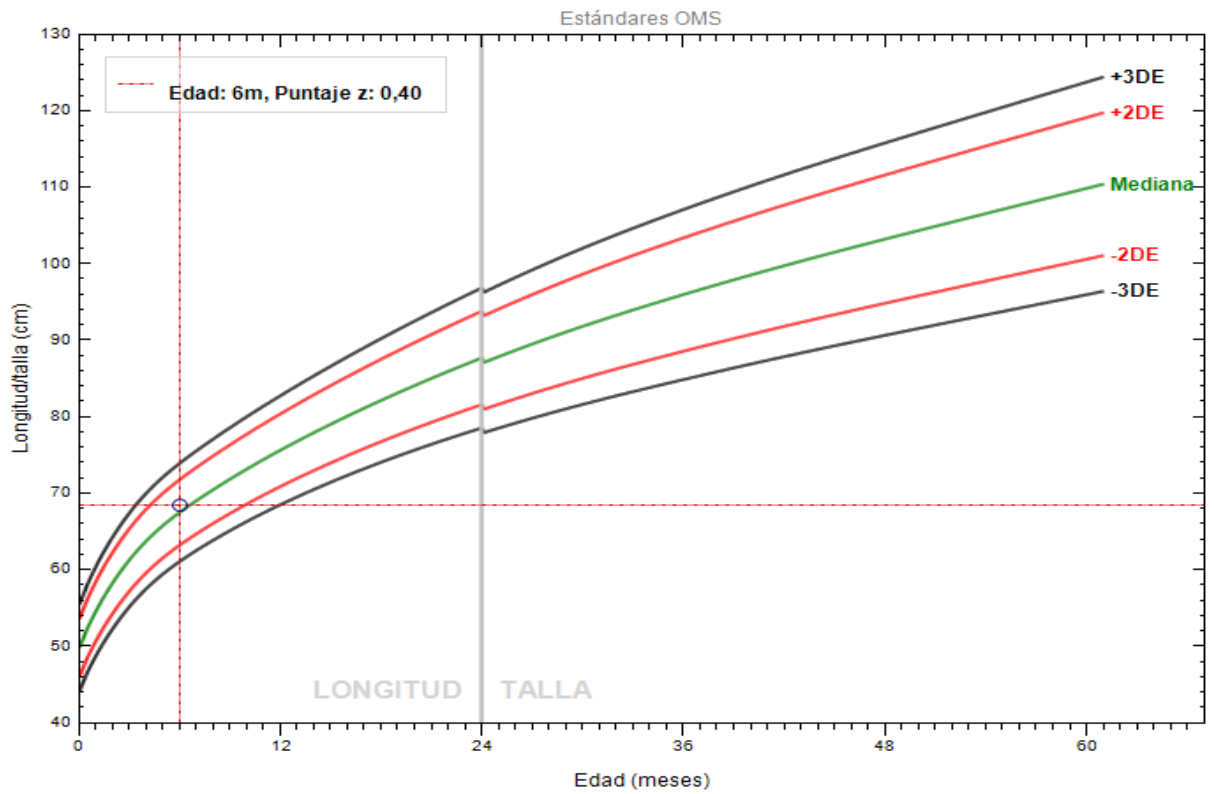


# Encuesta #:14

## Peso/ Longitud

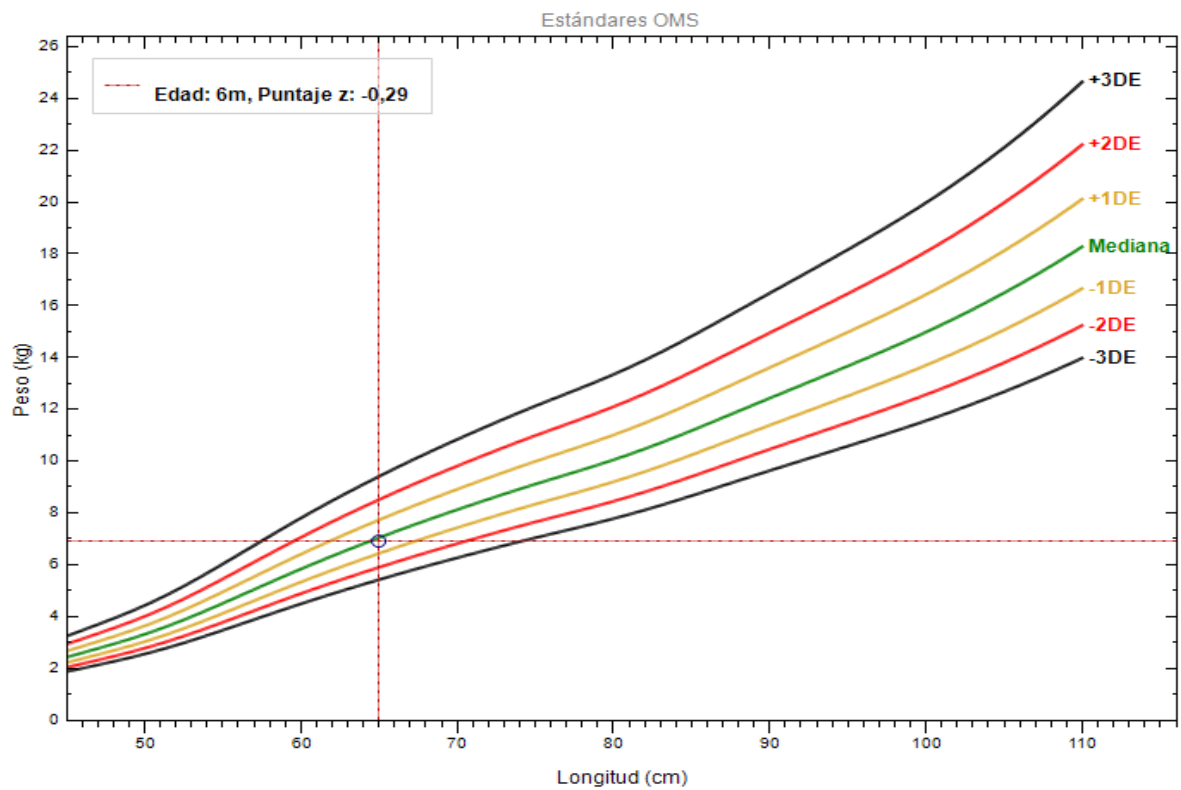


## Longitud/Edad

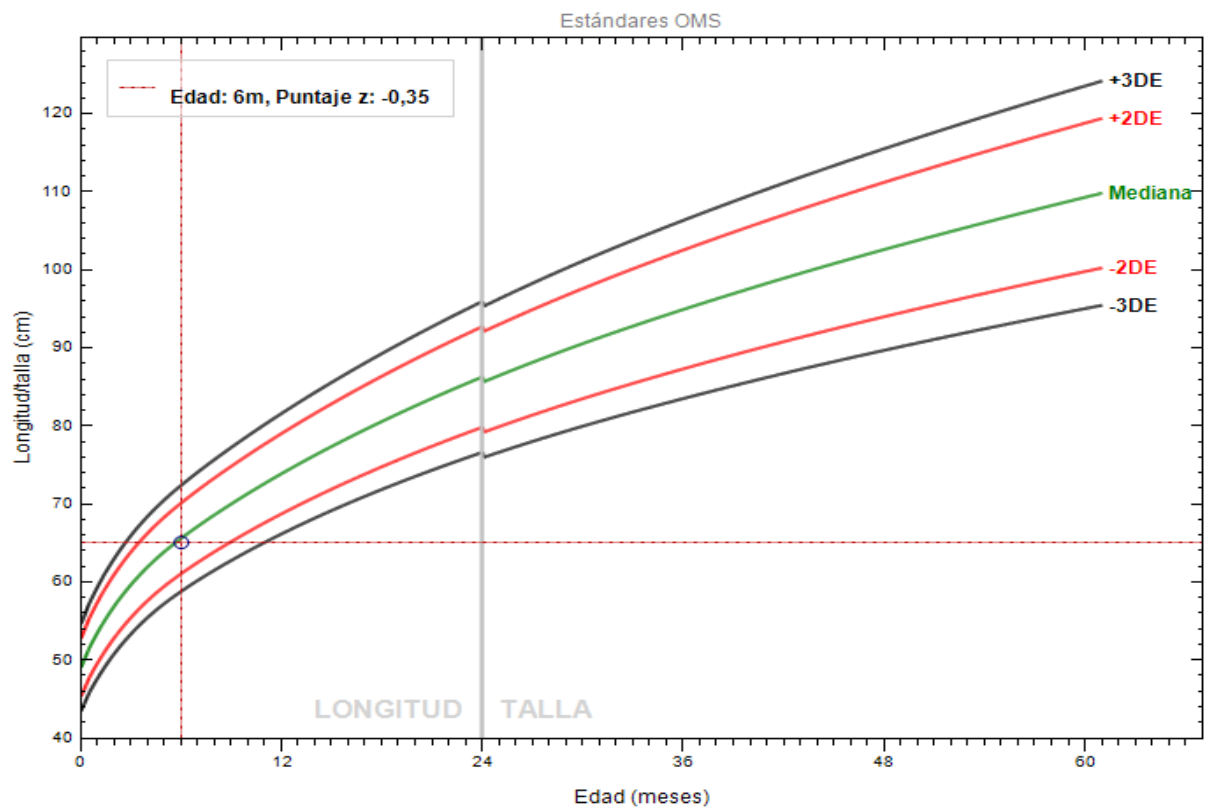


# Encuestas #: 15

## Peso/Longitud

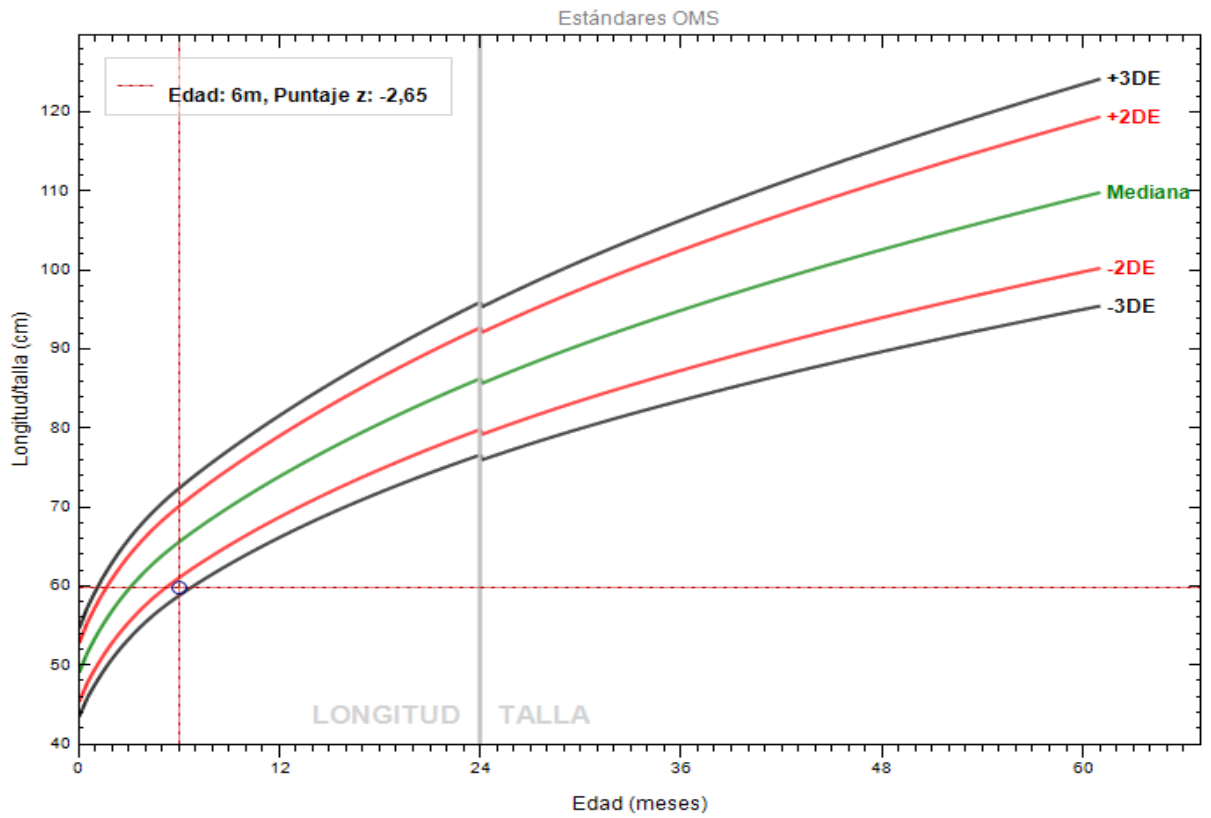
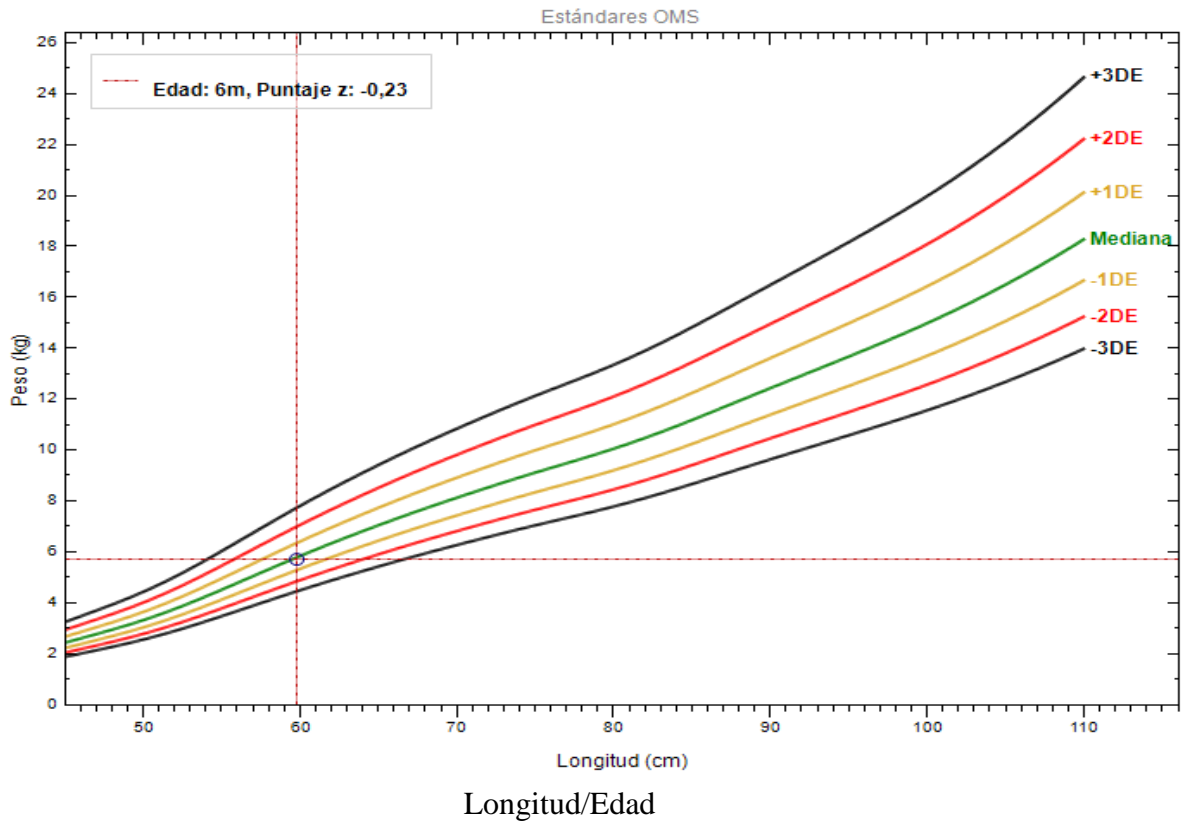


