



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

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

**“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO MATERNO Y LA PRÁCTICA
DE LACTANCIA MATERNA AL AÑO DE VIDA EN LA POBLACIÓN
ECUATORIANA ENCUESTADA MEDIANTE LA ENSANUT DURANTE EL AÑO
2018”**

AUTORES:

MORA VINCES DIGNA AURENTINA

JOSÉ RAGUEL LÓPEZ ZAMBRANO

DIRECTOR DE TESIS:

IVÁN DUEÑAS ESPÍN

2021

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado una familia maravillosa.

A mis hijas por ser una motivación para mi superación personal y profesional.

A mi esposo -----, por brindarme su amor y confianza en este camino difícil del posgrado, demostrándome que siempre podré contar con él.

A mis padres por forjar mi camino con enseñanzas y valores, que han permitido obtener grandes logros

A mis hermanos porque siempre han creído en mí capacidad y perseverancia.

DIGNA AURENTINA

Esta tesis es dedicada a las madres con quien estrechare la mano. Mi constancia, esfuerzo, amor solo a Dios y al prójimo.

JOSÉ RAGUEL

AGRADECIMIENTO

A Dios porque me dio fuerzas para levantarme, continuar y alcanzar mis metas.

A la Pontificia Universidad Católica que es gestora de tan noble especialidad Medicina Familiar.

A mi director de Tesis Dr. Iván Dueñas, por sus conocimientos nos ha permitido culminar con éxito nuestra tesis.

A mi familia por acompañarme en aquellos momentos difíciles de la carrera, apoyándome a superar cada obstáculo, motivándome a continuar y seguir adelante.

A mi esposo y mis hijas por abrazarme y besarme, haciéndome ver que la familia existe, por ser mi felicidad, los amo.

DIGNA AURENTINA

A Dios, mi gratitud eterna.

A mi madre por su amor y sus oraciones.

A mis hermanos, en especial a Silvio por su apoyo incondicional.

A Papú, por su inocencia, su alegría y su muestra de cariño.

A los amigos formadores de la PUCE, por sus enseñanzas y su tolerancia.

JOSÉ RAGUEL

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- INTI:** Intervención Nutricional Territorial Integral.
- LM:** Lactancia Materna.
- ESAMyN:** Normativa de Establecimientos de Salud amigos de la madre y del niño.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PIANE:** Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador
- SIVAN:** Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional.
- TDAH:** Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
AUTORES.....	9
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	9
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE SU PROYECTO.....	9
RESUMEN.....	10
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. LACTANCIA MATERNA.....	16
2.1.1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	16
2.1.2. COMPUESTO FUNCIONAL DE LA LECHE MATERNA.....	16
2.1.3. INMUNOLOGÍA DE LA LECHE MATERNA.....	17
2.1.4. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.....	19
2.1.5. TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA.....	20
2.1.6. FACTORES QUE AFECTAN LA LACTANCIA MATERNA.....	21
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	
3.1. JUSTIFICACIÓN.....	24
3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.2.1. PREGUNTA DE ESTUDIO.....	26
3.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	26
3.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	26
3.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	26
3.4. HIPÓTESIS OPERATIVA.....	26
3.5. METODOLOGÍA.....	27
3.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	29
3.5.2. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	32
3.5.3. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	33
3.5.4. LIMITACIONES.....	33

3.5.5.	CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	34
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....		35
4.1.	RESULTADOS.....	35
4.1.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	35
4.1.2.	ACTIVIDADES RELACIONADAS CON PERIODOS PRENATALES, NATALES Y POSTNATALES DE LA DIADA MADRE E HIJO.....	40
4.1.3.	RESULTADOS INFERENCIALES.....	42
5.1.	DISCUSIÓN.....	56
5.1.1.	RESULTADOS PRINCIPALES.....	56
5.1.2.	COMPARACIÓN CON ESTUDIOS CIENTÍFICOS.....	59
5.1.3.	IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	61
5.1.4.	IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA.....	61
5.1.5.	LIMITACIONES.....	63
5.1.6.	FORTALEZAS.....	63
6.1.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	64
7.1.	BIBLIOGRAFÍA.....	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	COMPONENTES DE LA LACTANCIA MATERNA	18
GRÁFICO 2	VÍA ENTERO-MAMARIA.....	19

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA DIADA MADRE-HIJO	35
TABLA 2	CARACTERÍSTICAS PRENATALES, NATALES Y POSNATALES DE LA DIADA MADRE-HIJO.....	40
TABLA 3	ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PRENATALES, NATALES, POSNATALES Y LA LACTANCIA MATERNA....	43

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	ESTADO CIVIL DE LAS MADRES PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	37
FIGURA 2	NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	37
FIGURA 3	TIPO DE SEGURO SOCIAL DE LAS MADRES PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	38
FIGURA 4	BONO DE DESARROLLO HUMANO DE LAS MADRES PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	38
FIGURA 5	TIPO DE VIVIENDA DE LA DIADA MADRE - HIJO.....	39
FIGURA 6	SEXO BIOLÓGICO DE LOS LACTANTES..... 	39
FIGURA 7	TIPO DE PARTO.....	41
FIGURA 8	CORTE DE CORDÓN UMBILICAL DEL NEONATO.....	41
FIGURA 9	LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA DEL NEONATO	42
FIGURA 10	SEXO BIOLÓGICO DE LOS LACTANTES Y PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA CONTINUA HACIA LOS 12 A 15 MESES.....	45
FIGURA 11	NIVEL EDUCATIVO Y LACTANCIA MATERNA CONTINUA HACIA LOS 12 A 15 MESES.....	46
FIGURA 12	TIPO DE VIVIENDA Y LACTANCIA MATERNA CONTINUA HACIA LOS 12 A 15 MESES.....	48
FIGURA 13	TIPO DE PARTO Y LACTANCIA MATERNA CONTINUA HACIA LOS 12 A 15 MESES.....	49
FIGURA 14	PREECLAMPSIA Y LACTANCIA MATERNA CONTINUA HACIA LOS 12 A 15 MESES.....	50
FIGURA 15	CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL Y LACTANCIA MATERNA CONTINUA HACIA LOS 12 A 15 MESES.....	51
FIGURA 16	CONTROL POSPARTO Y LACTANCIA MATERNA CONTINUA HACIA LOS 12 A 15 MESES.....	52
FIGURA 17	LACTANCIA MATERNA EN PRIMERA HORA DE VIDA Y CONTINUA HACIA LOS 12 A 15 MESES.....	53
FIGURA 18	SEGURIDAD SOCIAL Y LACTANCIA CONTINUA HACIA LOS 12 A 15 MESES.....	54
FIGURA 19	RESPECTO CULTURAL DEL PARTO Y LACTANCIA CONTINUA HACIA LOS 12 A 15 MESES.....	55

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO MATERNO Y LA PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA AL AÑO DE VIDA EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA ENCUESTADA MEDIANTE LA ENSANUT DURANTE EL AÑO 2018”

LUGAR:

Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Se empleará información de todo el territorio nacional ecuatoriano, en sus diferentes regiones, en todas sus provincias, obtenidas de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018.