## Longitud/Edad



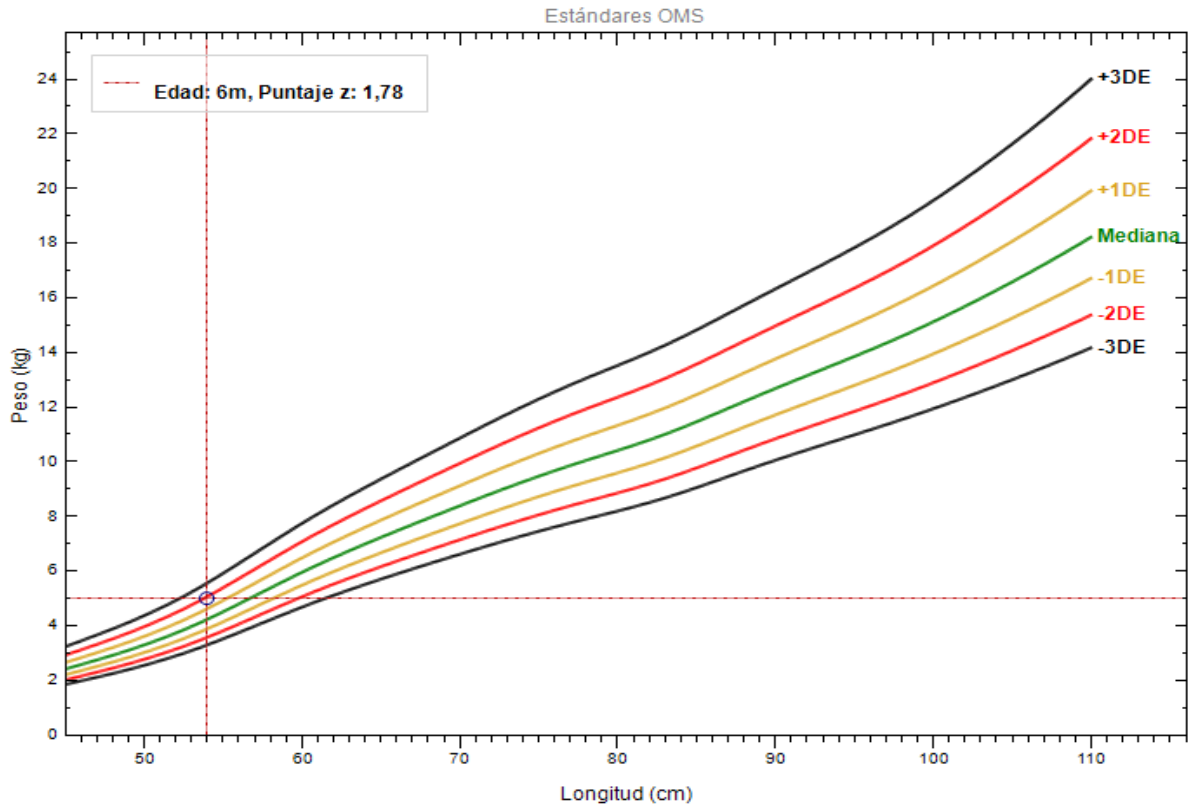
Encuesta #:16

Peso/Longitud

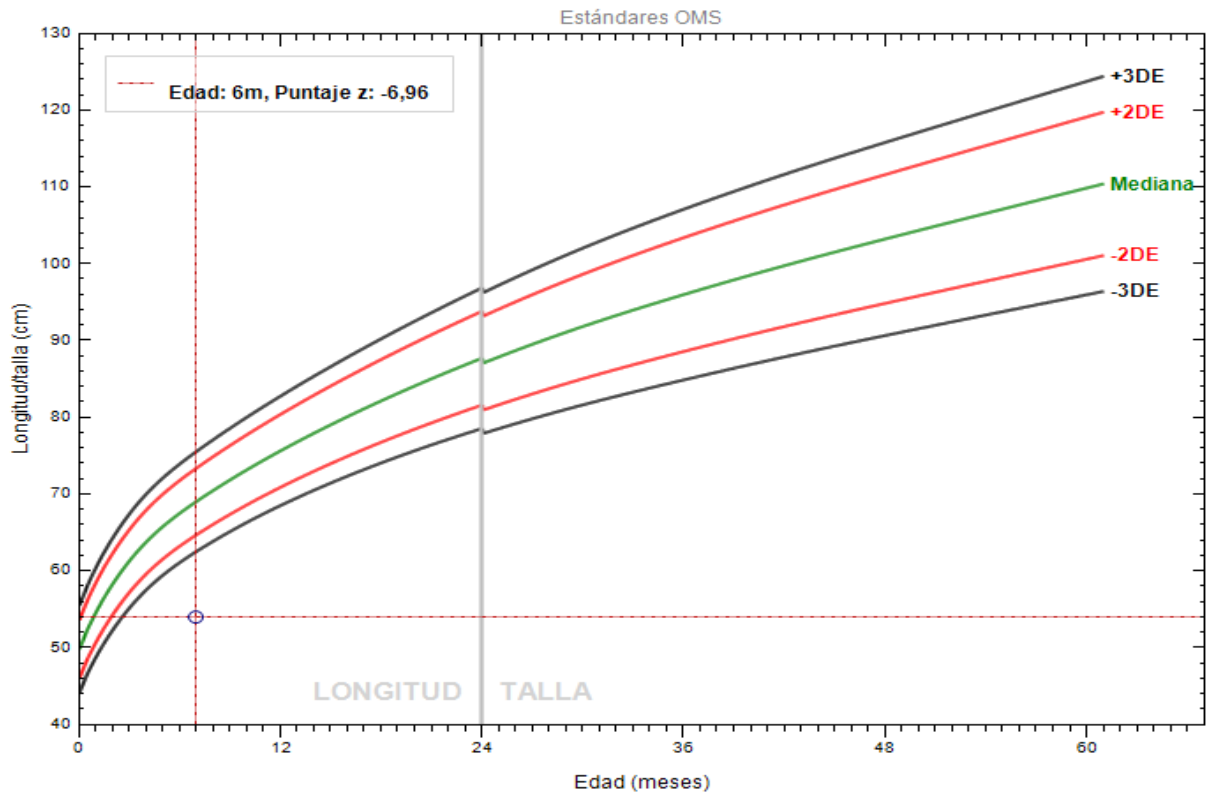


Encuesta #: 17

Peso/Longitud

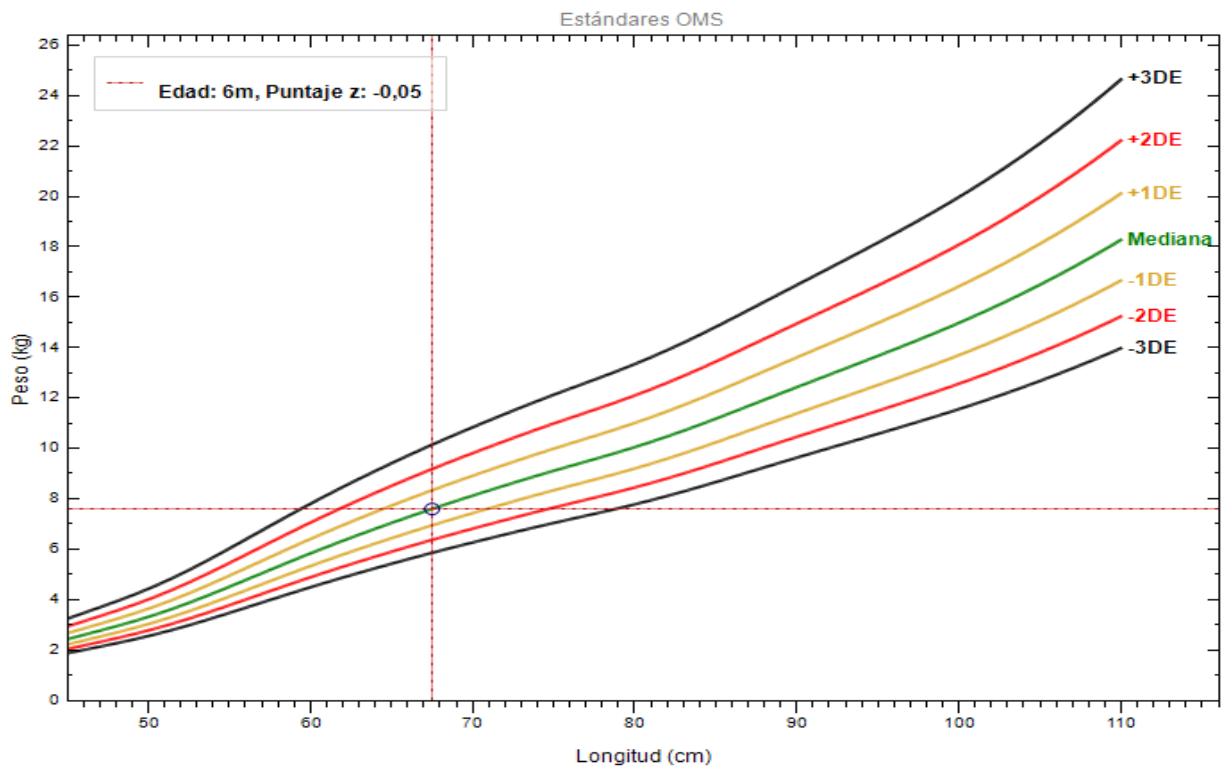


Longitud/Edad

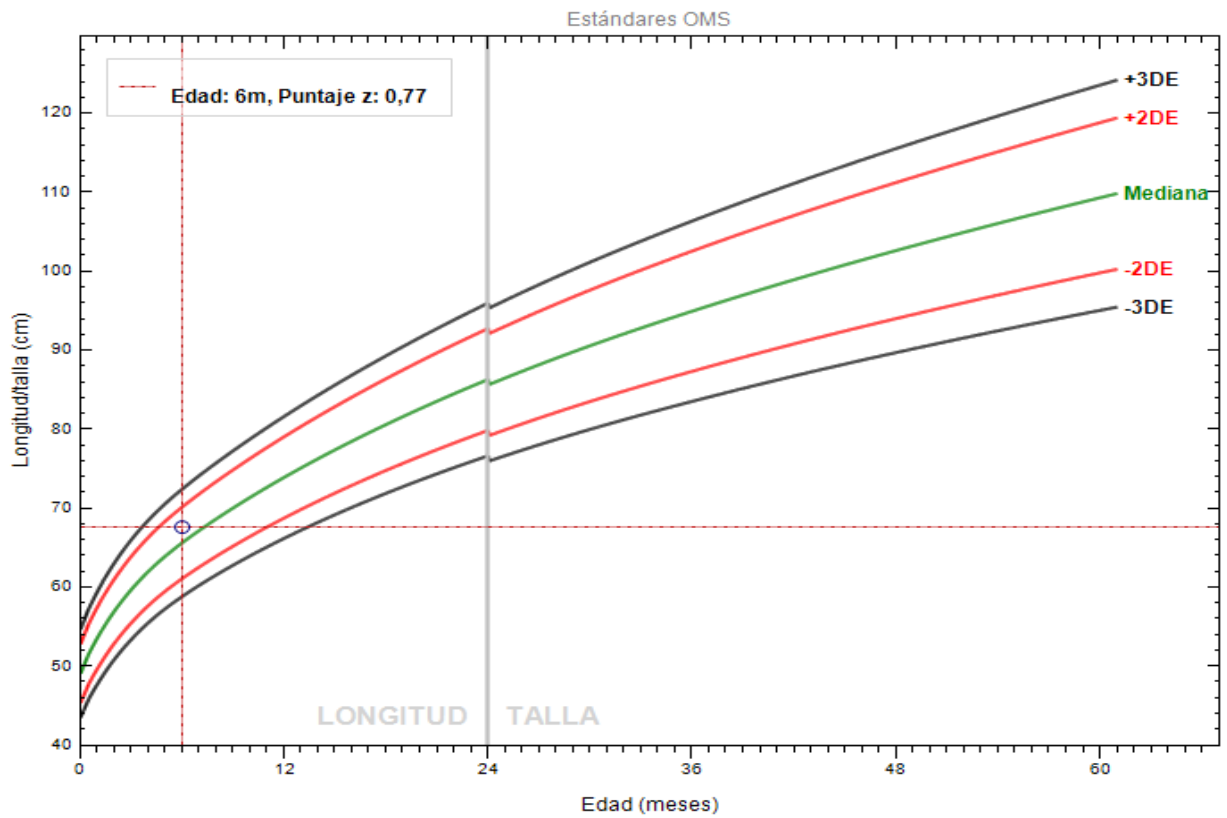


# Encuesta #:18

## Peso/Longitud

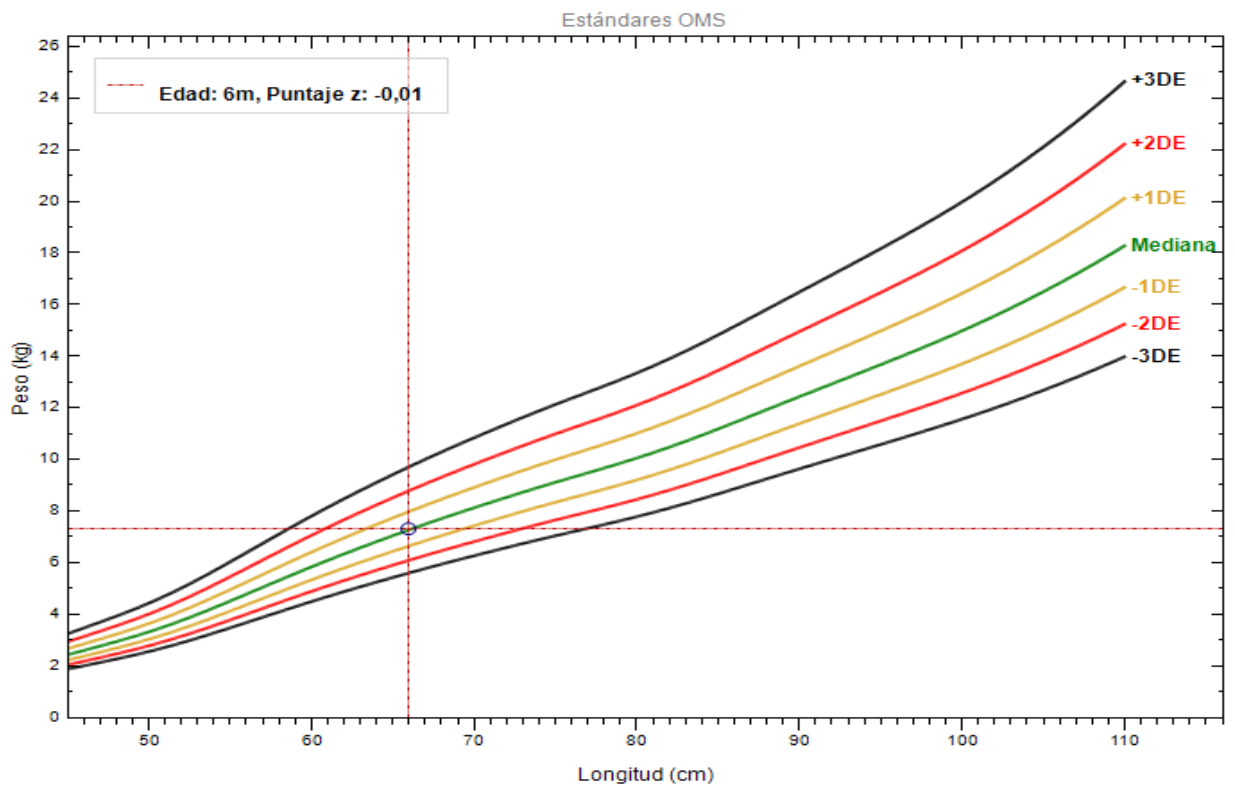


## Longitud/Edad

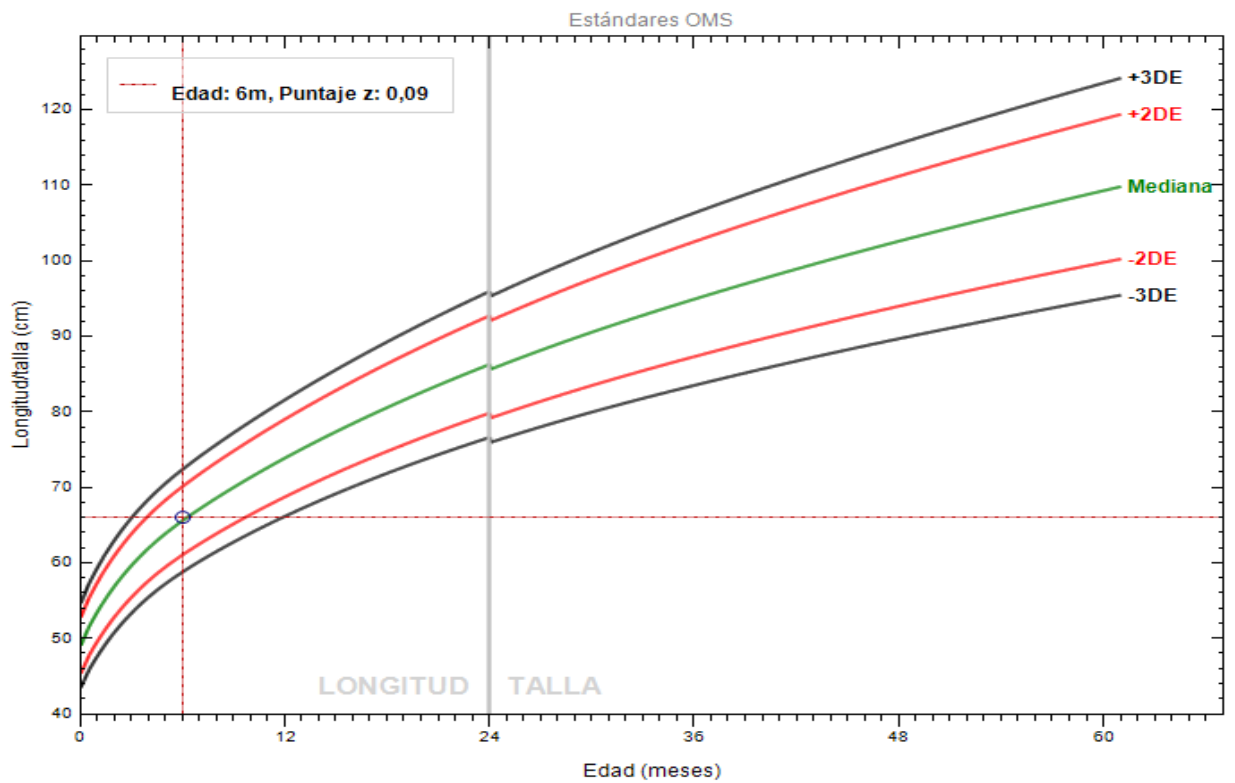


# Encuesta #: 19

## Peso/Longitud

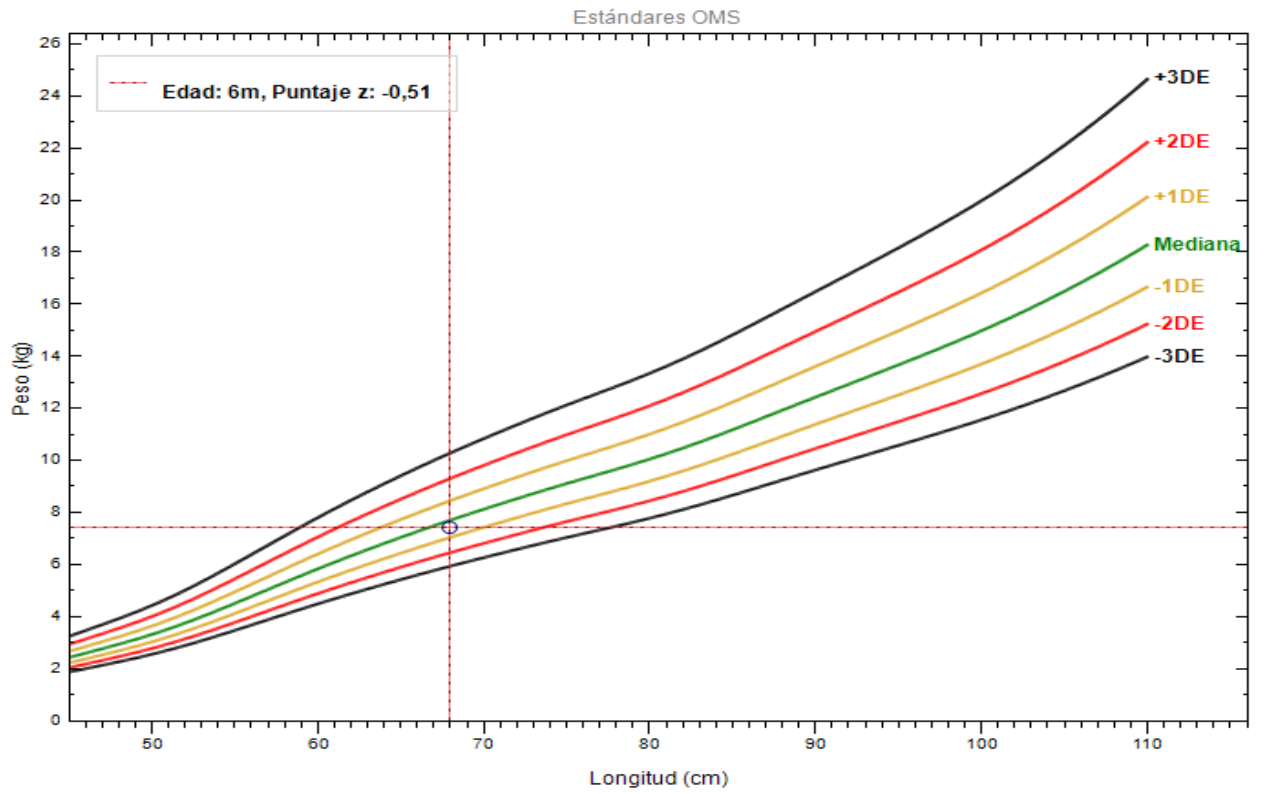