AUTORES:

Dra. Mora Vences Digna Aurentina, CS Crucita, correo: dradignamorav@gmail.com

Dr. José Raguél López Zambrano, CS Jaramijó, correo: coloradoalway@hotmail.com

DIRECTOR DE TRABAJO FINAL DE TITULACIÓN:

Dr. Iván Dueñas, correo: igduenase@puce.edu.ec.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE SU PROYECTO:

El dominio de nuestro proyecto es la Salud integral; enfocándose en la línea investigativa salud materno-infantil; y la sub-línea es la lactancia materna.

Resumen

Introducción: La lactancia materna contribuye en el crecimiento de los niños por su calidad nutricional y protección inmunológica que confiere; se promueve realizarla inmediatamente posterior al parto, con exclusividad durante los primeros 6 meses de vida y sea mantenida hacia los dos años de vida del lactante; pero, influyen ciertos determinantes sociales en la disminución de su práctica. **Objetivo:** Demostrar una asociación entre el nivel educativo materno y la práctica de la lactancia materna al año en la población ecuatoriana, conforme a la información disponible en las bases de datos de la ENSANUT 2018. **Método:** El diseño del estudio fue descriptivo transversal, se realizó revisión de datos existentes de ENSANUT 2018, la muestra fue de 345 diadas madre e hijo, se evaluó las variables explicativas: educación materna, confusoras: sociodemográficas y la variable resultado fue la lactancia materna hacia el año de vida. **Resultados:** la instrucción superior de la madre (p-valor=0,808) no fue estadísticamente significativo; la relación entre la lactancia materna y el corte del cordón umbilical mayor a 1 minuto (p-valor=0,004) y el sexo masculino del lactante (p-valor=0,014) tuvieron alta significación estadística. **Conclusiones:** No fue concluyente la asociación entre la instrucción materna con la lactancia materna continua, no se logró demostrar diferencias significativas en cuanto al nivel educativo entre aquellas diadas que realizaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad versus quienes no la practicaron; por lo que debe realizarse otras investigaciones futuras.

Palabras claves: *lactancia materna continua, instrucción materna, pinzamiento del cordón umbilical.*

Abstract

Introduction: Breastfeeding contributes to the growth of children due to its nutritional quality and immunological protection it confers; It is promoted to carry it out immediately after delivery, exclusively during the first 6 months of life and to be maintained until the infant's two years of life; But, certain social determinants influence in the decrease of its practice.

Objective: To demonstrate an association between the maternal educational level and the practice of breastfeeding at one year in the Ecuadorian population, according to the information available in the databases of the ENSANUT 2018. **Method:** The study design was descriptive, cross-sectional, carried out a review of existing data from ENSANUT 2018, the sample was 345 mother and child dyads, the explanatory variables were evaluated: maternal education, confounding: sociodemographic and the result variable was breastfeeding towards one year of life. **Results:** the mother's higher education (p -value = 0,808) was not statistically significant; the relationship between breastfeeding and the cut of the umbilical cord greater than 1 minute (p -value = 0.004) and the male sex of the infant (p -value = 0.014) had high statistical significance. **Conclusions:** The association between maternal instruction and continuous breastfeeding was not conclusive, it was not possible to demonstrate significant differences in terms of educational level between those dyads that carried out continuous breastfeeding between 12 and 15 months of age versus those who did not practice it; so other future research should be done.

Key words: *continuous breastfeeding, maternal instruction, clamping of the umbilical cord.*

Capítulo 1

1.1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la lactancia materna como la práctica que permite contribuir con una nutrición adecuada a los niños, para que crezcan y tengan un desarrollo óptimo (OMS, 2017), recomendando su exclusividad durante los primeros 6 meses de vida y que se continúe hacia los dos o más años de edad; y así, reducir la morbi-mortalidad en menores de 5 años (Moraes et al., 2021).

La lactancia materna (LM) tiene múltiples beneficios; así tenemos, que en el niño genera protección contra infecciones gastrointestinales en un 64%, incluso hasta por 2 meses posterior a la discontinuación del amamantamiento (Brahm, 2017), disminuye la incidencia de enterocolitis necrotizante (Gasque-Góngora, 2015), infecciones respiratorias, otitis media; y, una reducción del 30% en desarrollar diabetes tipo 1 (Reyes Vázquez, 2011); con relación al neurodesarrollo, quienes han recibido LM por más de 7 meses, tienen un mejor desempeño en las pruebas de desarrollo psicomotriz y social, que aquellos que han sido amamantados por menos de este tiempo; y, también hay protección en la génesis de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista, y trastornos conductuales (Brahm, 2017).

En la madre la práctica de amamantar libera oxitocina ayudando al útero a que retorne a su tamaño normal; y así, disminuya el sangrado posparto; también, reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario y, además, contribuye en la mejor efectividad de la planificación familiar (Velásquez et al., 2016).

El impacto económico que genera en Estados Unidos, una lactancia subóptima de bebés prematuros es de 17.4 millones de dólares en gastos anuales por la elevada mortalidad. Un estudio realizado en Inglaterra determinó un ahorro anual por costos de salud de 65 millones de dólares, si en el año 2013 hubieran lactado todos los nacidos con prematurez (Brahm, 2017).

Si aumenta el 10% de su práctica, tanto en exclusividad como en continuidad hacia los 2 años de vida, reducirían los egresos por tratar patologías en los infantes; por ejemplo, en Estados Unidos sería un ahorro de 312'000.000 de dólares, \$ 7'800.000 en Reino Unido y \$ 1'800.000 en Brasil; por lo cual, repercute en una reducción de los fallecimientos de menores de 2 años en un 13,8%; y, la probabilidad de sobrepeso y obesidad en un 26%, con su respectivo impacto en la economía de los países (Victoria et al., 2016)

Los determinantes sociales y económicos que afectan esta práctica son variables; así tenemos, el análisis de 98 estudios realizados en el mundo, que reportan una práctica de lactancia exclusiva muy similar entre países con diferentes niveles socio-económicos; pero, difieren cuando se habla de continuidad hasta el año de edad, habiendo un mayor porcentaje de aquellas madres que prosiguen la lactancia cuando sus ingresos monetarios son bajos, observado en países de nivel medio; esta situación sugiere que las familias pobres cuando tenga un mejor ingreso usarán más sucedáneos; y así, disminuirá la prevalencia de lactancia (Rollins et al., 2016)

El grado de escolaridad materna y su influencia sobre la LM es controversial por la variabilidad de los resultados encontrados en los estudios. En California, aquellas madres que nunca lactaron su nivel educativo era el 17.1% bachilleres, el 16.7% ninguna; y, solo el 4.4% se había graduado de la universidad (Heck, 2006); en México, entre más años de estudios

mayor es el énfasis del amamantamiento en comparación con las que tenían una cantidad de tiempo menor (Cosío et al., 2013); en Cuba el 43.8% de las madres que cursaban el preuniversitario o técnico mantenían la lactancia materna exclusiva por 6 meses y más; y, en las universitarias en el 3.2% (Becerra Bulla, 2015). En Colombia los resultados indican: las mujeres que no lactaron 34.1% tenían bachillerato completo, 42.3% no lo habían completado, 7.1% tenían primaria completa y 7.1% universidad completa (Piñeros et ál., 2004); esto ocurre, porque una mujer que se encuentra estudiando no se le permite realizar pausas académicas, tampoco hay guarderías ni lactarios en las universidades que permita amamantar o realizar extracción de leche para su almacenamiento (OMS, 2016).

Entonces todas estas poblaciones son semejantes a la de nuestro país, tanto por las condiciones económicas, sociales, laborales, etcétera, existiendo un limitante del amamantamiento, el nivel educativo más alto de la mujer.

En Ecuador desde 1990 se han iniciado distintos planes de intervención; para, mejorar el estado nutricional de los niños menores de 5 años y sus mamás; como son: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SIVAN), Aliméntate Ecuador, Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI); y, actualmente el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) 2018– 2025 y la Normativa de Establecimientos de Salud amigos de la madre y del niño (ESAMyN) las cuales surgen como política de salud para disminuir morbimortalidad materno-infantil, desnutrición, fomentar parto humanizado, lactancia materna y nutrición saludable; y, se garantice los derechos en salud y el bienestar en la comunidad ecuatoriana (Cisneros et al., 2018). Un reciente estudio demostró que realizar educación durante el embarazo sobre los beneficios del amamantamiento, sumado al apego precoz durante

el parto, influyen en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en madres ecuatorianas (Espín et al., 2021).

A pesar de que en nuestro país existan estos programas orientados al fomento de la lactancia materna, los datos de la Encuesta de Nacional de Salud Nutrición 2012 (ENSANUT-ECU 2012) y Encuestas de las Condiciones de vida (ECV) 2014 denotan que la práctica de la lactancia materna exclusiva es poco frecuente, alrededor del 40% (Freire et ál., 2012); el ENSANUT 2018 evidencia que a medida que el nivel de instrucción de la madre es mayor, la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida disminuye; así, el 66,3% de las madres que dan de lactar corresponden a las que tienen educación básica, el 63,1 % las mujeres con educación media y el 50,2 % aquellas con estudios del nivel superior (Serrano et ál., 2019); por lo cual, es importante conocer ¿cuáles son los determinantes sociales que afectan la continuidad de la lactancia materna?, ¿existe asociación entre el nivel educativo y la práctica de Lactancia materna al año de edad?

Capítulo II

2.1. Lactancia materna

La lactancia materna es el proceso de alimentación que provee de la única fuente nutricional durante los primeros meses de vida, por lo cual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se amamante exclusivamente en los primeros 6 meses de edad, y se prolongue hacia los dos años junto con los otros alimentos (Krol, 2018).

2.1.1. Lactancia materna exclusiva.

La lactancia materna exclusiva radica en amamantar únicamente con la leche de la madre; y, no se administre otros alimentos líquidos o sólidos con excepción de los medicamentos (Calil et al., 2020); hay ciertas condiciones que se requieren para la realización adecuada de esta práctica, como son: (a) realizar amamantamiento a libre demanda, (b) el niño lacte aproximadamente de 8 a 12 veces en el día la leche de la madre, (c) no se administre fórmula infantil para complementar ni como único alimento, (d) la posición de la madre debe ser la adecuada; así como, el agarre del pezón por parte del lactante para una succión óptima, (e) no dar biberón al bebé (Ortega-Ramírez, 2015)

2.1.2. Compuesto funcional de la leche materna

A medida que el niño crece se establecerán diferentes etapas y la leche de la madre se irá adecuando según los requerimientos que vaya teniendo el infante para su desarrollo, encontrando en esta transición de la leche de la madre diferentes componentes de la misma (Galindo et al., 2021).

El precalostro se empieza a producir por la glándula mamaria desde la semana dieciséis, contiene inmunoglobulinas y otros nutrientes, en caso que ocurra un parto prematuro, la

cantidad de lactosa es menor debido a que un prematuro tiene baja actividad de la lactasa (García, 2011).

La secreción del calostro inicia posterior al parto, es de color amarillo y se transfiere inmunidad pasiva al neonato (Galindo et al., 2021), posee motilina, que actuaría como un laxante mejorando la eliminación del meconio (García, 2011).

La leche de transición se produce por 3 a 10 días, el color es blanco por la presencia de calcio (García, 2011)

La leche madura inicia a producirse 15 días posterior al parto, las cantidades pueden variar de una mujer a otra oscilando entre 700 a 1200 mililitros de leche (Galindo et al., 2021)

2.1.3. Inmunología de la leche materna

La leche humana la consideramos como una primera vacuna, porque posee anticuerpos e innumerables sustancias que ejercerán una acción de protección para el recién nacido frente a múltiples infecciones tabla # 1 (Galindo et al., 2021); aquí, tiene funcionalidad el eje entero-mamario, cuando la madre está en contacto con un microorganismos causantes de infecciones se dirigen hasta la parte terminal del íleon y de allí a las placas de Peyer produciéndose antígenos que estimularán linfocitos T y B, generando anticuerpos que viajarán hasta la glándula mamaria y es en el proceso de amamantamiento que se le provee al niño una cantidad de inmunoglobulinas figura # 1 (García, 2011).

GRÁFICO # 1

Componentes de la lactancia materna

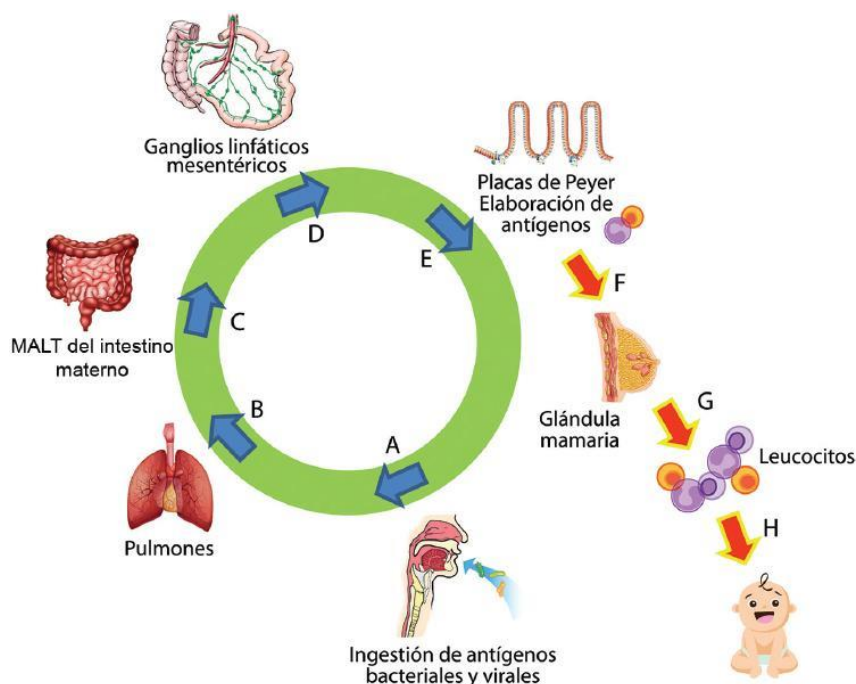
Compuestos LM	Descripción
<i>Agua</i>	80-90%
<i>Carbohidratos</i>	Lactosa, glucosamina, galactosa
<i>Lípidos</i>	Ácidos grasos poliinsaturados
<i>Proteína</i>	<ul style="list-style-type: none">- Lactoferrina: Acción bacteriostática antimicrobiana.- Caseína: 40%, fomenta crecimiento de bifidobacterium bifidum
<i>Vitaminas</i>	A, B, C, D, E, K, acción antiinflamatoria, elimina radicales libres.
<i>Minerales</i>	Zinc, Hierro, calcio,
<i>Celular</i>	<ul style="list-style-type: none">- Macrófagos: Fagocita bacterias, virus, hongos; maduración de enzimas del intestino- Polimorfonucleares: Protección del tejido mamario, evitando mastitis.- Linfocitos: Estimulación de la inmunidad de memoria por vía entero-mamaria.
<i>Humoral / inmunoglobulinas</i>	Inmunidad pasiva al neonato
<i>Nucleótidos</i>	Maduración de células T, aumenta acción de células Natural Killer (NK), modula la respuesta de génesis de anticuerpos frente a las vacunas
<i>Enzimas</i>	Lipasas acción antibacteriana; Glutación peroxidasa antiinflamatorio.
<i>Hormonas</i>	<ul style="list-style-type: none">- Prolactina; desarrollo de linfocitos T y B- Cortisol, tiroxina, insulina y factor de crecimiento; desarrollo de mecanismos de defensa

Modificado de Galindo, N., Contreras, N., Rojas, A., Mancilla, J. (2021). Lactancia materna y COVID-19. Gaceta médica de México.