## Longitud/Edad

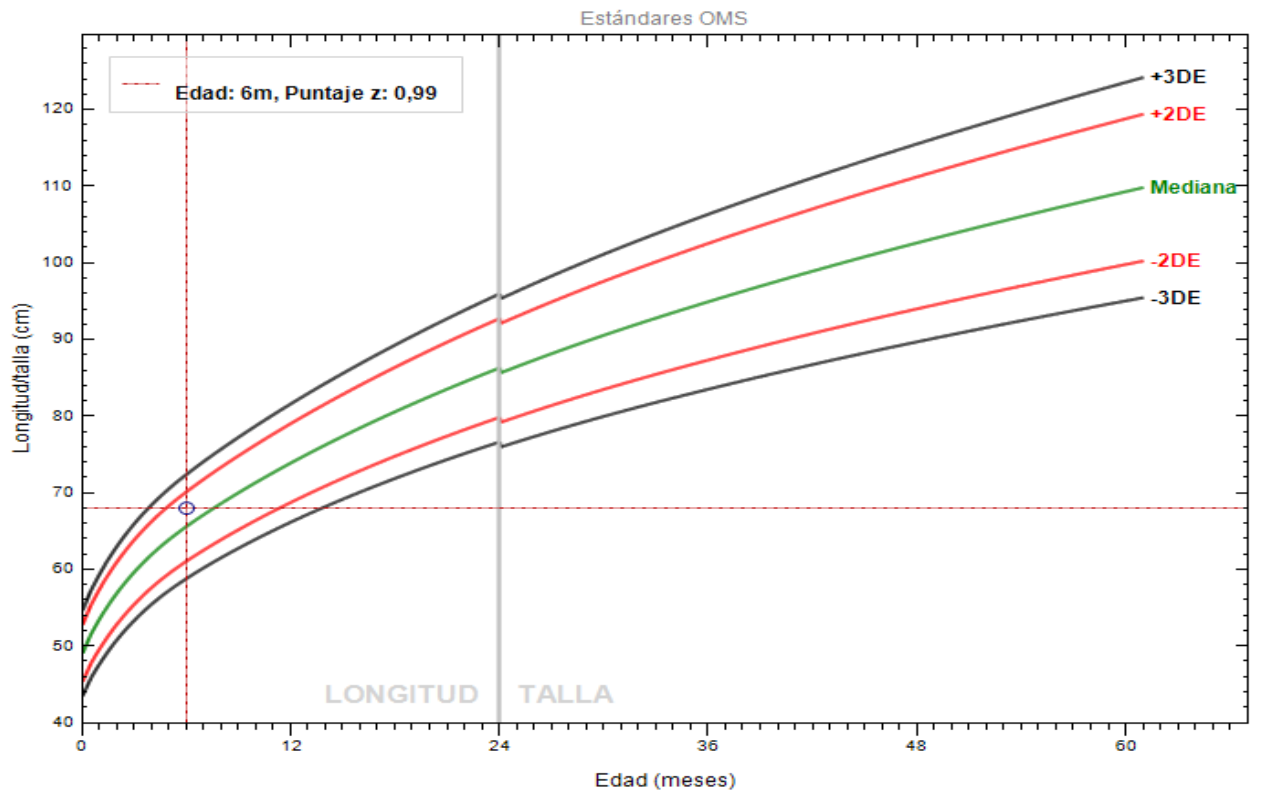


Encuesta #:20

Peso/Longitud

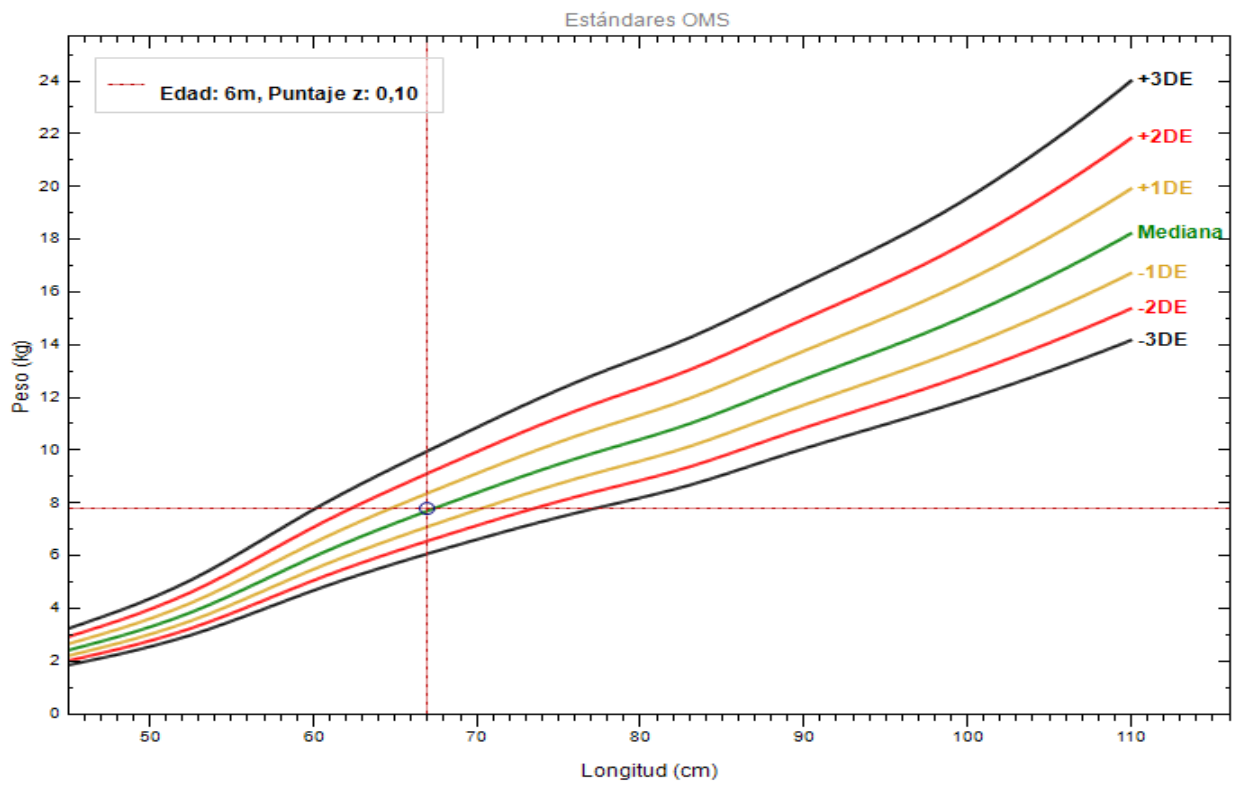


Longitud/Edad

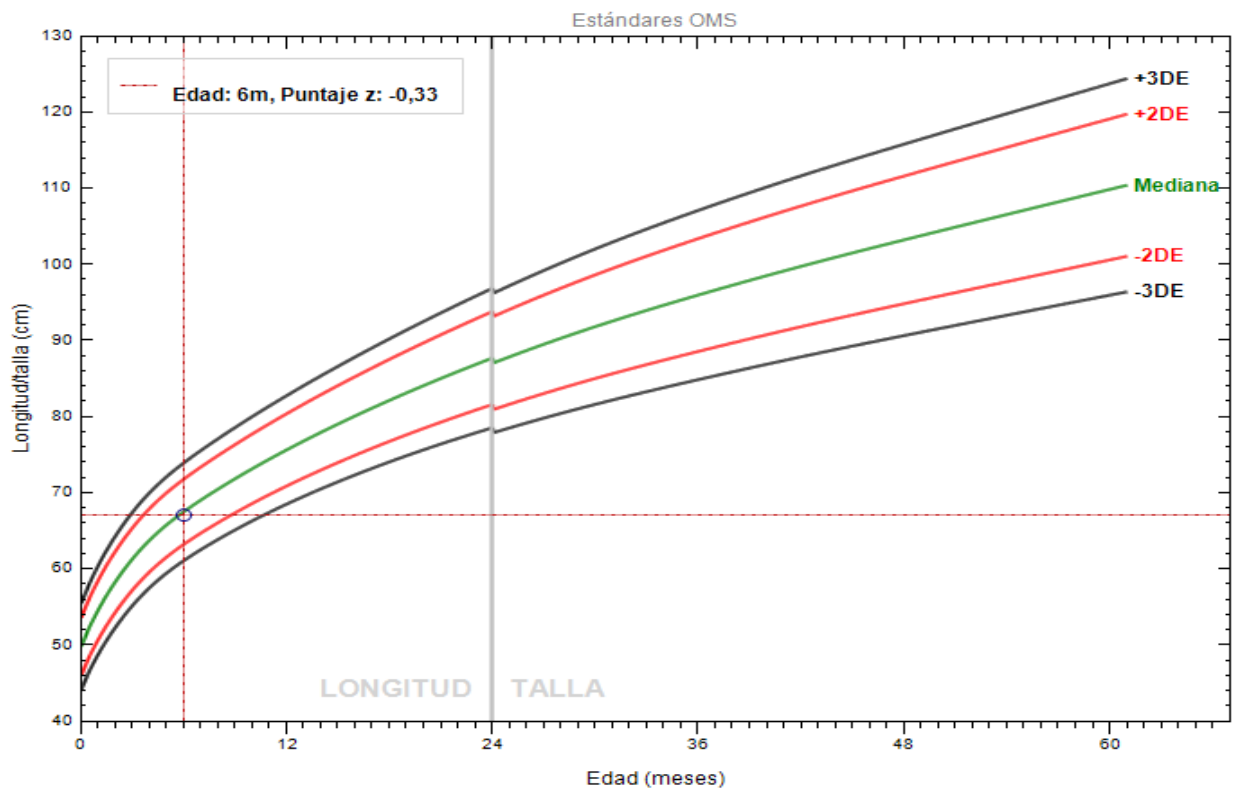


# Encuesta #: 21

## Peso/Longitud

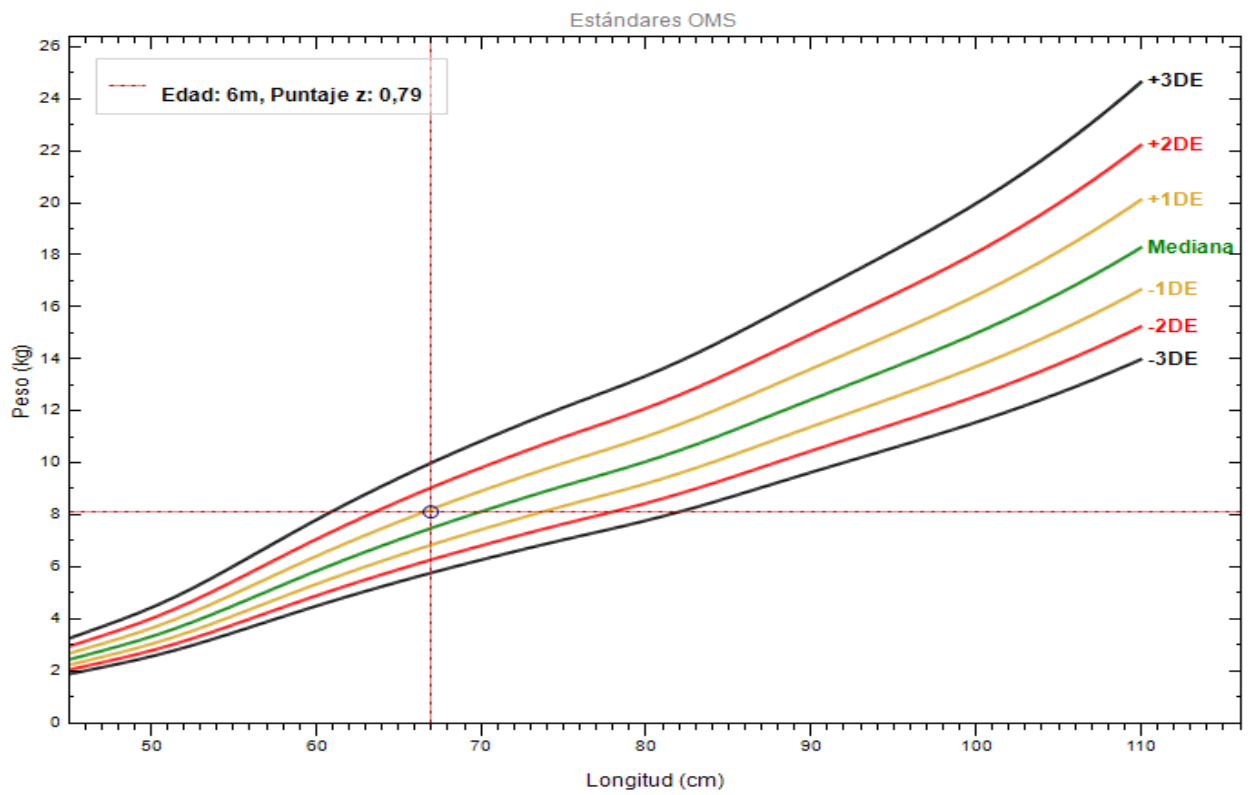


## Longitud/Edad

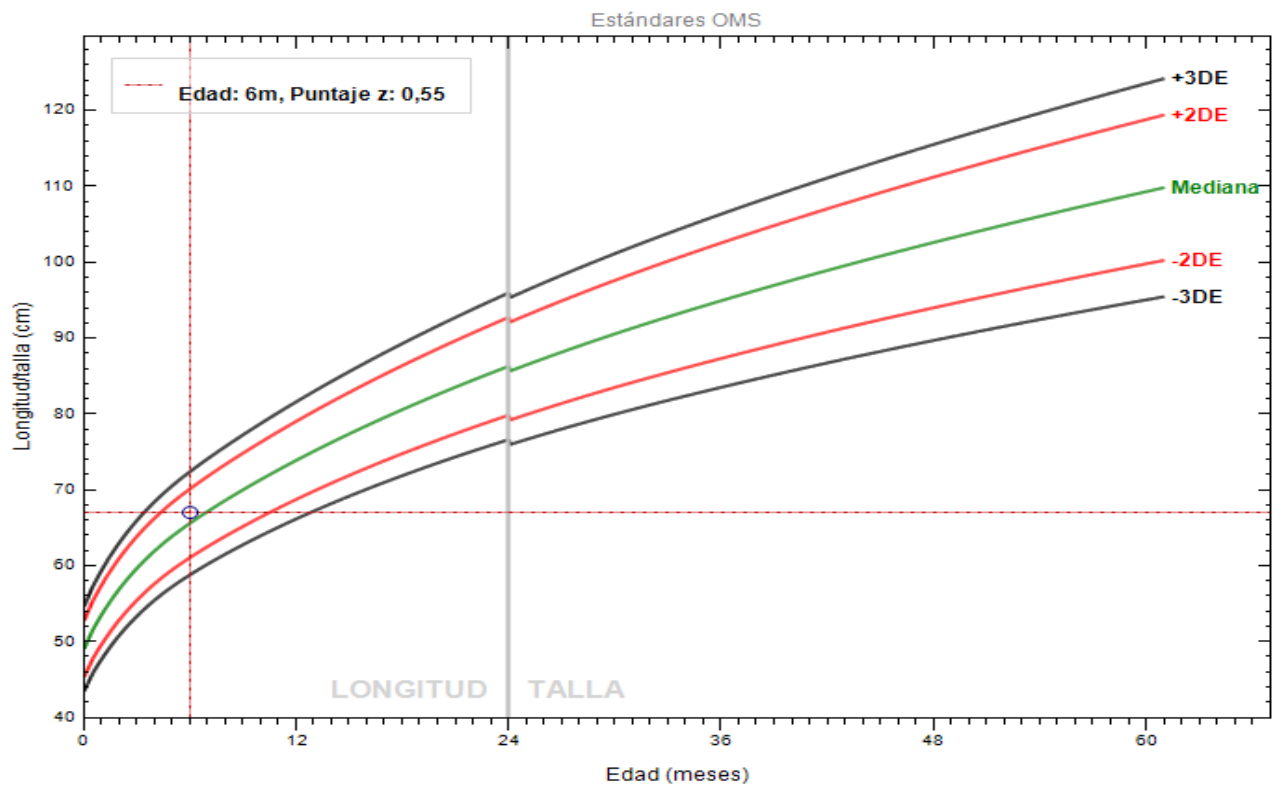


Encuesta #: 22

Peso/Longitud

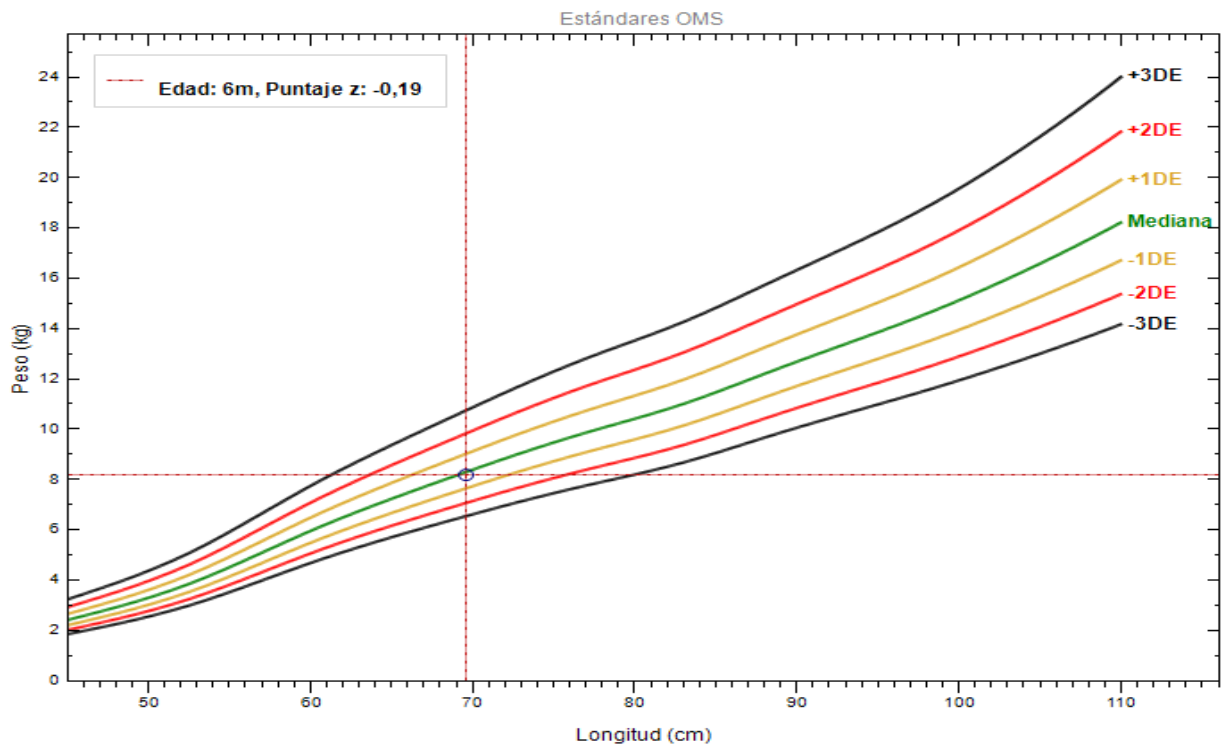