Elaborado por: Mora, D., López, J.

GRÁFICO # 2

Vía entero-mamaria.



Modificado de Galindo, N., Contreras, N., Rojas, A., Mancilla, J. (2021). Lactancia materna y COVID-19. Gaceta médica de México.

2.1.4. Beneficios de la lactancia materna.

La leche materna es un alimento completo que otorga múltiples beneficios tanto a la madre como a su hijo, debido a esto es considerado uno de los máximos mecanismos de prevención, ya que contribuye al mejoramiento de la inmunidad del niño y previene el desarrollo de ciertas enfermedades (De Antonio, 2015)

La madre obtiene los siguientes beneficios: la disminución de la hemorragia postparto, anemia y mortalidad de la madre; disminuye el riesgo de periodo intergenésico corto porque contribuye como un anticonceptivo natural, repercutiendo en el control de natalidad; protege en el desarrollo de cáncer de ovario y glándula mamaria, diabetes mellitus e inclusive el baby blues (Cevallos ét al., 2020).

El niño que recibe leche materna obtiene protección frente a múltiples enfermedades por el aporte de las Inmunoglobulinas (Cevallos et al., 2020); también contribuye en la formación del sistema nervioso Central, obteniendo mejor coeficiente intelectual en edades posteriores, además previene enfermedades respiratorias, digestiva, leucemia, obesidad, enterocolitis necrotizante, reduciendo la morbimortalidad en la primera infancia (Westerfield et al., 2018); se reduce la incidencia de procesos alérgicos en piel en un 27% en niños con un riesgo bajo; y, en un 42% en aquellos con antecedentes familiares de atopía (De Antonio, 2015); se genera una adecuada colonización a nivel intestinal, obteniéndose una microbiota saludable que contribuya a regular el sistema inmunitario del niño; mejora el vínculo afectivo de la madre con el infante y contribuye a un excelente desarrollo psicomotriz (Cevallos et al., 2020).

La práctica de la lactancia materna tiene un efecto positivo en la sociedad, porque genera un beneficio emocional en las familias al reducir las enfermedades y mortalidad infantil; reduce gastos económicos en el hogar al disminuirse las compras de tetos, leches de fórmulas, contribuye en la economía de un país, al reducir gastos de salud pública por la atención, hospitalización y rehabilitación de la población debido a enfermedades agudas y crónicas, que están directamente relacionadas con la disminución de la práctica de lactancia materna. (Cevallos et al., 2020); también tiene un impacto directo en la preservación de nuestro medio ambiente al disminuir la producción de envases plásticos, desechos industriales y menor consumo de energía tanto en fabricación como por transporte.

2.1.5. Técnica de la lactancia materna.

Una adecuada técnica permitirá el mejor agarre del pezón, disminuyen los cólicos del bebé y se estimula la producción de leche por la continuidad en la práctica, disminuye

dolores en la madre por posición incorrecta y genera un mejor vínculo materno infantil (García et al., 2017).

Entre las técnicas más utilizadas tenemos la posición de crianza biológica, donde la madre se coloca en decúbito dorsal y el niño en decúbito ventral estimulándose la búsqueda del pezón (De Antonio, 2015); la posición de Cuna consiste en alinear el cuerpo del bebe sobre el antebrazo de la madre y la cabeza contra el pecho situando el pezón a la altura de la nariz, acercando al niño hacia el seno y esperar el agarre espontáneo; en la posición recostada de lado se sitúa la madre en decúbito lateral derecho o izquierdo con la cabeza del bebé frente al pecho y recostado sobre el colchón con la nariz-labio a altura del pezón esperando el agarre espontáneo (García et al., 2017).

Para una lactancia exitosa se necesita que la barbilla del bebé esté en presión contra el pecho, la boca del bebé está bien abierta y agarra todo el pezón, el cuerpo del niño se alinea con la cabeza y mira hacia la madre; y. no se provoque dolor en la mamá mientras se alimenta al niño (Westerfield et al., 2018).

2.2. Factores que afectan la lactancia materna

Ciertos factores influyen para que se realice la lactancia materna exclusiva y continua hacia el año o los dos años de edad, como son: estabilidad emocional con la pareja, el ámbito educacional y social, la economía de la familia, la profesión, tener que incorporarse a trabajar para llevar el sustento al hogar; todos estos determinantes sociales van a incidir en las decisiones maternas con relación al amamantamiento en forma positiva o negativa (Wust et al., 2021.).

Este rol materno debe ser objetivado desde varias concepciones, porque en la actualidad, la mujer se desenvuelve en un ámbito educativo y profesional que impide llevar a efecto la acción de lactar a su bebé; a pesar, de que se tenga un amplio conocimiento acerca de los innumerables beneficios que aporta la leche materna a la madre y a su hijo; entonces, estos impedimentos socio-económicos y políticas de salud de los países que no abarcan toda esta problemática social, son limitantes para que una mujer amamante debido a que no es su única ocupación (Quiñonez et al., 2020);

La percepción inadecuada por parte de la madre de que no tiene leche suficiente, el valor nutricional es infravalorado, fracaso en el incremento del peso del niño y en la técnica de lactar, procesos inflamatorios en el pecho de la madre, pezones agrietados, congestión mamaria (Giani et al, 2019).

La influencia comercial de los sucedáneos de la leche es un factor que aporta negativamente con el amamantar al infante, porque, la información errónea de la superioridad, de estos productos, incitan a la elección inadecuada y al destete temprano (Vallone, Fernando; Casanovas, 2010); en 1981 se creó el Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la leche Materna y fue aprobada por la Asamblea Mundial de Salud, donde se estipulan recomendaciones que permitan una adecuada venta de este producto que no obstruya la práctica de la lactancia materna, sino que se fomente y proteja una alimentación idónea del niño menor de 2 años (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En el año 2016, en dos ciudades del Ecuador, Guayaquil y Quito, se realizó un estudio en 33 establecimientos de salud públicos y privados sobre sobre la promoción de

sucedáneos de leche materna, cuyos resultados fueron que el 48,5% de las madres recibieron la información de administrar otros alimentos diferente a la leche materna en los primeros 6 meses de vida del niño, y esta promoción se dio en un 58% en el sector privado y en un 46,7% del sector público (Ha, Jennifer; Caicedo, 2017)

Todos estos productos pueden estar disponibles para cuando sean requeridos por el lactante por diferentes situaciones médicas, que impidan que se dé la lactancia exclusiva pero no debe promoverse (Organización Mundial de la Salud, 2017); el conocimiento que imparte el médico sobre la leche materna debe ser impecable, incluyendo dentro de su retórica, que es un alimento que contiene enzimas, hormonas, anticuerpos que aporta beneficios incomparable en la inmunidad del nuevo ser, para que pueda defenderse de microorganismos; y además, es superior a las fórmulas infantiles que al final son alimentos procesados (Vallone, Fernando; Casanovas, 2010).

Capítulo III

3.1. Justificación

La lactancia materna provee de resultados en salud de beneficio indiscutible, junto con importantes ahorros en enfermedad, discapacidad y muerte. Inclusive se ha demostrado que los beneficios de la apropiada promoción de la lactancia podrían repercutir enormemente en el desarrollo de los países, con réditos económicos potenciales bien demostrados.

Además, las características sociales y demográficas de las familias en las que los niños nacen se asocian con diferentes resultados en salud. Es lo que se denomina determinantes sociales de la salud. En específico, hay evidencia que demuestra una asociación entre el nivel educativo materno y varios de esos resultados en salud. Dado que no es clara la asociación entre el nivel educativo y la práctica de la lactancia materna continua hasta el año, es necesario determinar, en el Ecuador, si se produce algún tipo de asociación diferencial entre un mayor nivel educativo y el mantenimiento de la práctica de la lactancia.

El conocimiento de la asociación entre el nivel educativo materno y la práctica continua de la lactancia al año de vida podrían permitir esbozar políticas, planes y programas de salud destinados a favorecer a aquellas madres más vulnerables al abandono de esta importante práctica; además, los resultados de este estudio, permitiría identificar las causas por las que los niveles educativos se asocian con un peor o mejor mantenimiento de la lactancia materna.

Estos antecedentes justifican la presente investigación sobre la “Influencia del nivel educativo materno en la práctica de la lactancia materna al año de vida en la población ecuatoriana durante el año 2018”; conocer la realidad nacional, regional, local y abordar la

problemática existente sobre la disminución de la práctica de la lactancia materna que pone en riesgo la vida y desarrollo de los lactantes.

3.2. Problema de investigación

La evidencia científica sobre las bondades de la lactancia materna es extensa y aunque existen políticas y programas que la promueven, protegen y apoyan esta práctica, es paradójico que ocurra el abandono prematuro de su práctica; en especial, porque la lactancia materna, además de ser un derecho, es una intervención segura y poco costosa. Uno de los determinantes sociales que inciden en la práctica de la lactancia materna es el nivel educativo de la madre. Diversos estudios hacen mención de ello y no hay un consenso general sobre el papel que juega el nivel educativo materno en la lactancia pues los resultados son muy variados.

Como se ha detallado en la introducción y en el marco teórico el nivel educativo es un factor muy importante de la salud Materno Infantil, y en específico, de la lactancia materna exclusiva. sin embargo, no se entiende con exactitud cuál es esa asociación en nuestro país, ¿es una asociación inversa? es una asociación directa? es una asociación que tiene la forma de una u invertida? en qué medida el nivel educativo mejora o empeora la adherencia a la práctica de la lactancia materna a los 6 meses y al año.

En Ecuador es alarmante que la prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses sea solo del 43% a pesar de que contamos con la ley de fomento a la lactancia materna, cuanto mayor es el nivel de instrucción materna menor es la lactancia materna hasta el año de vida (Serrano et ál., 2019); esta problemática, nos crea la necesidad de realizar un estudio sobre el nivel educativo materno y su influencia en la práctica de la lactancia materna, para de acuerdo con los resultados obtenidos crear conciencia y establecer estrategias que nos

permitan empoderar a las madres, indistintamente del nivel educativo que tengan, para que practiquen la lactancia materna.

3.2.1. Pregunta de estudio.

¿En qué medida y de qué manera es la asociación entre el nivel educativo y la práctica de la lactancia continua en lactantes de menos de un año de edad en la población ecuatoriana?

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo general.

- Demostrar una asociación entre el nivel educativo materno y la práctica de la lactancia materna al año de vida, en la población ecuatoriana, conforme a la información disponible en las bases de datos de la ENSANUT 2018

3.3.2. Objetivos específicos.

- Describir el nivel educativo de las madres de lactantes menores de un año de edad a nivel nacional
- Relacionar el nivel educacional materno con la práctica de la lactancia al año de vida
- Identificar en qué medida, esa asociación entre nivel educativo materno y la práctica de la lactancia al año de vida, es independiente de otros factores determinantes de la práctica de la lactancia materna.

3.4. Hipótesis

- La asociación entre el nivel educativo materno y la práctica de la lactancia materna al año de vida refleja que los estratos educativos ubicados en los extremos muy bajo y muy alto respectivamente tienen peores prevalencias de mantenimiento de lactancia materna al año de vida.

3.5. Metodología

- **Tipo de estudio**

Diseño transversal analítico

- **Dominio de estudio**

Se consideraron dos agrupaciones:

- Número 1: Las 24 provincias del Ecuador
- Número 2: 9 áreas de planificación, según lo estipula la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES)

- **Marco de muestreo:**

Se realizó con lo obtenido del VII Censo de Población y VI de Vivienda del Ecuador (CPV 2010) y lo actualizado parcialmente durante los años 2010-2017.

- **Tipo de diseño muestral.**

Probabilístico, estratificado, trietápico de conglomerados.

- **Estratificación**

Por provincias, tanto áreas urbanas y rurales; y, estratificando según lo social y económico (165 estratos en total).

- **Tamaño muestral**

De la población ecuatoriana se seleccionó 2.592 Unidades Primarias de Muestreos (UPM), siendo encuestadas 46.656 viviendas, mediante la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{p \cdot (1-p)}{\left(\frac{p \cdot e_{rel}}{z}\right)^2 + \frac{p \cdot (1-p)}{N}} \cdot deff \cdot \frac{1}{1 - tnr}$$

donde:

n = Tamaño de muestra resultante.

p = Prevalencia del estimador.

e_{rel} = Error relativo asociado a la prevalencia

$p. z$ = Nivel de confianza.

N = Tamaño de la población objetivo del estimador.

$deff$ = Efecto de diseño.

tnr = Tasa de no respuesta esperada.

- **Selección de las Unidades Primarias de Muestreos**

Se realizó a partir de VII Censo de Población y VI de Vivienda del Ecuador

- **Unidad Secundaria de Muestreo y su selección (USM) – vivienda**

Se clasifico las viviendas según las que tenían niños con edad mayor a 5 años y no; posteriormente, la selección fue en forma independiente n_1 y n_2 viviendas dando un total de 18 viviendas seleccionadas por UPM.