Longitud/Edad

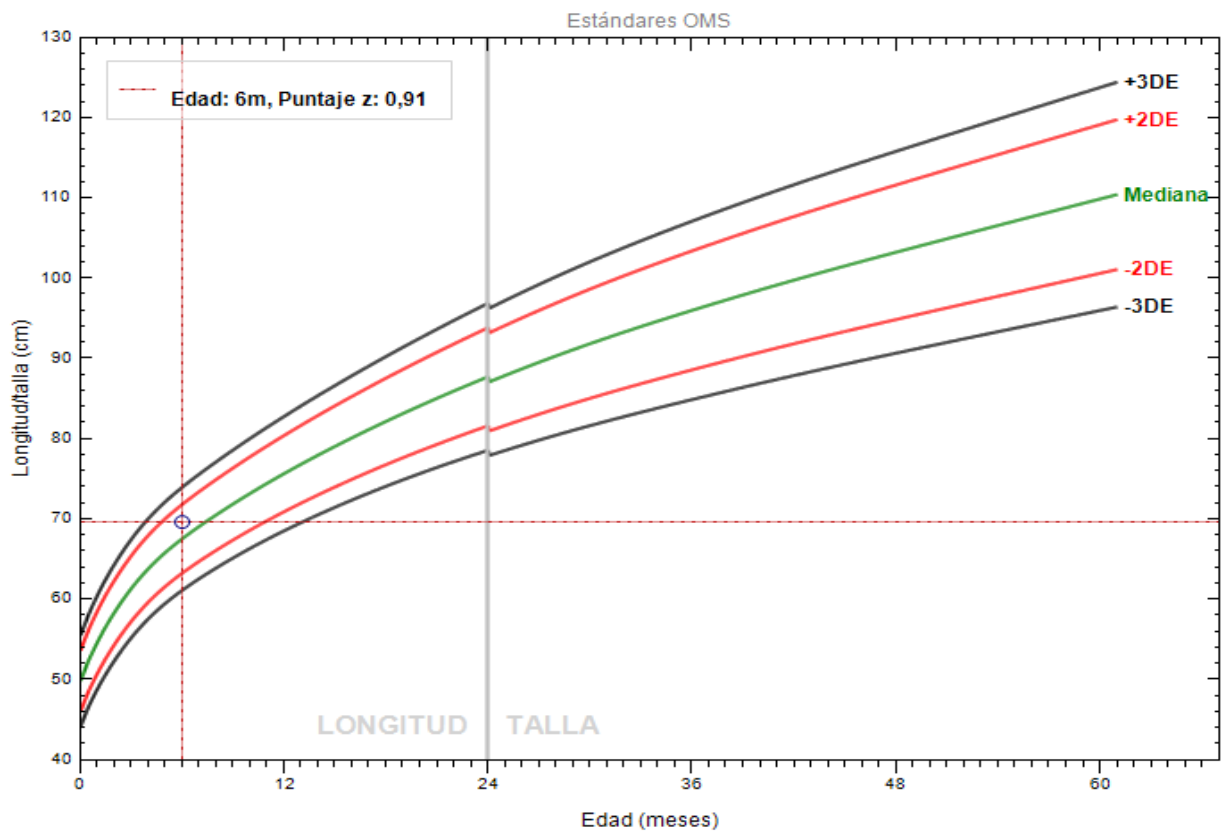


# Encuesta #: 23

## Peso/Longitud

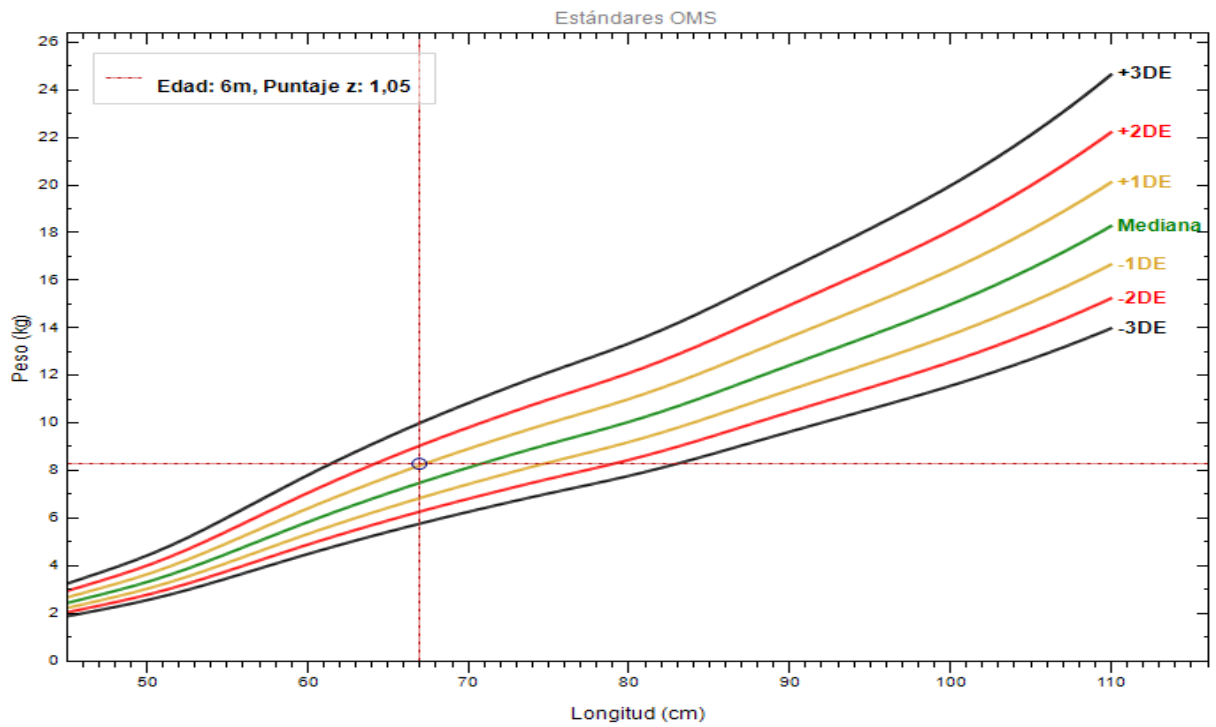


## Longitud/Edad

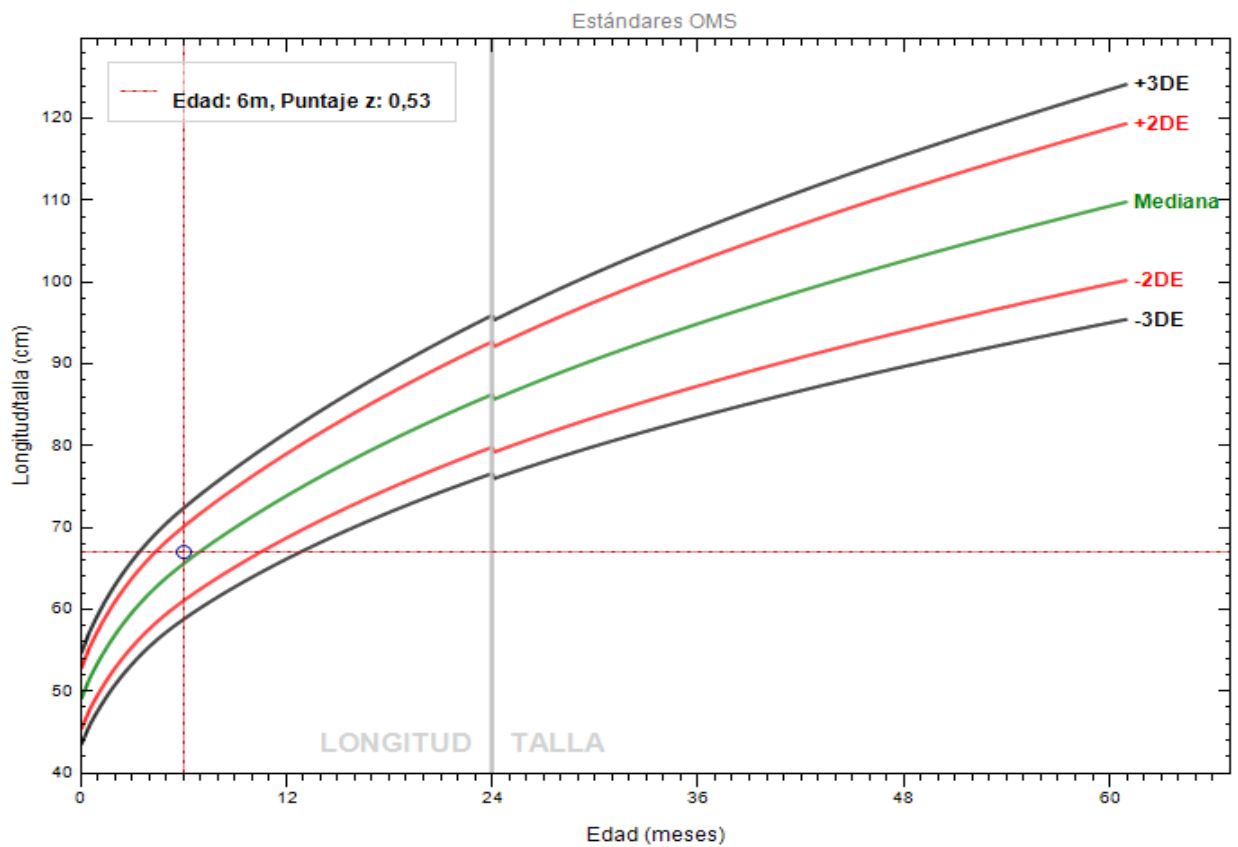


# Encuesta #: 24

## Peso/Longitud

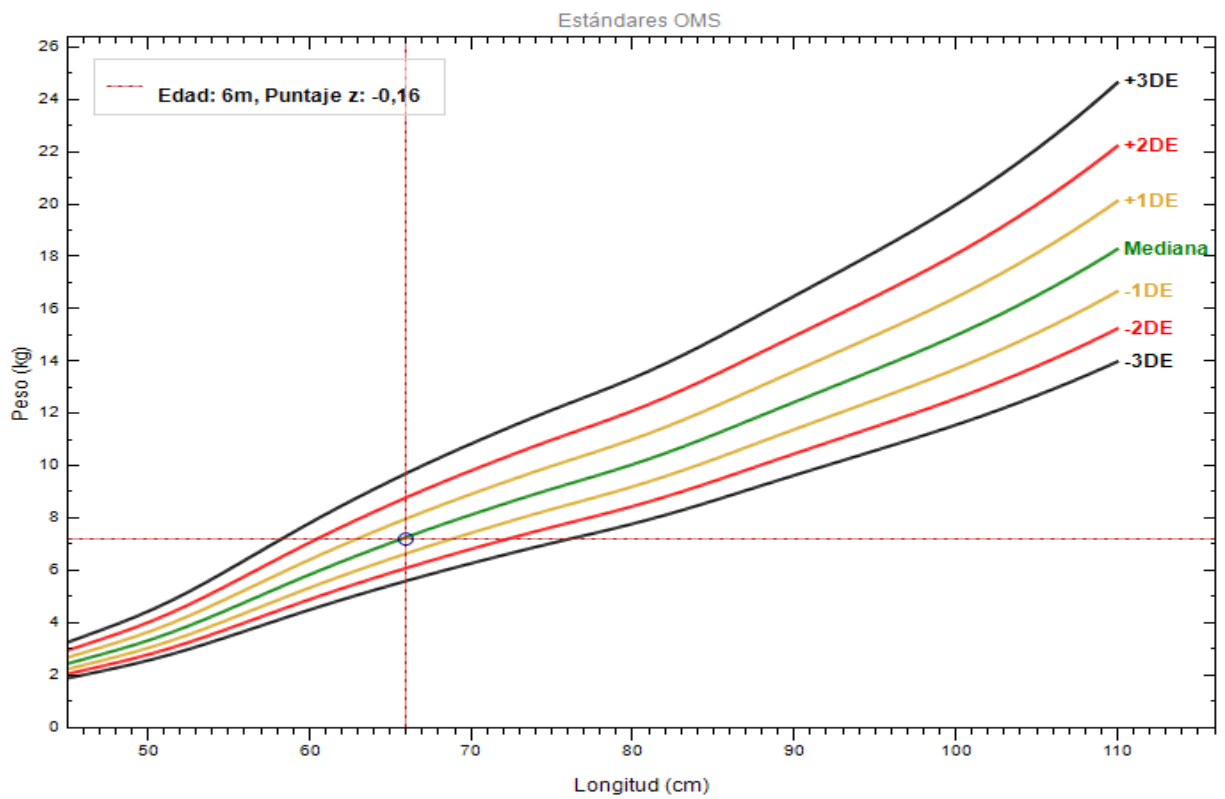


## Longitud/Edad

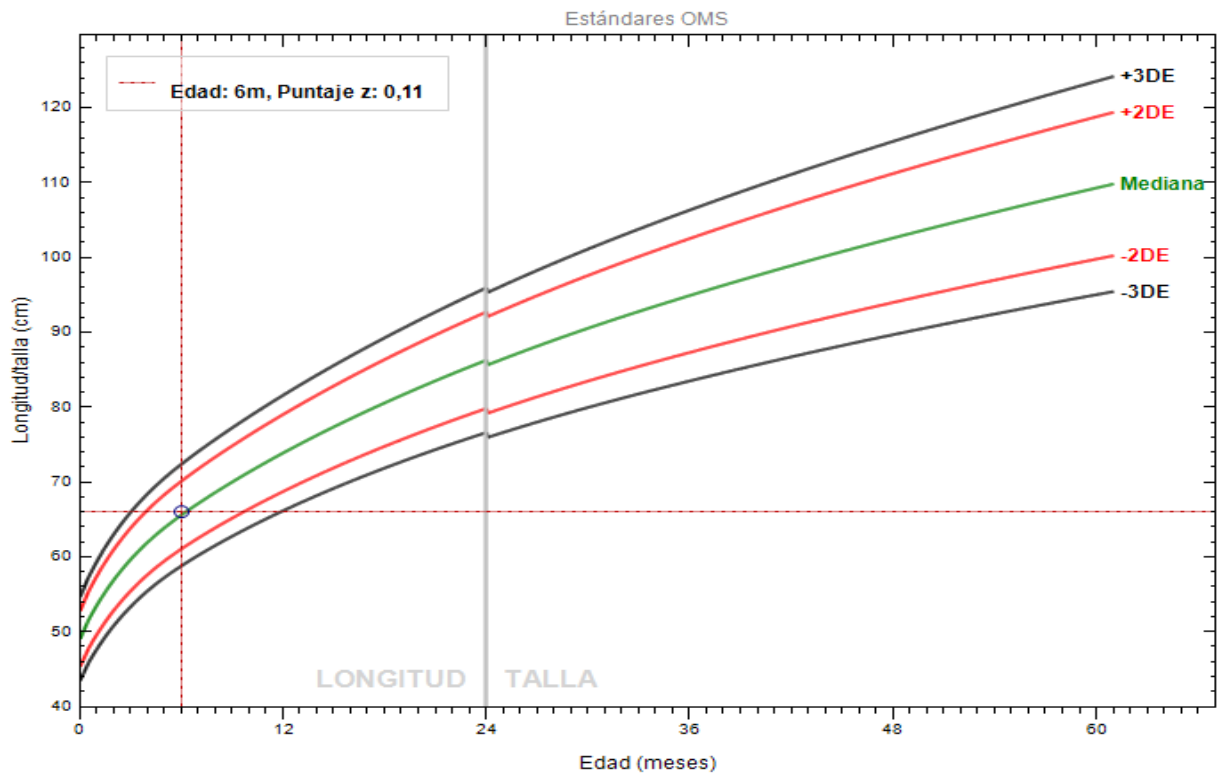


Encuesta #: 25

Peso/Longitud

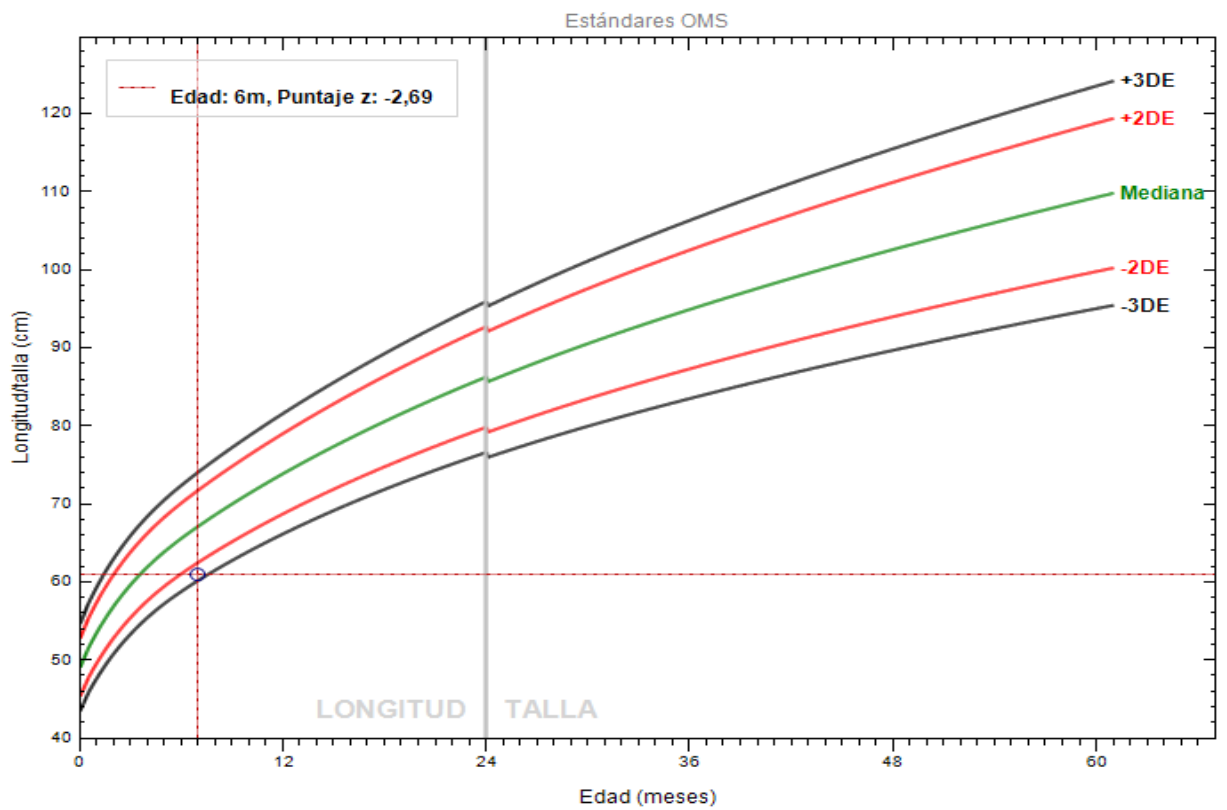
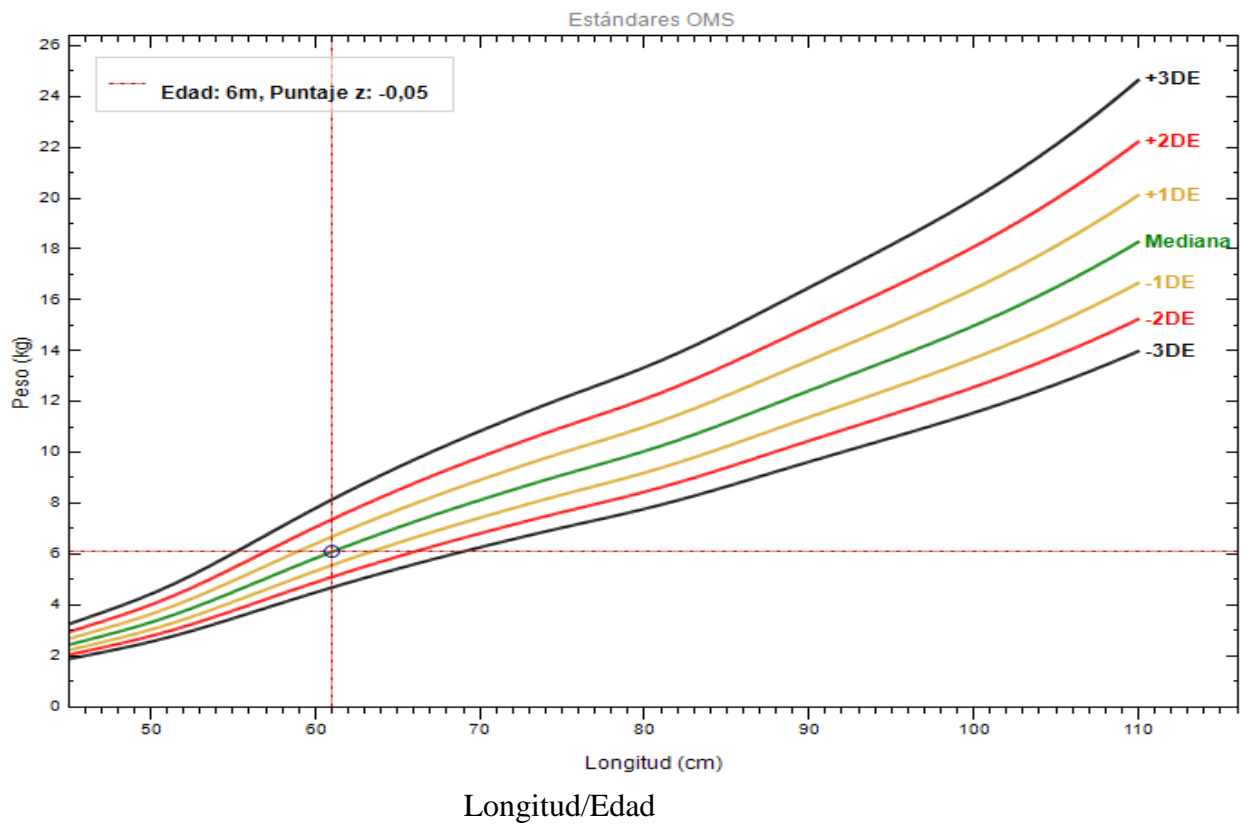


Longitud/Edad



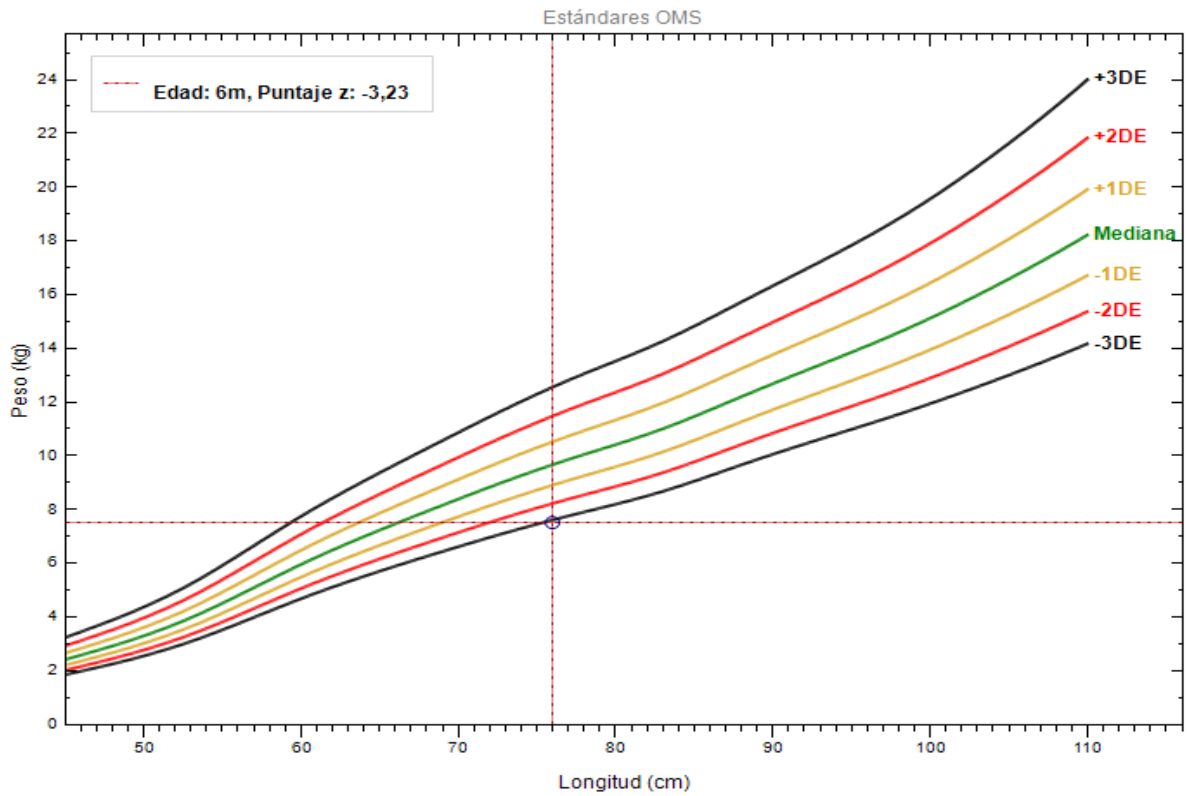
# Encuesta #: 26

## Peso/Longitud

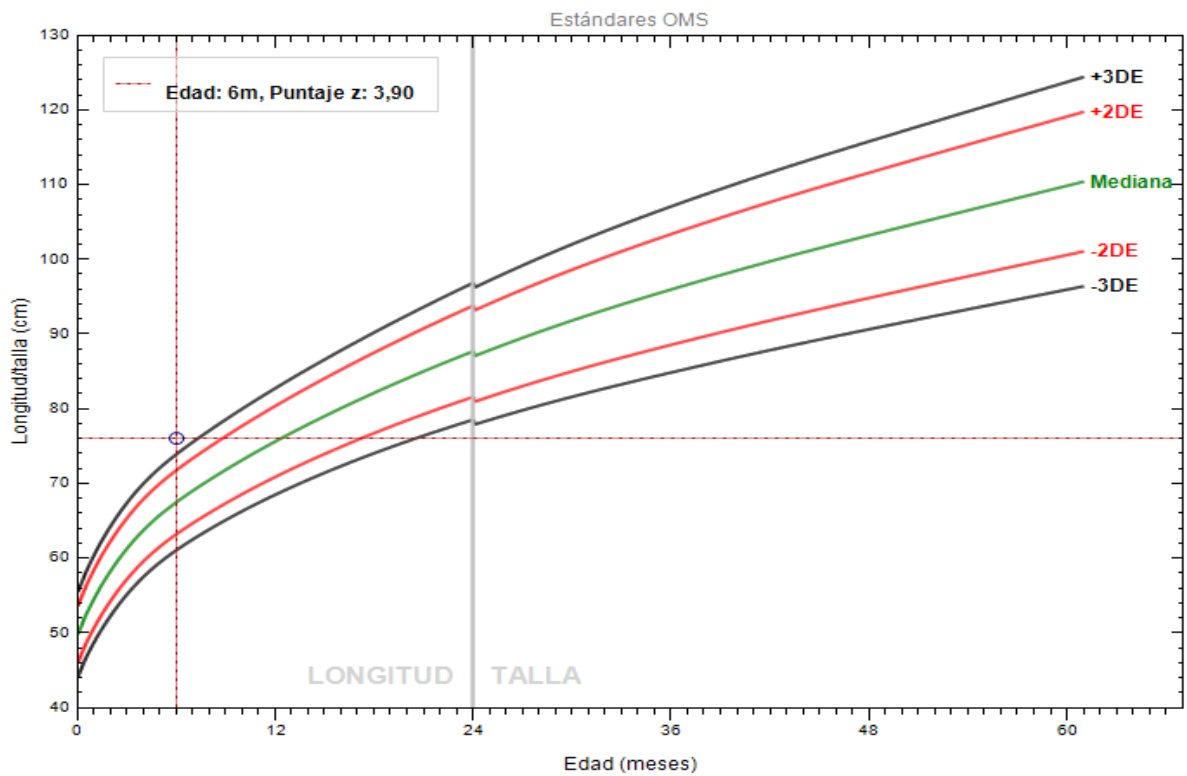


Encuesta #: 27

Peso/Longitud

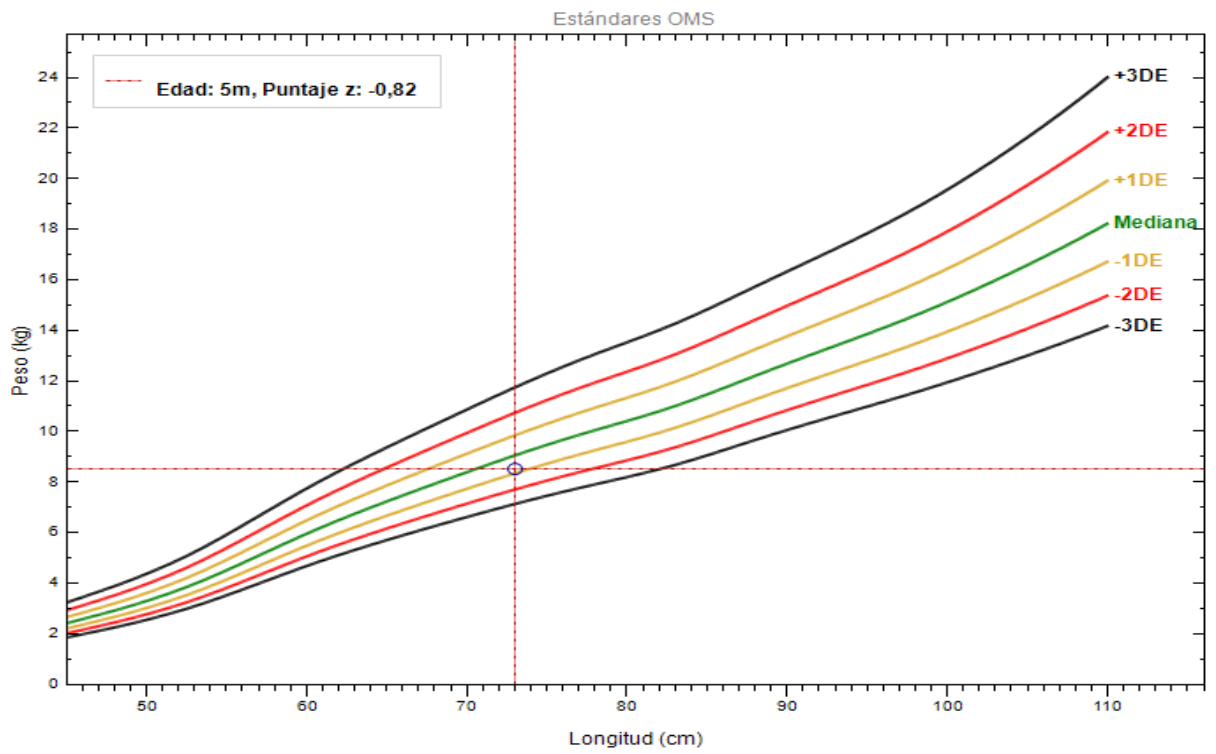


Longitud/Edad

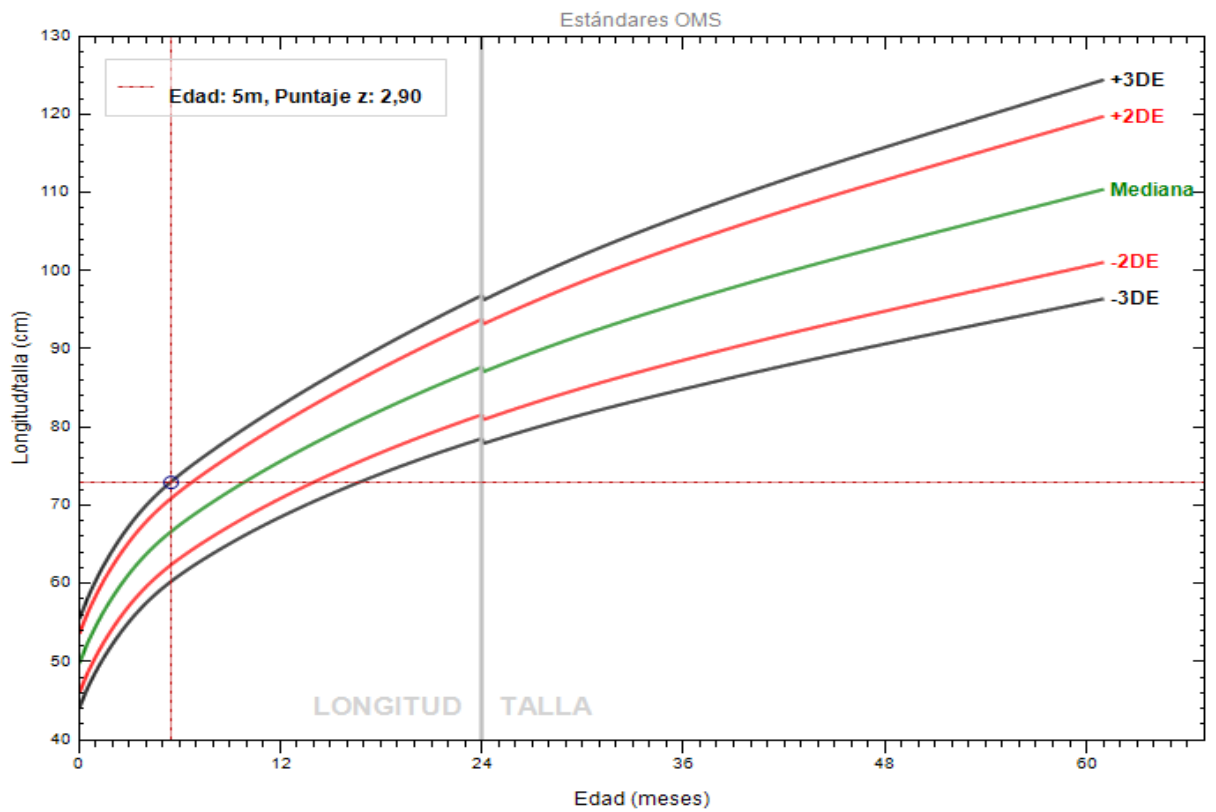


# Encuesta #: 29

## Peso/Longitud

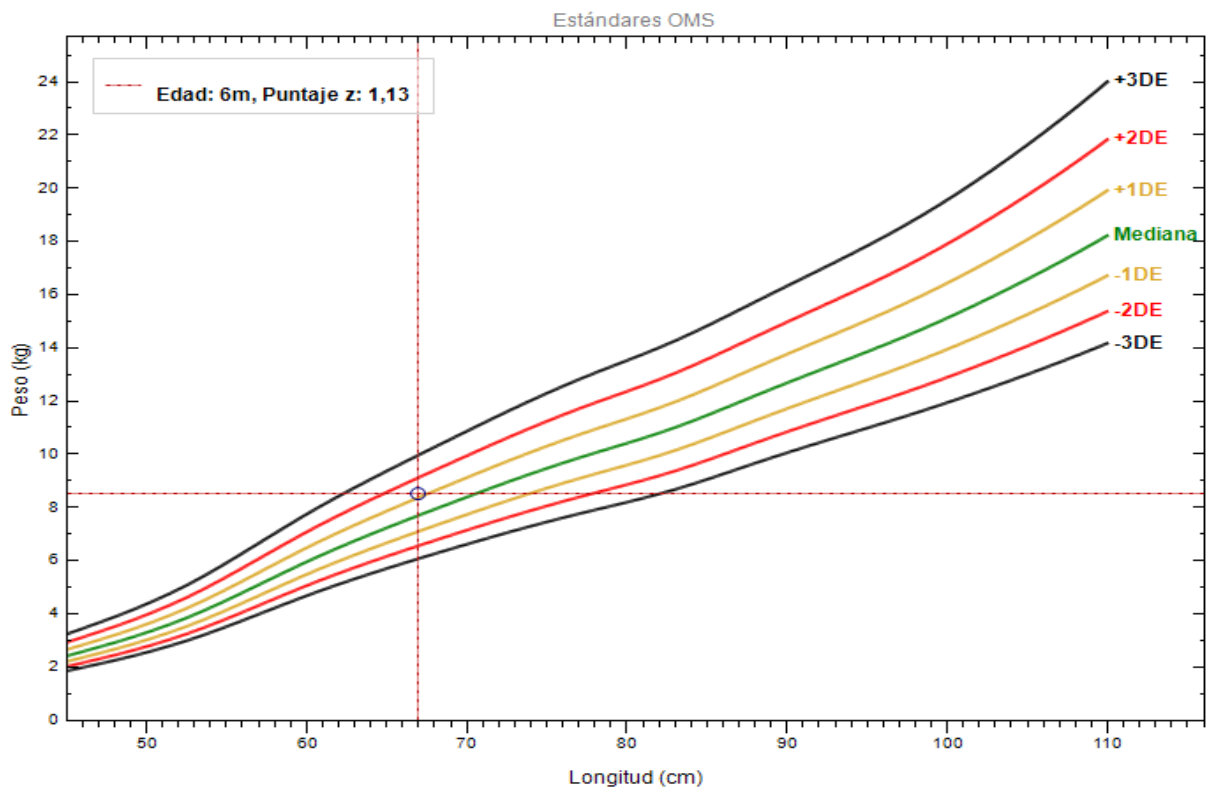


## Longitud/Edad

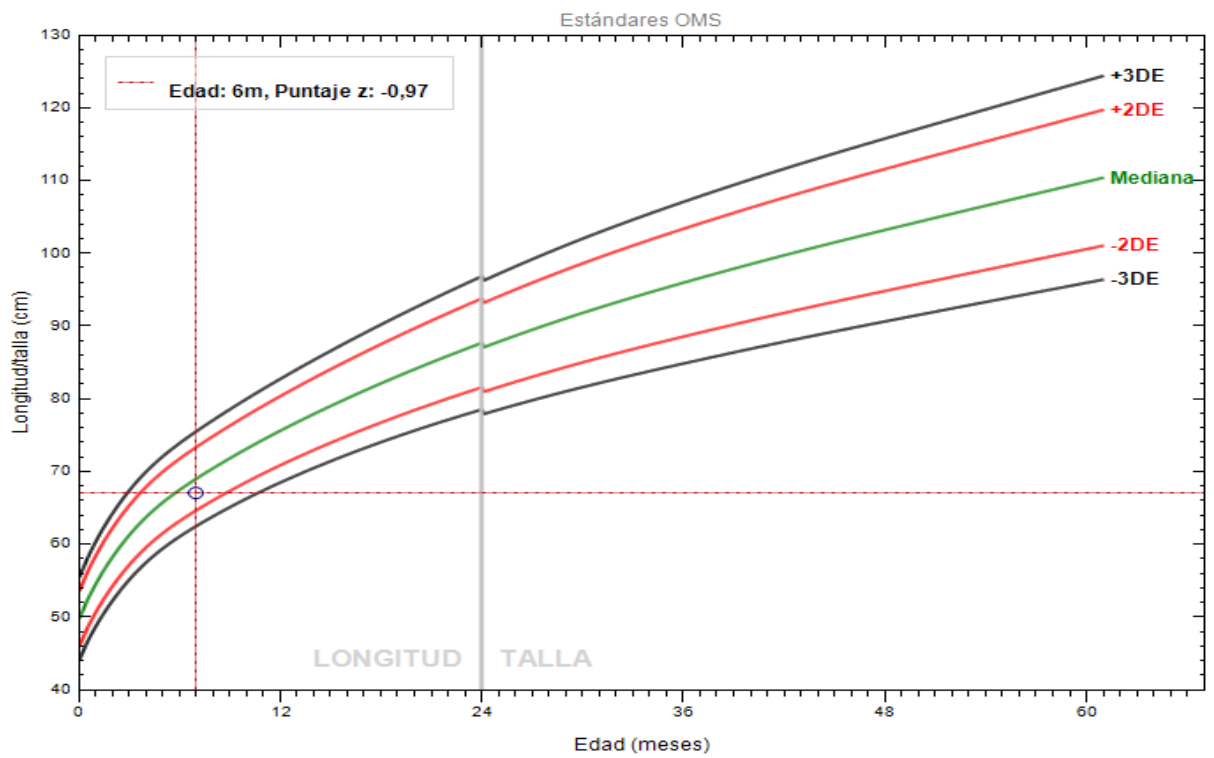


# Encuesta #: 29

## Peso/Longitud

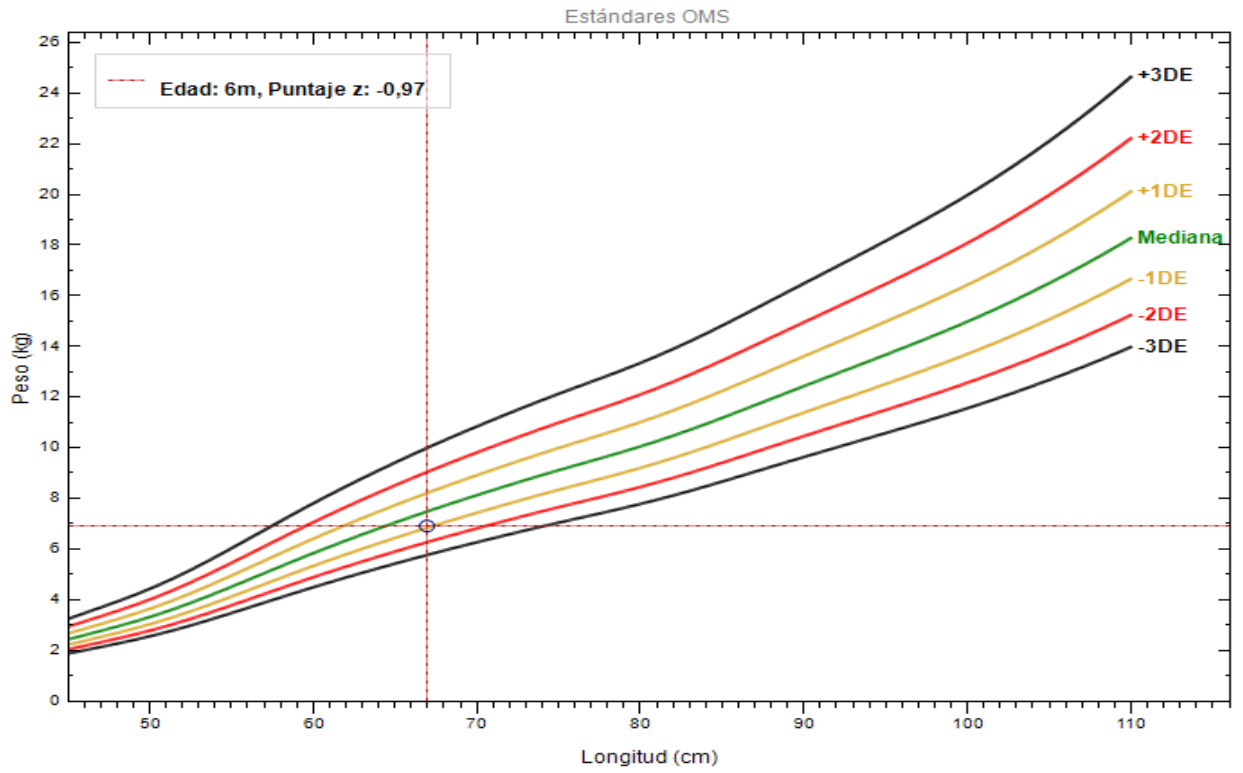


## Longitud/edad

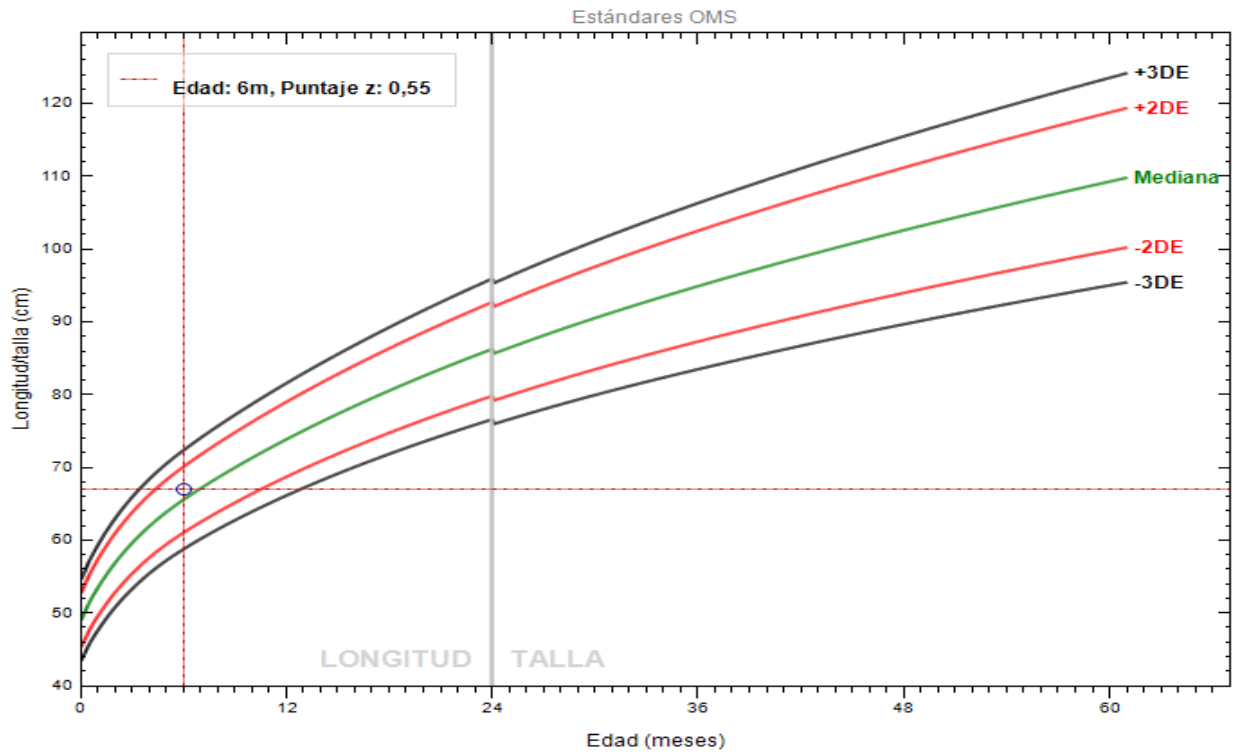


Encuesta #: 30

Peso/Longitud

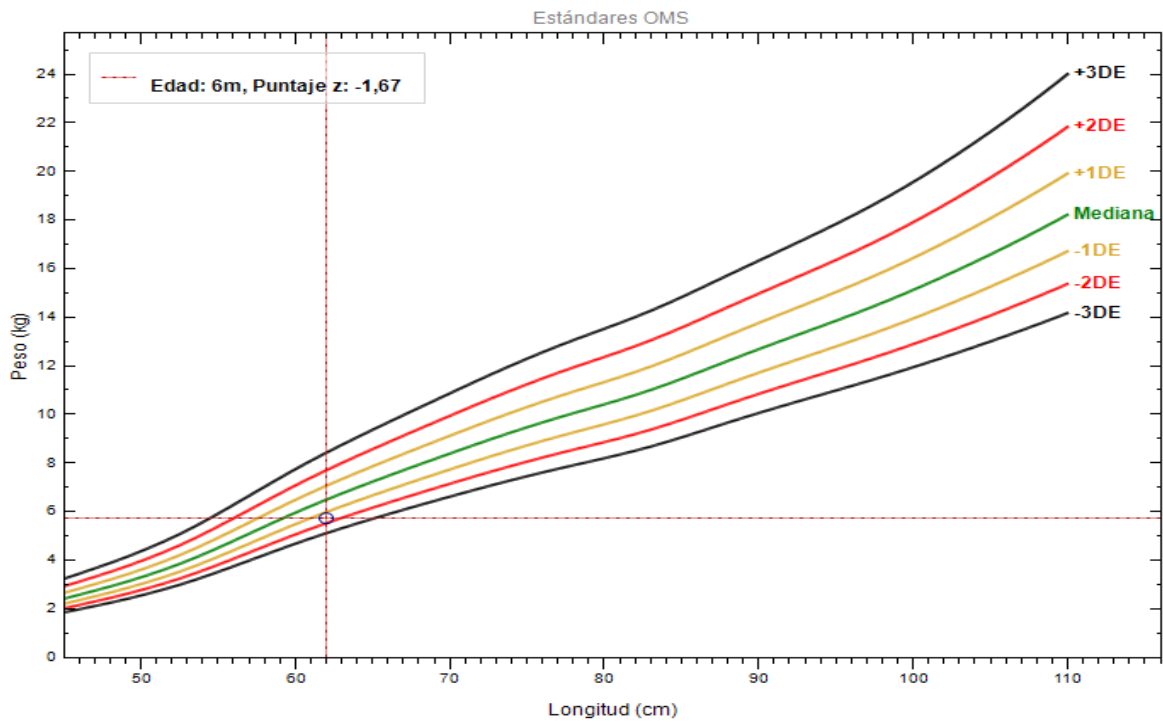


Longitud/edad

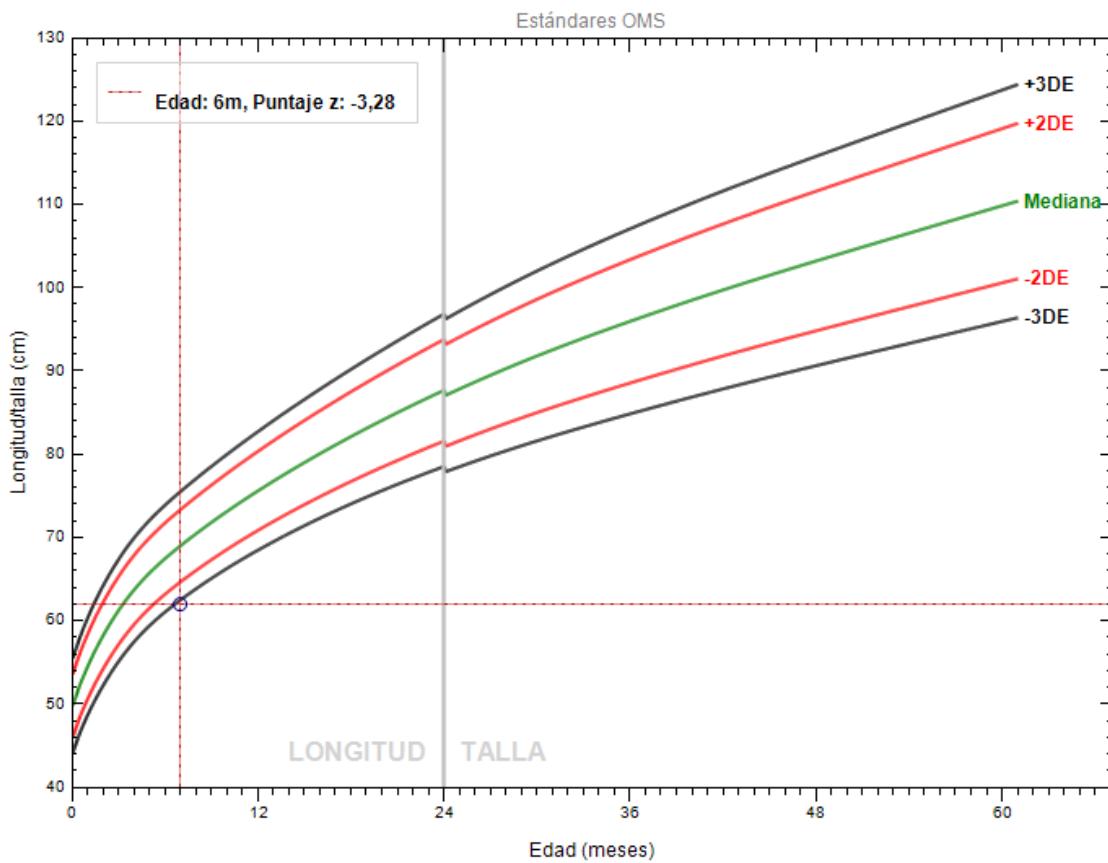


# Encuesta #: 31

## Peso/Longitud

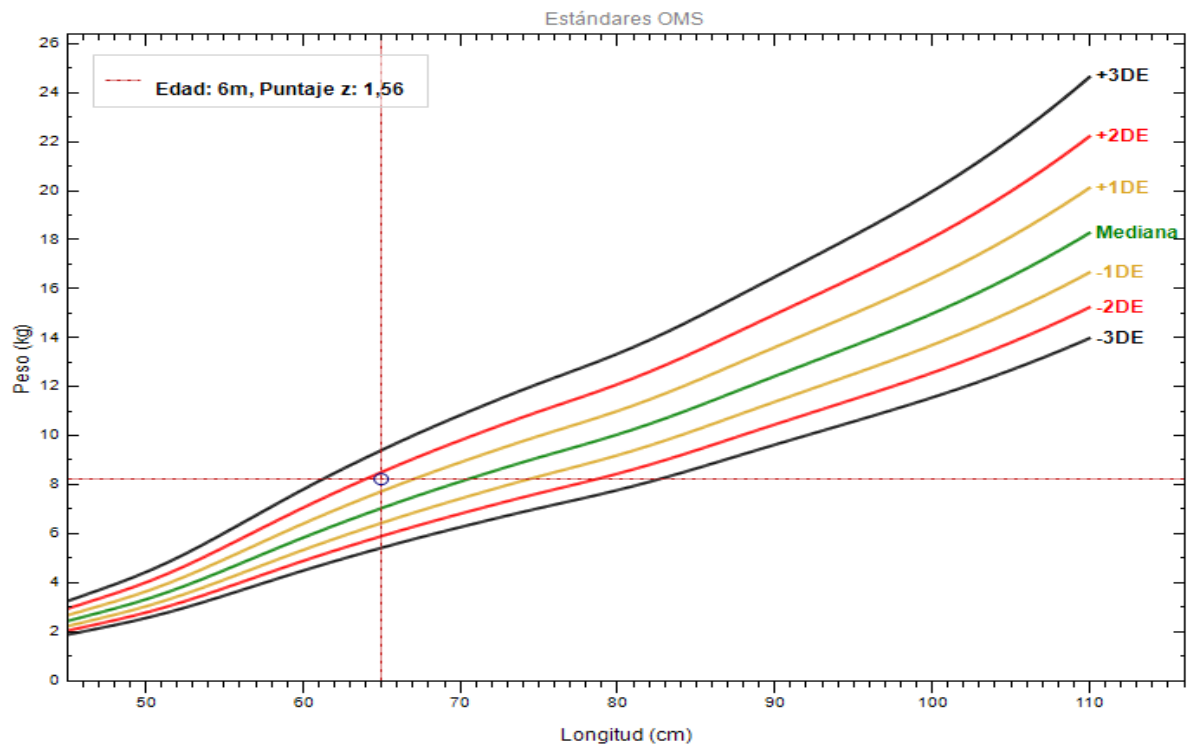


## Longitud/Edad

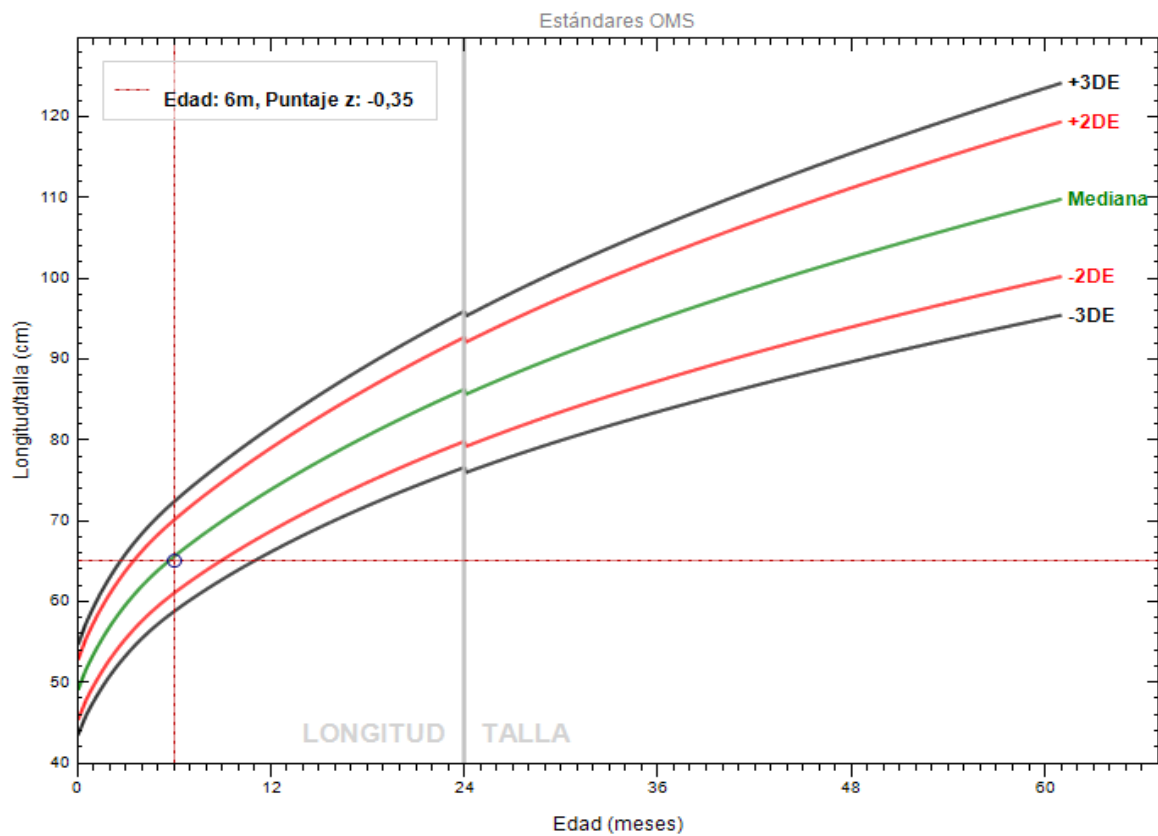


Encuesta #: 32

Peso/Longitud

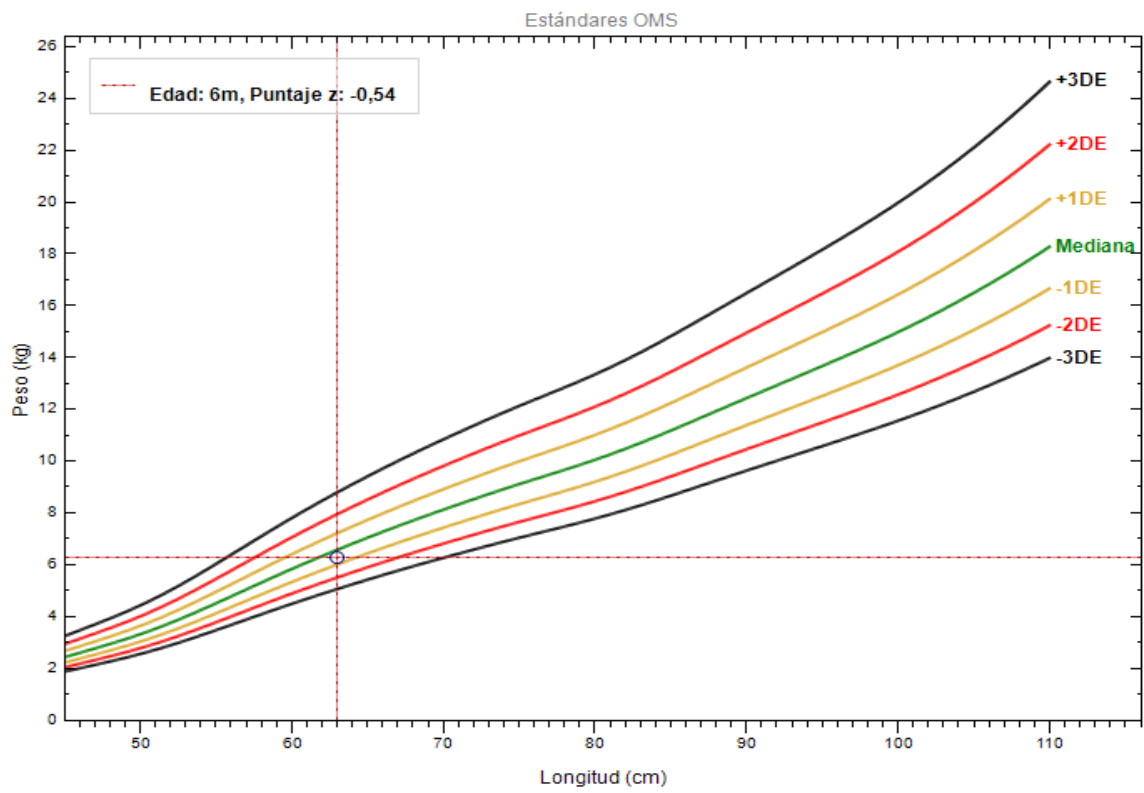


Longitud/Edad

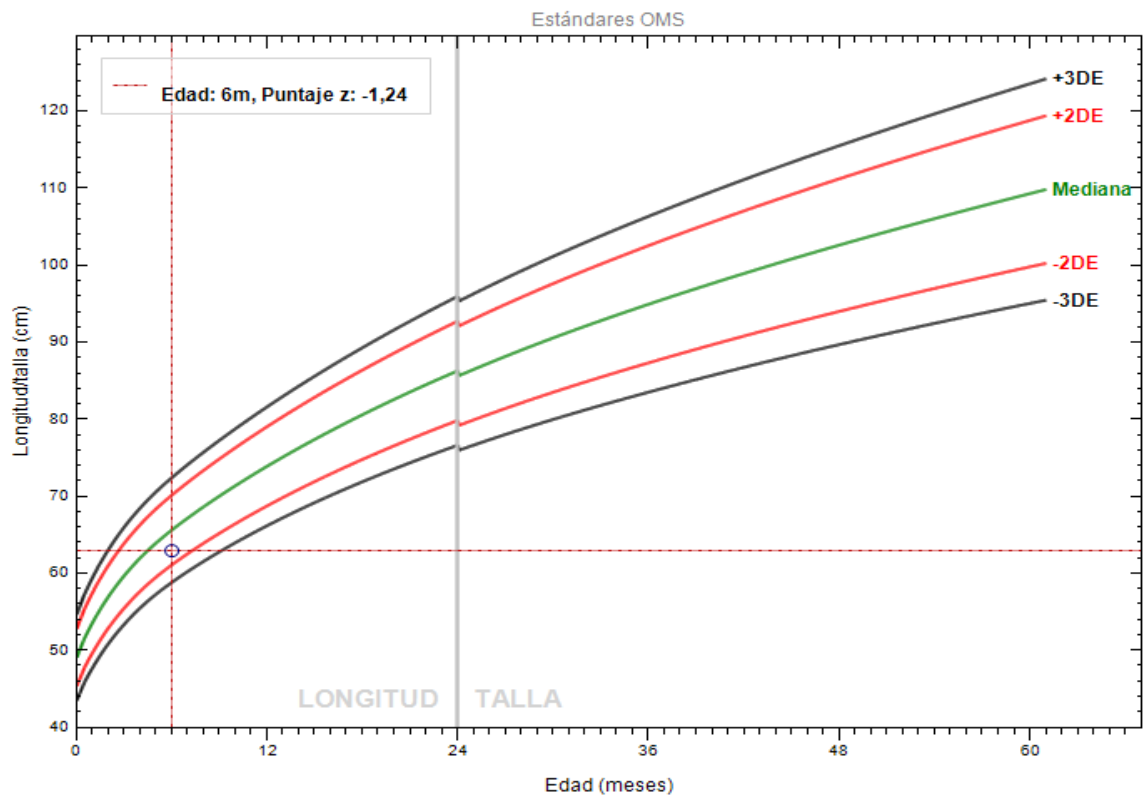


# Encuesta #: 33

## Peso/Longitud

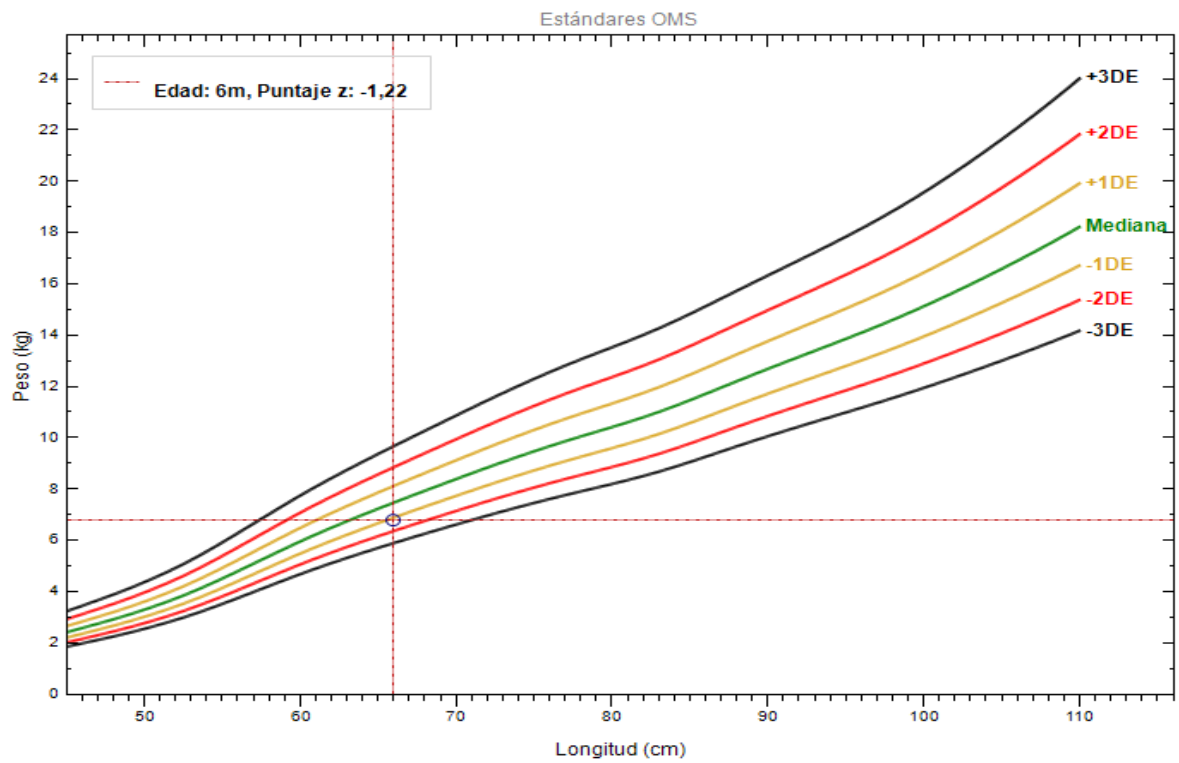


## Longitud/Edad

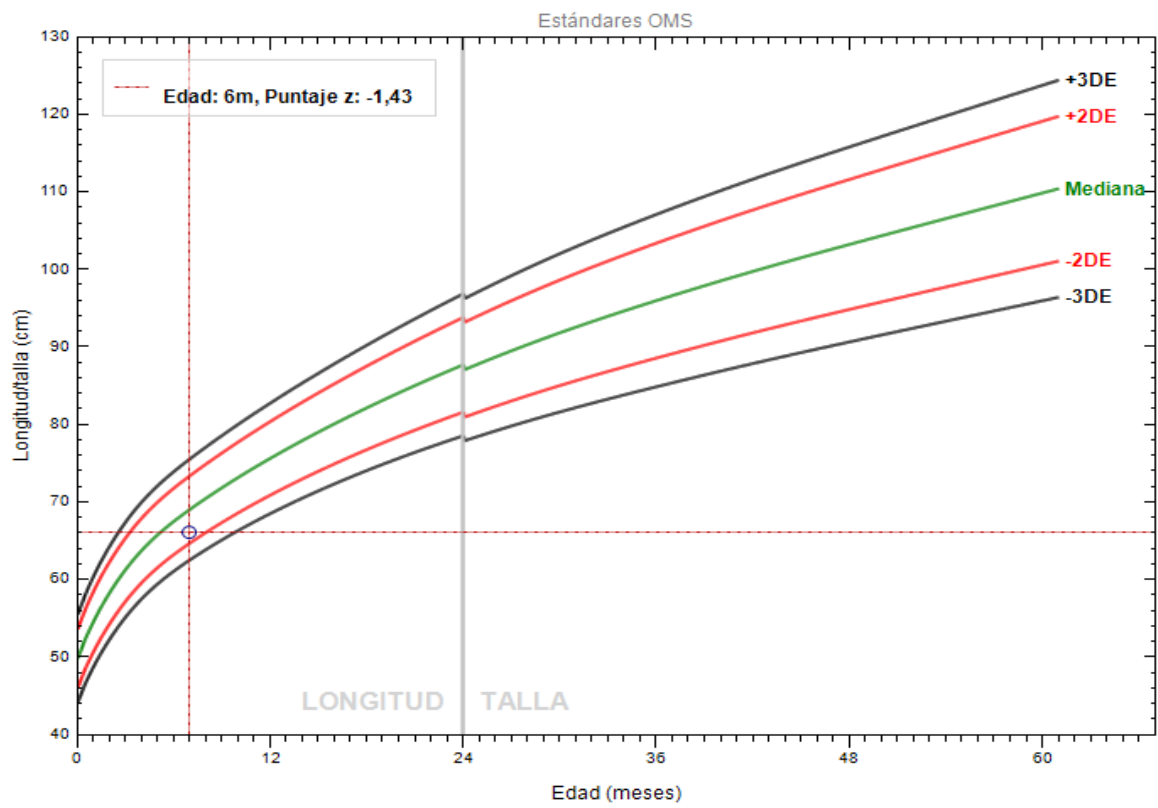


# Encuesta #: 34

## Peso/Longitud

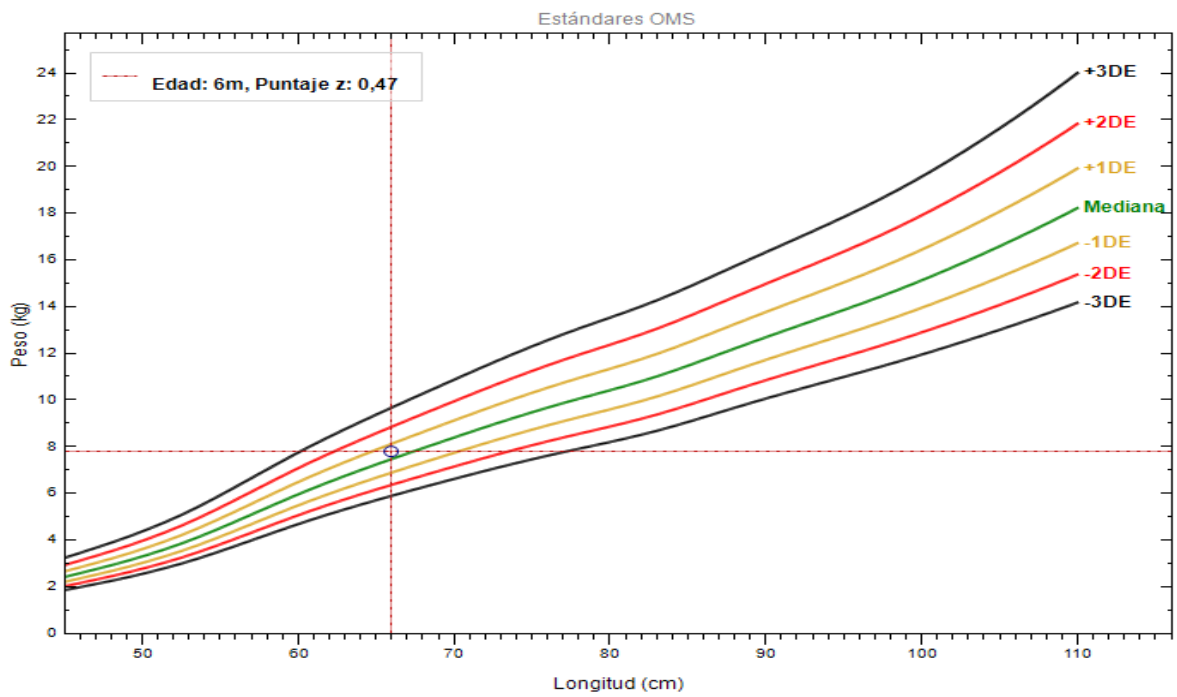


## Longitud/Edad

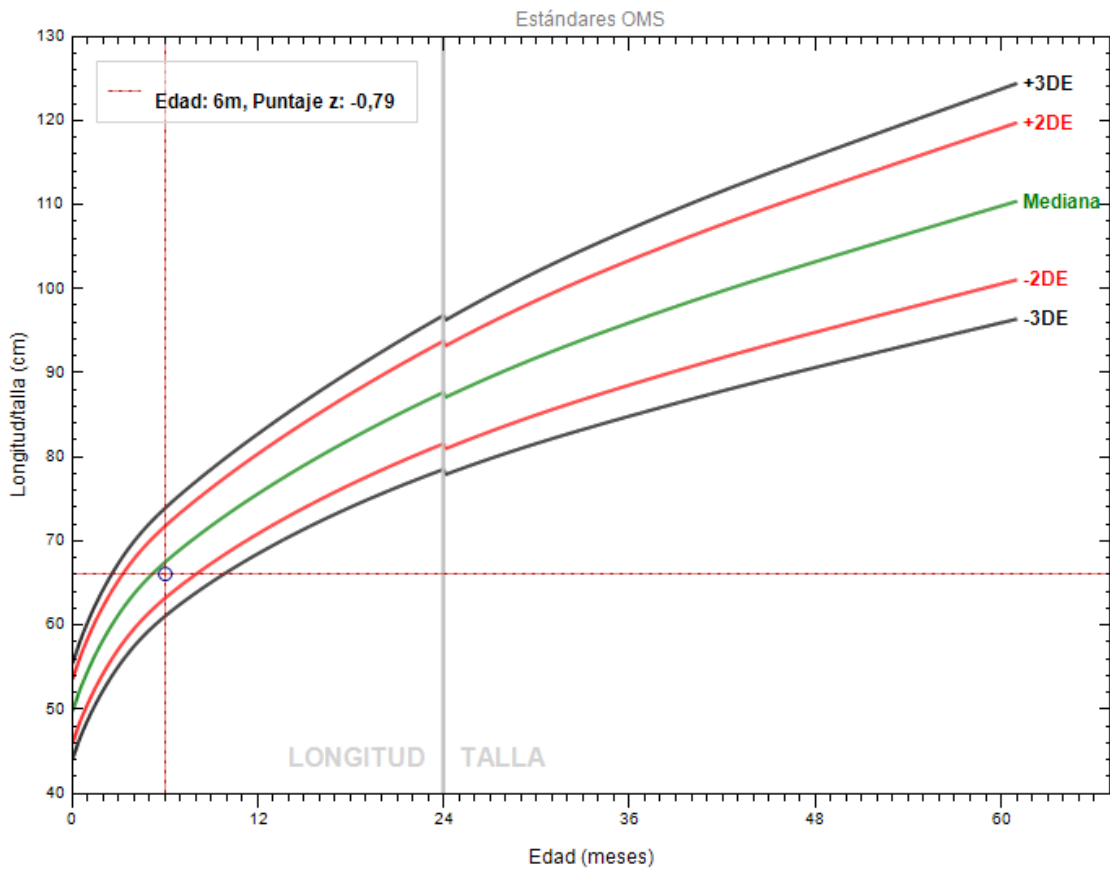


# Encuesta #: 35

## Peso/Longitud

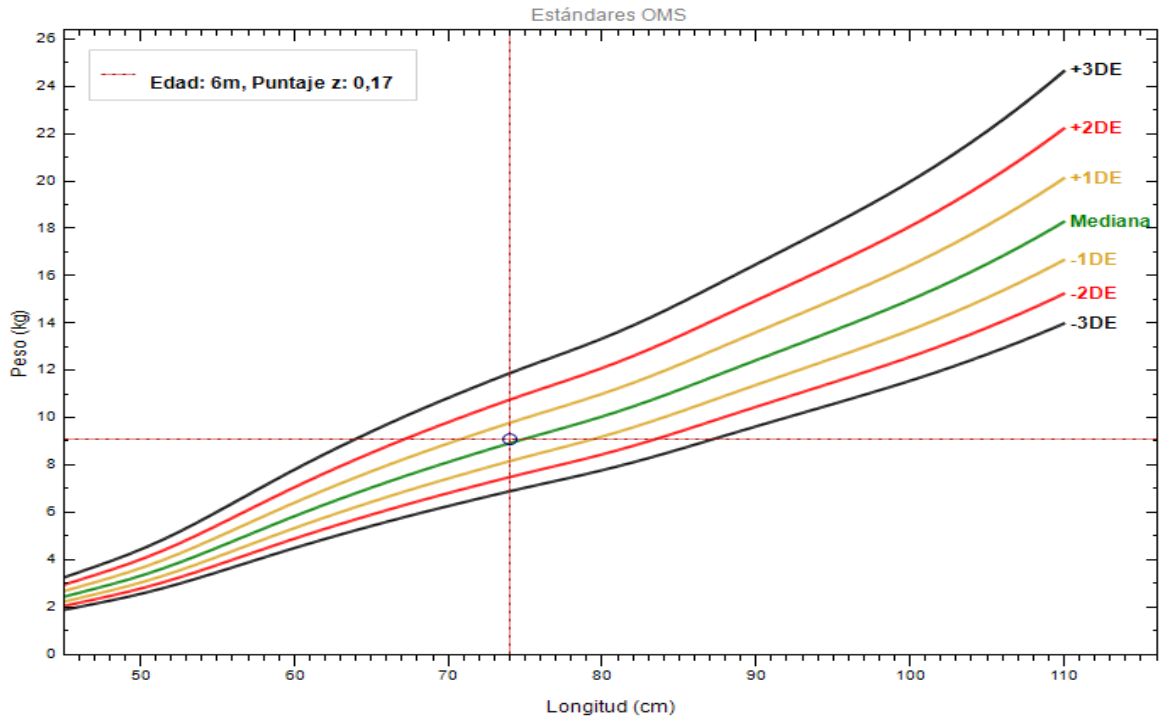


## Longitud/Edad

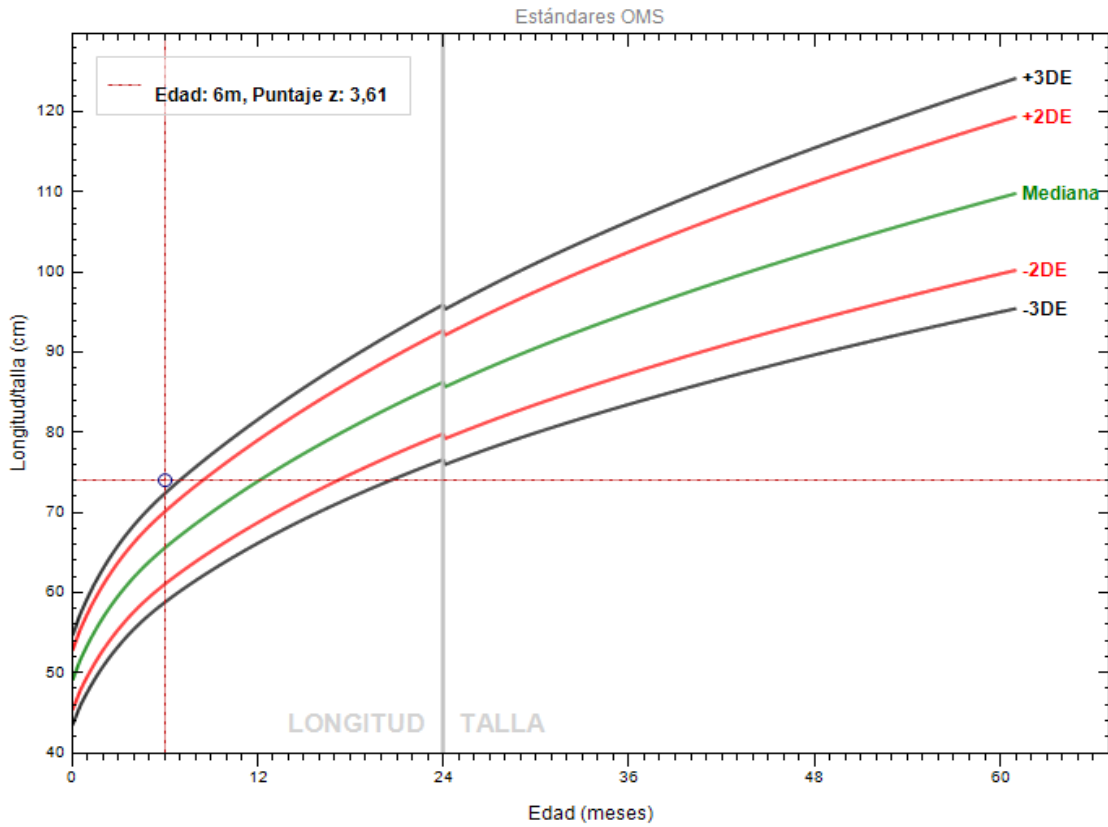


Encuesta #: 36

Peso/Longitud

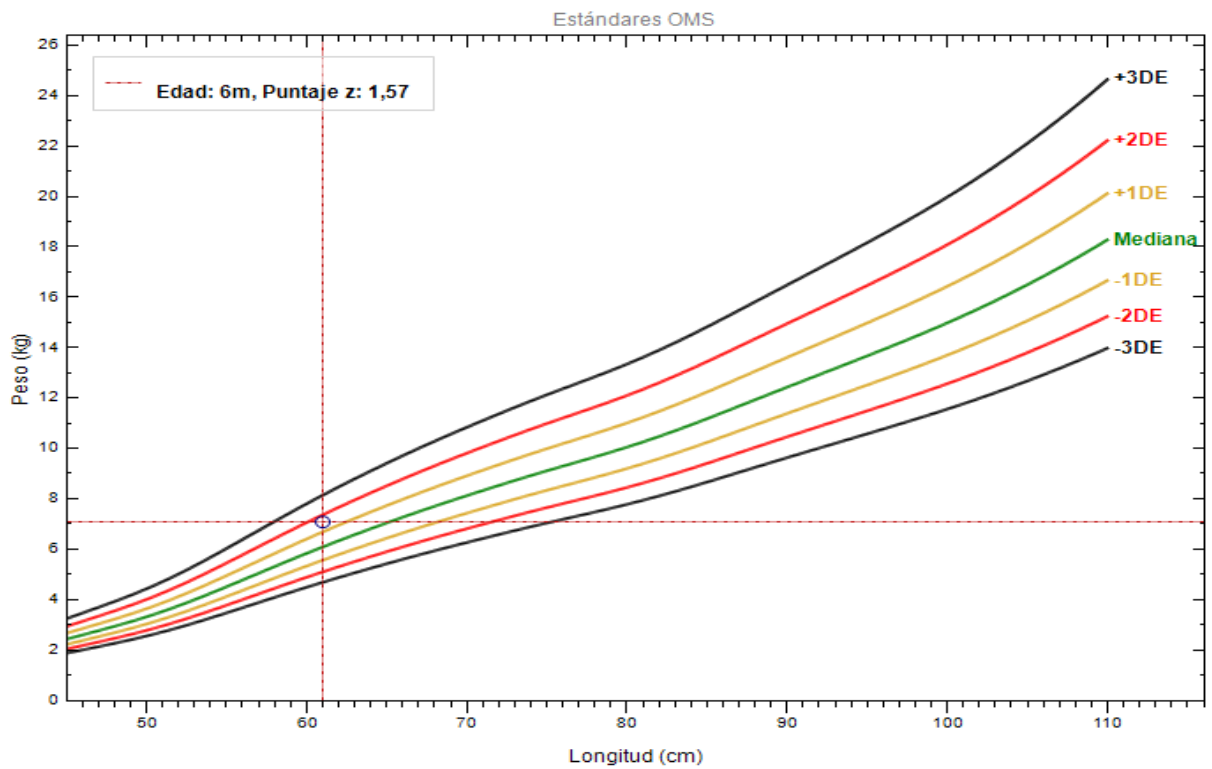


Longitud/Edad

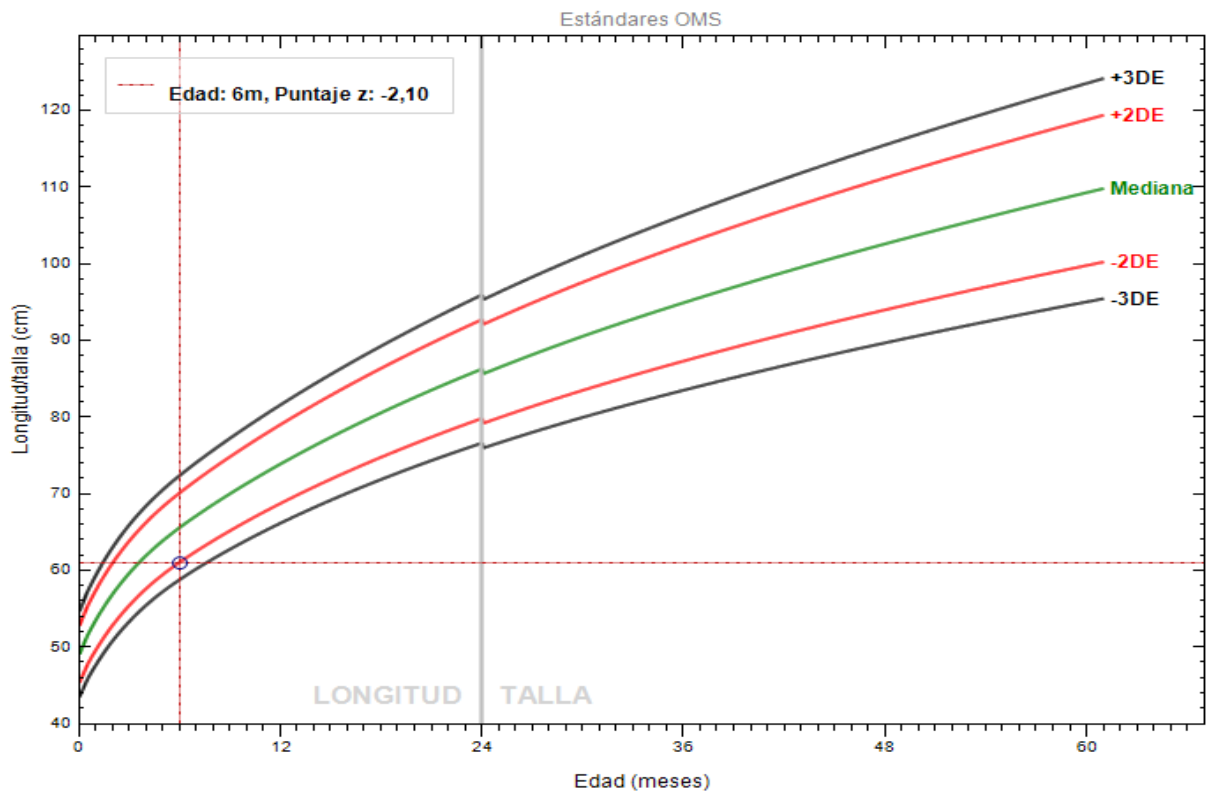


# Encuesta #:37

## Peso/Longitud

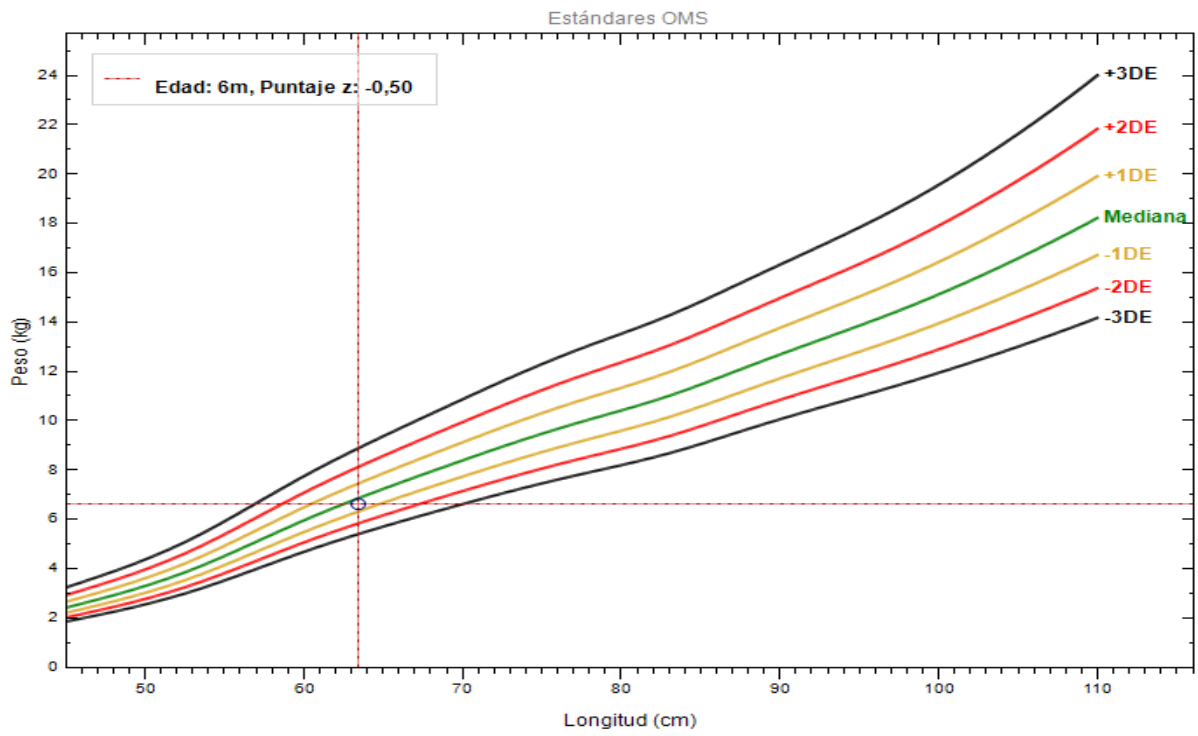


## Longitud/Edad

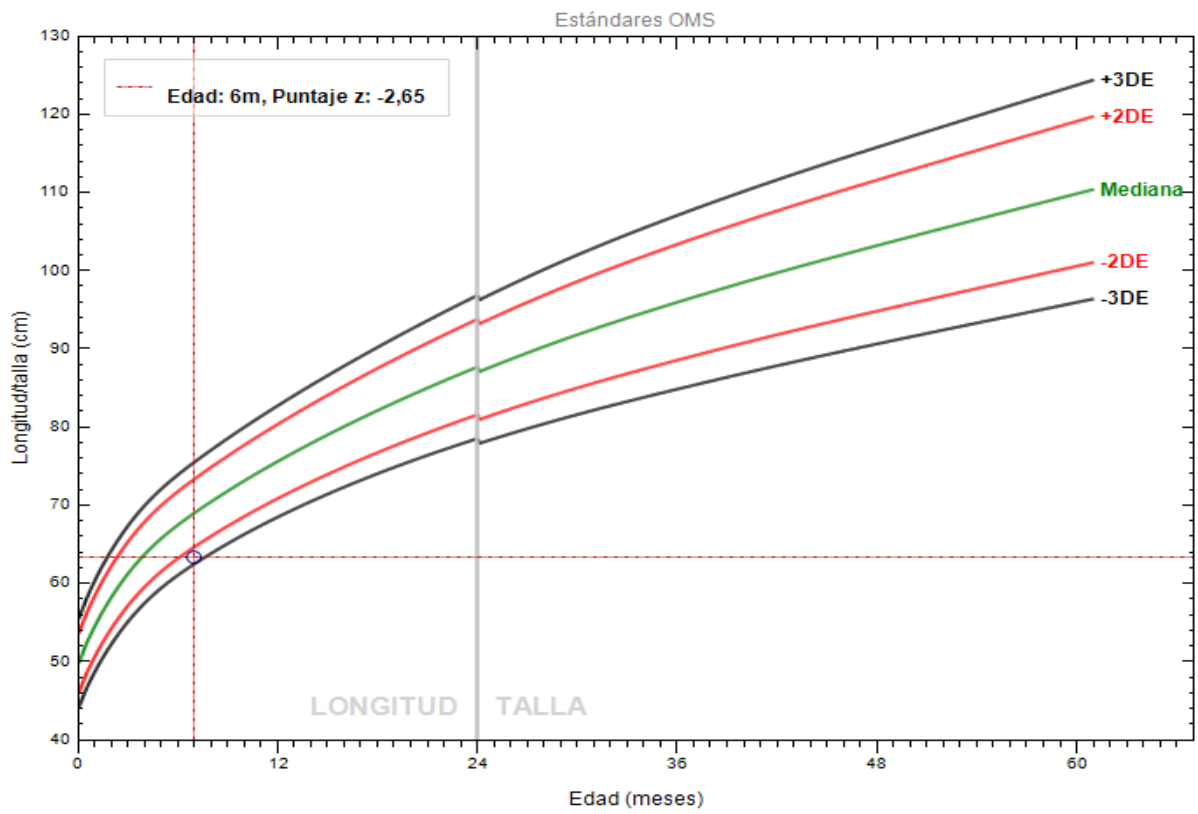


Encuesta #: 38

Peso/Longitud

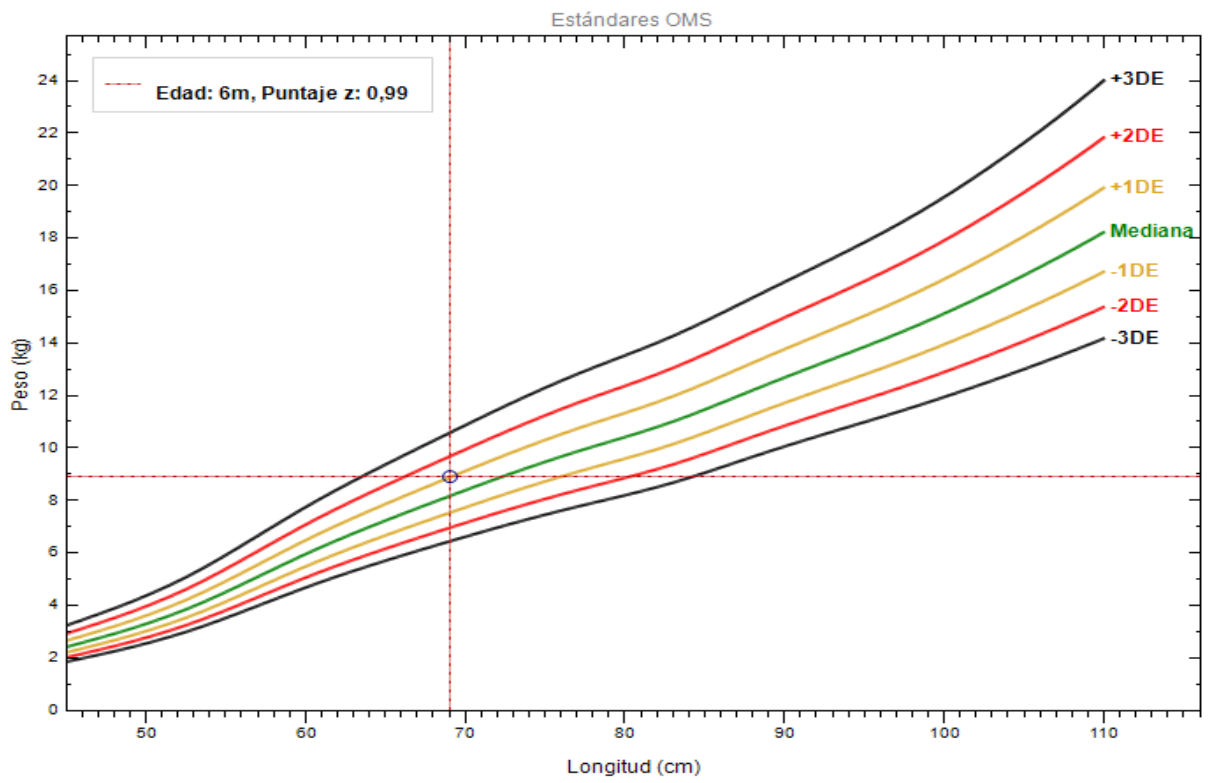


Longitud/Edad

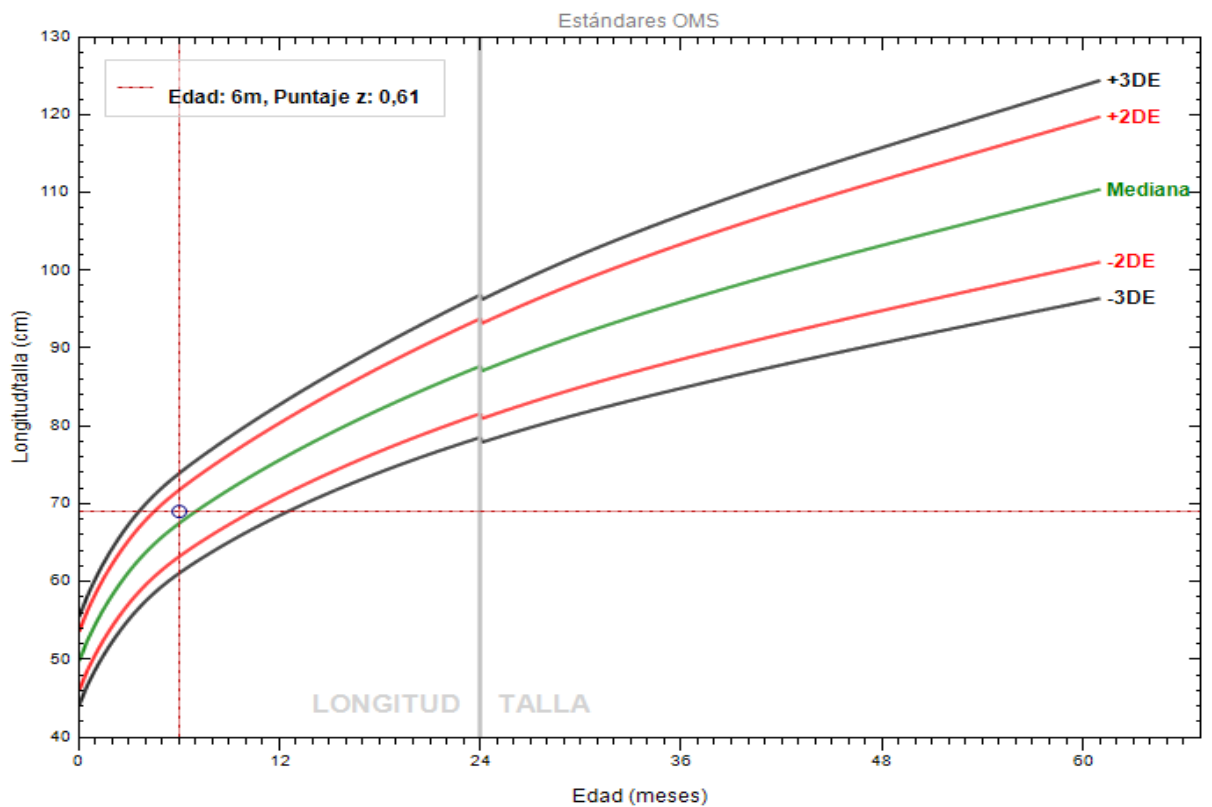


Encuesta #: 39

Peso/Longitud

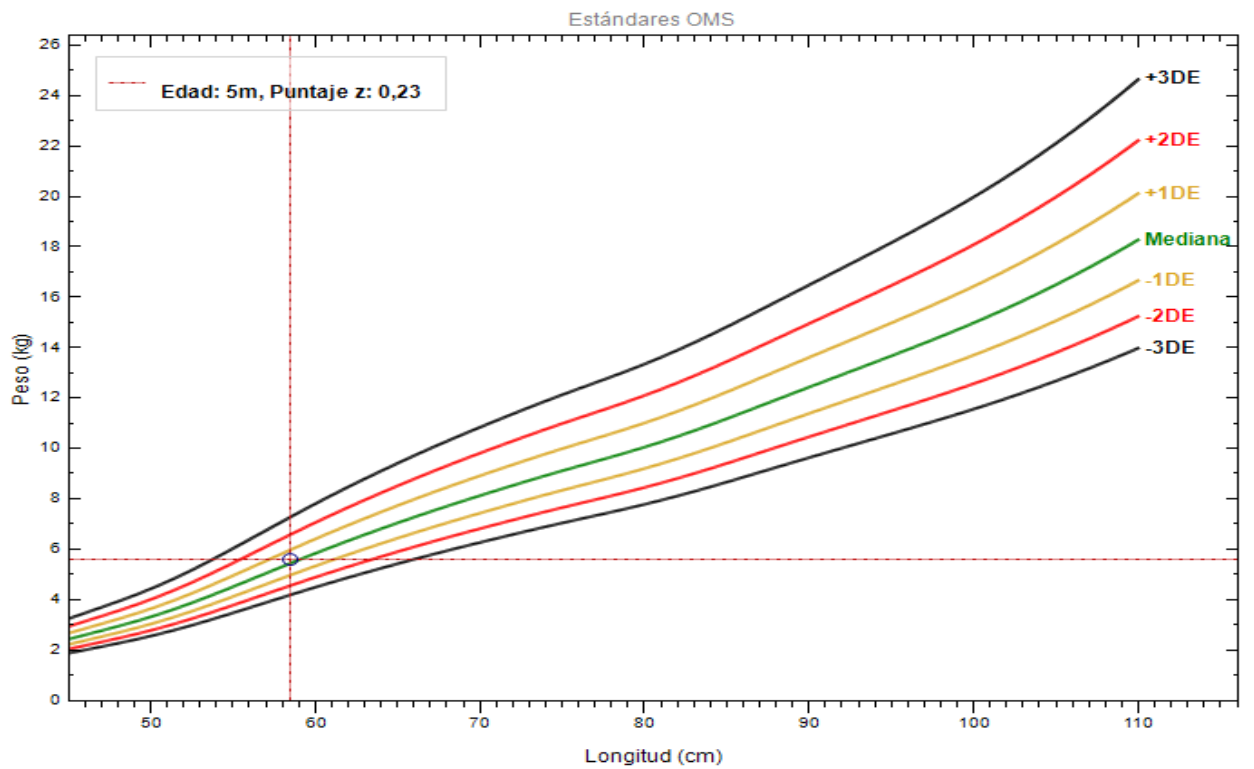


Longitud/Edad

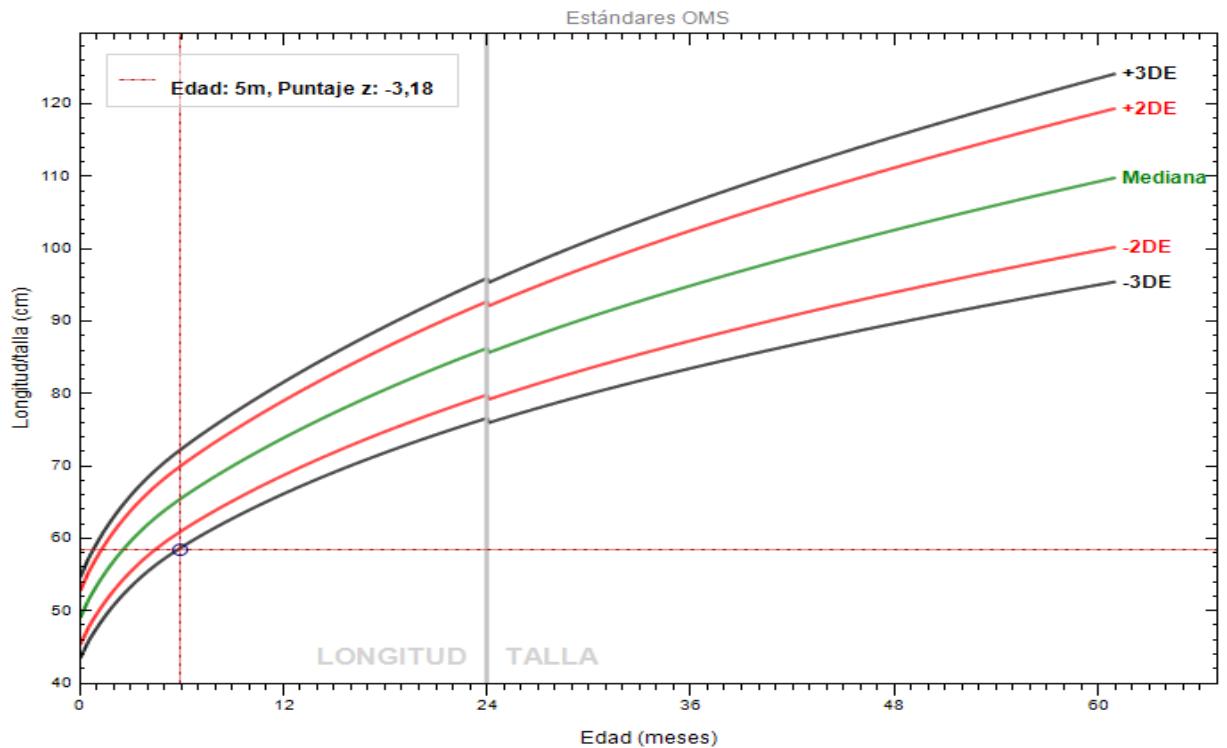


Encuesta #: 40

Peso/Longitud



Longitud/Edad