- **Selección de la Unidad Terciaria de muestreo (UTM)**

En cada familia la selección fue:

- Infantes con edades inferiores a 5 años
- Mujeres cuyas edades se encuentran en intervalos de 10 a 49 años

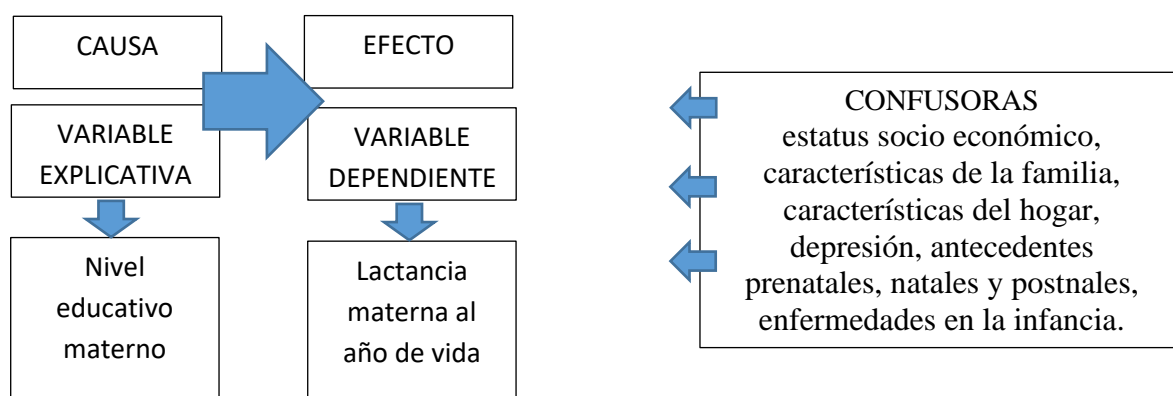
- **Cálculo muestral previo análisis**

Una muestra aleatoria de **249** individuos es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 6 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que

previsiblemente será de alrededor del 63% (INEC, 2019). En porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 0.1%.

- **Variables**

La variable explicativa es aquella que estaría relacionada con la causa de un fenómeno y la variable dependiente sería el resultado; en este proceso hay otros determinantes que interactúan y pueden tener algún nivel de influencia en este proceso.



Elaborado por: Mora, D., López, J.

3.5.1. Operacionalización de variable.

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALAS/CATEORÍAS
EDAD MATERNA	Tiempo de vida desde el nacimiento (Fezscina et al., 2011).	Edad	Años cumplidos
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA/ NIVEL EDUCATIVO	El factor educativo es decisivo en la evolución económica de un país, siendo la principal área que se interviene para generar el crecimiento y la equidad; permite al individuo decidir su propio destino. (Ajila, 2018)	Sabe leer	Si/No
NIVEL EDUCATIVO	El nivel más elevado de estudios realizados (Ajila, 2018)	Nivel de instrucción	1 Ninguno 2 Centro de alfabetización 3 Jardín de infantes 4 Primaria 5 Educación básica 6 Secundaria

		7 Educación Media/ Bachillerato 8 Superior no universitario 9 Superior universitario 10 Posgrado, doctorado, PHD
SEGURO	Derecho de un individuo, otorgado por el Estado, para recibir protección y cubrir necesidades básicas como son salud, jubilación, entre otras (Sánchez et al., 2018).	Afiliación 1 IESS, Seguro General 2 IESS, Seguro Voluntario 3 Seguro Campesino 4 Seguro del ISSFA/ISSPOL 5 Seguro de salud privado 6 Ninguno
HOGAR	Lugar donde residen una o varias personas, en un ambiente de seguridad (Chacón et al., 2015)	Parentesco 1 Jefe/a de hogar 2 Cónyuge 3 Hijo/a 4 Yerno / nuera 5 Nieto / nieta 6 Padres / suegros 7 Otros parientes 8 Empleada/o dom. 9 Otros no parientes
ETNIA	Grupo de personas que tienen en común rasgos socio-culturales (Lamus, 2012)	Identificación étnica 1 Indígena 2 Afroecuatoriano/a Afrodescendiente 3 Negro/a 4 Mulato/a 5 Montuvio/a 6 Mestizo/a 7 Blanco/a 8 Otra, ¿cuál?
OCUPACIÓN LABORAL	Son aquellas personas en edades para trabajar, que se encuentran en algún negocio propio, privado o de estado, y recibe una remuneración económica por esa actividad (Sánchez et al., 2018).	Trabaja En el lugar indicado (...) trabaja o trabajó como: 1 Empleado(a)/obrero(a) de gobierno/ estado 2 Empleado(a)/obrero(a) privado 3 Jornalero(a) o peón 4 Patrono(a) 5 Cuenta propia 6 Trabajador(a) del hogar no remunerado 7 Trabajador(a) no remunerado en otro hogar 8 Empleado(a) Doméstico(a)
SERVICIO HIGIÉNICO	Espacio destinado a realizar actividades higiénicas de evacuación, de mucha importancia dentro de un domicilio o empresa (Díaz et al., 2010)	¿Con qué tipo de Servicio higiénico cuenta el hogar? 1 Excusado y alcantarillado 2 Excusado y pozo séptico 3 Excusado y pozo ciego 4 Letrina 5 No tiene

TIPO DE VIVIENDA	Es un sistema constituido por el terreno, la infraestructura de urbanización y de servicios, dentro de un contexto socio - cultural, económico y político. (Haramoto, 1998)	Características de la vivienda	1 Casa o villa 2 Departamento 3 Cuarto/s en casa de inquilinato 4 Mediagua 5 Rancho 6 Choza 7 Covacha 8 Otro, ¿cuál?
ANTECEDENTES PRENATALES	La historia personal y familiar antes de la gestación que se requiere para estratificar riesgos (Fescina et al., 2011)	Hijos fallecidos que nacieron vivos	Si / No
INMUNIZACIONES EMBARAZO	Vacunación recibida en el embarazo según el esquema del M.S.P. (Fescina et al., 2011)	Vacunación contra el tétanos	Si / No
MICRONUTRIENTES NATALES	Vitaminas y minerales que recibe la mujer en la gestación y lactancia (Fescina et al., 2011)	Micronutrientes recibidos en el embarazo	1 Hierro 2 Ácido fólico 3 Hierro más ácido fólico 4 Ninguno
ATENCIÓN DEL PARTO	Grupo de actividades que conforman el momento del parto y permiten su atención (Fescina et al., 2011)	Lugar de parto	1 A tiempo 2 Prematuro 3 Posmaduro 88 No sabe
POSTNATALES	Periodo posterior al momento del parto (Fescina et al., 2011)	Hasta que edad dio de lactar a su último nacido vivo.	1 Establecimientos de Salud del MSP 2 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS. 3 Seguro Social Campesino. 4 Hospital F.F.A.A/ Policía. 5 Junta de Beneficencia 6 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud 7 Fundación / ONG 8 Clínica/consultorio privado 9 En casa 10 Otro, ¿cuál?
DISCAPACIDAD /DIFICULTADES	Restricción física o mental que no permite el desarrollo normal de un individuo para realizar actividades	Tiene alguna dificultad	1 Años 2 Meses 3 Días 4 Todavía le da 77 No recuerda
			A Tiene dificultad para ver, aunque sea con lente B Tiene dificultad para oír, incluso si utiliza un audífono

	cotidianas (Hernández, 2015).		C Tiene dificultad para caminar o subir escaleras D Tiene dificultad para recordar o concentrarse E Tiene dificultad para bañarse o vestirse F Usando su lenguaje habitual, tiene dificultad para comunicarse, es decir, comprender o ser comprendido
DEPRESIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS	Es la sensación de tristeza que se presenta durante 15 e interfiere con la vida cotidiana (Benavides, 2017).	¿Presentó tristeza posterior a uno de sus partos?	Si / No
ENFERMEDADES EN LA INFANCIA	Patologías que se presentan en la niñez con mayor frecuencia, de rápida transmisibilidad; como son: respiratorias o gastrointestinales (Babarro et al., 2018).	¿Presentó diarrea en los últimos 15 días?	Si/No
LACTANCIA MATERNA	Alimentación del infante con leche materna hasta los 2 años en conjuntos con otros alimentos (OMS, 2020).	¿Alimentó con leche materna el día y/o la noche de ayer?	Si/No
		Los 3 días posteriores a que naciera su hijo ¿recibió otra sustancia para beber, aparte de su seno?	Si/No

Modificado de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador ENSANUT, (2018).