#### ANEXO 4: Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicadores
<b>Lactancia materna exclusiva</b>	la lactancia materna exclusiva hace referencia a la alimentación del niño solamente con leche materna, incluyendo a leche extraída o de nodriza, durante los seis primeros meses de vida (OMS,2016 a )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia materna exclusiva</li> <li>• Lactancia materna no exclusiva</li> </ul>	<p>Prevalece durante los 6 primeros meses de vida con alimentación exclusiva de leche materna</p> <p>La alimentación del lactante es mixta o con sucedáneos de leche</p>	% de madres que mantienen la lactancia materna exclusiva
<b>Longitud/talla para la edad</b>	retardo en el crecimiento lineal dado por efectos negativos que se han ido acumulando debido a períodos de alimentación inapropiada en cantidad o calidad, a los efectos deletéreos de las infecciones agudas repetitivas, así como también a las deficiencias en nutrientes determinados (Lutter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja talla</li> <li>• Baja talla severa</li> <li>• Normal</li> </ul>	<p>Hace referencia a que la talla del niño es baja en comparación a los demás de su edad</p> <p>Hace referencia a una que la talla del niño es sumamente baja en comparación a los demás niños de su edad.</p> <p>Dentro de parámetros normales en comparación a los demás niños de su edad</p>	<p>Por debajo de -2 puntuaciones z</p> <p>Por debajo de -3 puntuaciones z</p> <p>3 al -2 puntuaciones z</p>

	& Chaparro, 2008)			
<b>Peso/ longitud</b>	Es una medida del estado nutricional actual. El bajo peso para la talla, se lo conoce también como emaciación o desnutrición aguda, y es casi siempre, el resultado de una ingesta de alimentos insuficiente en períodos cortos y/o episodios seguidos de enfermedades agudas recientes, en especial diarrea. Las dos formas de emaciación grave son el kwashiorkor y el marasmo, y se generan cuando existen casos de desnutrición extrema (Lutter &Chaparro, 2008).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obeso</li> <li>• Sobrepeso</li> <li>• Posible riesgo de sobrepeso</li> <li>• Normal</li> <li>• Emaciado</li> <li>• Severamente emaciado</li> </ul>	<p>Exceso extremo de peso en comparaciones a los demás niños de su edad</p> <p>Exceso de peso en comparación a los demás niños de su edad</p> <p>Peso elevado en comparación a los demás niños de su edad</p> <p>Dentro de parámetros normales en comparación a los demás niños de su edad</p> <p>Peso por debajo de lo normal en comparación a los demás niños de su edad</p> <p>Peso severamente bajo para la talla en comparación a los demás niños de su</p>	<p>Por encima de 3 puntuaciones z</p> <p>Por encima de 2 puntuaciones z</p> <p>Por encima de 1 puntuaciones z</p> <p>1 a -2 puntuaciones z</p> <p>Por debajo de -2 puntuaciones z</p> <p>Por debajo de -3 puntuaciones z</p>

			edad.	
<b>Edad de la madre</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescentes</li> <li>• Jóvenes</li> <li>• Adultas</li> </ul>	<p>Personas en el período de la vida que se ubica entre la niñez y la adultez, comprendería entre los 14 a 20 años</p> <p>aquella persona que se encuentra en un período temprano de su desarrollo orgánico</p>	<p><b>% de madres Menores a 19 sobre el 100% de madres</b></p> <p><b>% de madres de 20-34 sobre el 100% de madres</b></p> <p><b>% de madres Mayores 34 sobre el 100% de madres</b></p>
<b>Nivel de escolaridad</b>	Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria:</li> <li>• Secundaria básica:</li> </ul>	<p>es la que asegura la correcta alfabetización, es decir, que enseña a leer, escribir, cálculo básico y algunos de los conceptos culturales considerados</p> <p>es uno de los pilares de la educación</p>	<p><b>% de madres cuyo nivel de escolaridad sea primario, secundario o terciario sobre el 100%</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnico medio o preuniversitario:</li> <li>• Universitario:</li> </ul>	<p>formal junto con sus antecesoras: la educación infantil y primaria, y la que le continúa, la educación universitaria o superior</p> <p>nivel donde los jóvenes amplían, profundizan y generalizan sus conocimientos para continuar los estudios universitarios</p> <p>imparten aprendizaje a niveles medio y alto de complejidad o intensidad de los contenidos académicos</p>	