Elaborado por: Mora, D., López, J.

3.5.2. Plan de análisis estadísticos

Se realizó la descripción de las variables categóricas mediante el cálculo del porcentaje de la proporción; las variables continuas fueron descritas mediante la desviación estándar y la media aritmética, las variables continuas que no tuvieron distribución normal o aquellas variables discretas se describió la mediana y el rango intercuartílico, siendo la variable dependiente la práctica de la lactancia materna al año de edad, se realizó el cruce de variables

entre aquellas que son categóricas, mediante la utilización del chi cuadrado, y para el caso de aquellas variables numéricas de tipo no normal o aquellas variables discretas se empleó la U de Mann Whitney o el test de Kruskall Wallis en el caso de variables con dos categorías o con más de 2 categorías, respectivamente. Finalmente se construyó modelos saturados de regresión logística multivariante, se incluyó todas las variables que hayan resultado significativas a un p valor <0.25 . Se extrajo variables una a una, se utilizó como parámetro de referencia el valor de P del test the Wald y finalmente se comparó los modelos mediante el test de razones de verosimilitud.

Todos los análisis fueron considerados como significativo cuando el p valor fue menor de 0.05. Se analizaron estos datos con el programa Statistical software for data science (STATA) 16.0.

3.5.3. Aspectos bioéticos:

El presente estudio fue aprobado el 20 de Octubre del 2020 por el comité de ética de la PUCE, se analizó fuentes de información secundaria de acceso público, como son las bases de datos de la Encuesta Nacional de salud del año 2018 disponibles en la página web del INEC; por lo tanto, para el presente estudio no se requirió formulario de consentimiento informado, debido a que la información ya ha sido levantada y además no implicó riesgos de ningún tipo para los participantes de la encuesta.

3.5.4. Limitaciones:

La pandemia del Covid-19 que afectó al territorio ecuatoriano, no permitió la aplicación del cronograma inicial de trabajo de campo en nuestra tesis para la recolección de datos; información limitada en la encuesta ENSANUT ECU 2018, por la potencialidad de información que se pudiera rescatar sobre educación en lactancia materna.

2.5.15. Cronograma de trabajo.

ACTIVIDADES	2021										
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	
Revisión bibliográfica	X										
Planteamiento y delimitación del problema	X										
Marco teórico	X										
Anteproyecto: elaboración y presentación	X										
Revisión y correcciones	X										
Elaboración del proyecto	X	X									
Aprobación del proyecto			X								
Procesamientos de datos				X	X						
Procesamiento y redacción de información						X					
Elaboración de conclusiones							X				
Entrega de documento a Director de tesis								X	X		
Sustentación de la tesis										X	

Elaborado por: Mora, D., López, J.

Capítulo IV

4.1. Resultados

4.1.1. Características sociodemográficas.

El total de díadas madre e hijo que fueron incluidas en el presente estudio fue de 345; de ese número, 287 (83.67%) madres estuvieron casadas o unidas, su mediana (P25 A P75) de edad fue de 27 (22 a 32) años, mayoritariamente tuvieron educación intermedia o bachillerato (49.42%), el 56.8% no tenía acceso a la Seguridad Social por lo cual acude al Ministerio de Salud Pública, el 93.9% no recibía ayuda económica del Estado; y, el 40.58% tenía casa propia libre de hipotecas.

La mediana (P25 a P75) de edad de los lactantes fue de 14 meses (13 a 14), los porcentajes según el sexo se obtuvieron con una diferencia mínima, y las mujeres tuvieron el 50,43% (ver tabla 1).

Tabla # 1 Características sociodemográficas de la diada madre-hijo

Características demográficas	Muestra total n=345
Edad Lactante* (Meses), P50 (P25 a P75)	14 (13 a 14)
Sexo**	
<i>Hombre n (%)</i>	171 (49,57)
<i>Mujer n (%)</i>	174 (50,43)
Edad materna* (años), P50 (P25 a P75)	27 (22 a 32)
Estado civil***	
<i>Casada /Unida n (%)</i>	287 (83.67)
<i>Separada n (%)</i>	14 (4.08)
<i>Soltera n (%)</i>	42 (12.24)

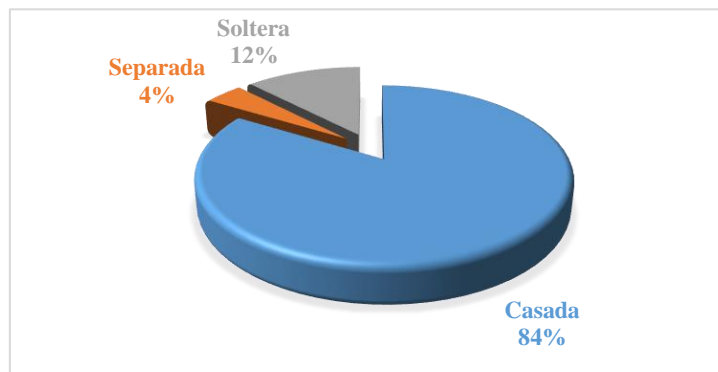
Nivel educativo****	
<i>Ninguno o Centro de Alfabetización <u>n (%)</u></i>	4 (1.17)
<i>Educación Básica <u>n (%)</u></i>	88 (25.73)
<i>Educación Media/Bachillerato <u>n (%)</u></i>	169 (49.42)
<i>Superior <u>n (%)</u></i>	81 (23.68)
Tipos de Seguro	
<i>IESS, seguro general <u>n (%)</u></i>	121 (35.07)
<i>IESS, seguro voluntario <u>n (%)</u></i>	5 (1.45)
<i>Seguro campesino <u>n (%)</u></i>	14 (4.06)
<i>Seguro del ISSFA/ISSPOL <u>n (%)</u></i>	9 (2.61)
<i>Ninguno <u>n (%)</u></i>	196 (56.81)
Bono de desarrollo humano	
<i>Si <u>n (%)</u></i>	22 (6,41)
<i>No <u>n (%)</u></i>	321 (93,59)
Tipo de Vivienda	
<i>Arriendo <u>n (%)</u></i>	89 (25,80)
<i>Anticresis y arriendo <u>n (%)</u></i>	3 (0,87)
<i>Propia y la está pagando <u>n (%)</u></i>	32 (9,28)
<i>Propia y está totalmente pagada <u>n (%)</u></i>	140 (40,58)
<i>Cedida <u>n (%)</u></i>	74 (21,45)
<i>Recibida por servicios <u>n (%)</u></i>	6 (1,74)
<i>Otros <u>n (%)</u></i>	1 (0,29)
<p>* <i>a priori</i> establecimos edad materna para diferenciar a la madre del niño, como categoría modificada del INEC. **Sexo (hombre-mujer) se empleó según la categoría establecida por el INEC ***Estado civil se evaluó empleando las categorías del INEC **** <i>a priori</i> establecimos solo 4 categorías de nivel educativo modificadas del INEC. n=número</p>	

Modificado de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador ENSANUT, (2018).
Elaborado por: Mora, D., López, J.