<b>Constitución del núcleo familiar</b>	Miembros de una familia que viven en un mismo hogar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia monoparental</li> <li>• Familia nuclear</li> </ul>	<p>Es una variación de la familia nuclear en la cual existe solo un adulto que puede ser madre o padre y uno o varios hijos.</p> <p>Constituida por padre, madre e hijos. Predomina en la sociedad occidental.</p>	% de madres que constituyen dentro de un núcleo familiar sobre el 100% de las madres

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia ampliada</li> </ul>	aquella estructura de parentesco que habita en una misma unidad doméstica	
<b>Ocupación</b>	Actividad o trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa</li> <li>• Estudiante</li> <li>• Trabajadora</li> </ul>	<p>Mujer que tiene como ocupación principal el trabajo en el hogar con quehaceres domésticos</p> <p>Persona que cursa estudios en un centro docente</p> <p>Persona que realiza un trabajo a cambio de un salario.</p>	Porcentaje de madres cuya ocupación sea ama de casa, estudiante o trabajadora sobre el 100% de las madres
<b>Conocimientos de lactancia materna</b>	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o aprendizaje de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buenos</li> <li>• Regulares</li> <li>• Malos</li> </ul>	<p>Sabe con precisión acerca del tema</p> <p>Existen algunos vacíos sobre el tema</p> <p>No conoce con precisión el tema</p>	Porcentaje de madres que tengan un bueno, malo o regular conocimiento acerca de la lactancia materna sobre el 100% de las madres
<b>Experiencia previa de la lactancia materna</b>	Haber presenciado o conocido a través de vivencias acerca de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buenas</li> <li>• Regulares</li> </ul>	<p>No tuvo problemas al dar de lactar</p> <p>Presencio ciertos problemas</p>	Porcentaje de madres con experiencia previa buena, regular o mala

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Malas</li></ul>	Tuvo muchos problemas al dar de lactar	sobre el 100% de las madres de la lactancia materna
--	--	---	--	---