En la figura 1 se ilustra el estado civil de las mujeres que participaron en el estudio donde se obtuvo que el mayor porcentaje estaban casadas o en unión conyugal, siendo el 84%, le siguen las mujeres en estado de soltería con un 12% y las divorciadas corresponden al 4%,

similares resultados a los obtenidos en el año 2019, donde las mujeres contrajeron matrimonio en el 87,9% y en el 2020 fue en el 89,4%, según lo expuesto en el registro estadístico de matrimonio y divorcios (INEC, 2021).

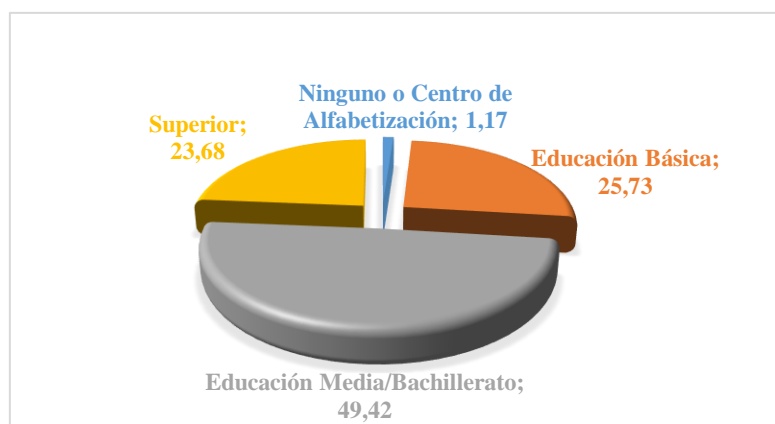
FIGURA # 1 Estado Civil de las madres participantes del estudio.



Fuente: Tabla # 1
Elaborado por: Mora, D., López, J.

La figura 2 nos muestra el nivel educativo de las diadas madre e hijo, donde se recopiló que en un grupo mayoritario obtuvieron un nivel de educación medio con in 49,42%, seguido de educación básica en un 25,73%, la instrucción superior con un 23,68% y un mínimo porcentaje no tienen formación académica representados por el 1,17%.

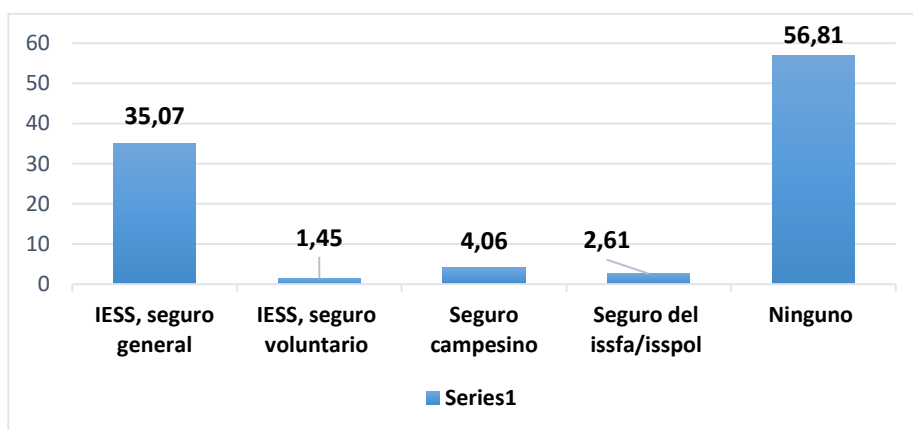
FIGURA # 2 Nivel Educativo de las madres participantes del estudio.



Fuente: Tabla # 1
Elaborado por: Mora, D., López, J.

La figura 3 permite visualizar que la mayor proporción de la población no estaba asegurada, siendo el 56,81%; los afiliados al seguro general del IESS representan el 35,07%, seguro campesino con el 4,06%, seguido del ISSFA/ISSPOL con el 2,61%, y un mínimo porcentaje tenían seguro voluntario del IESS, en el 1,45%;

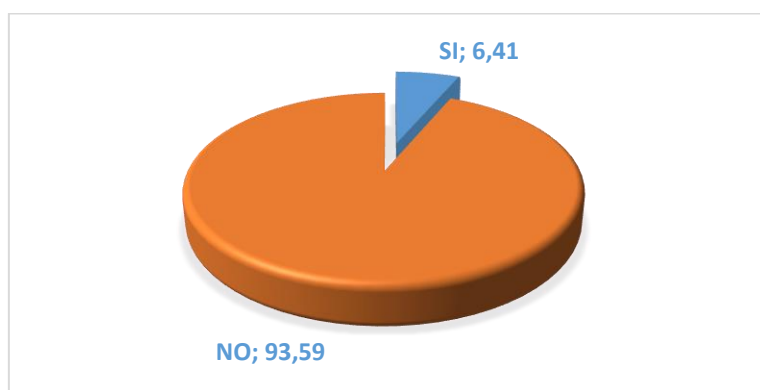
FIGURA # 3 Tipo de Seguro Social de las madres participantes del estudio.



Fuente: Tabla # 1
Elaborado por: Mora, D., López, J.

La figura 4 nos muestra que el mayor porcentaje de la población no recibía bono de desarrollo humano, siendo el 93,59%, y la minoría de la población recibían bono, el 6,41%.

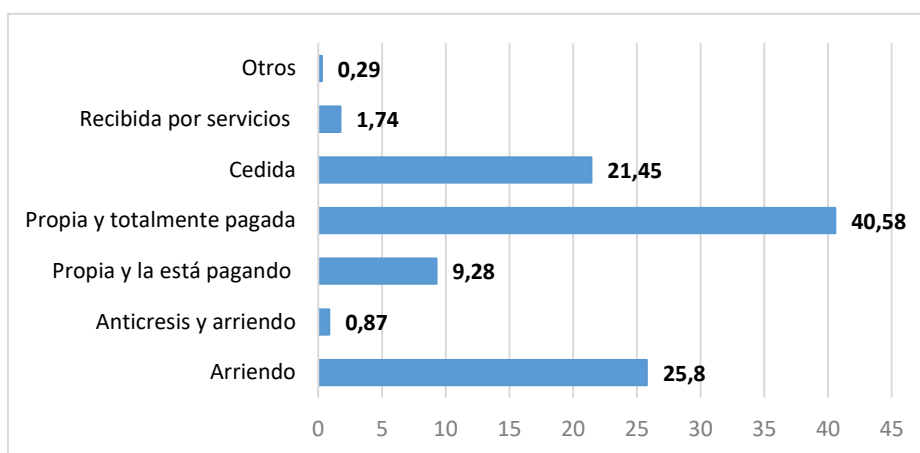
FIGURA # 4 Bono de desarrollo humano de las madres participantes del estudio.



Fuente: Tabla # 1
Elaborado por: Mora, D., López, J.

En la figura 5 se observa que el 40,58% tenían vivienda propia y totalmente pagada, el 25,8% arrendaba, para el 21,45% fue cedida; el 9,28% tenía casa propia y la seguía pagando; el 1,74% recibió su casa por servicios prestados, el 0,87% tenían una vivienda con anticresis y arriendo, y el 0,29% de la población no describieron la modalidad con la que adquirió su vivienda.

FIGURA # 5 Tipo de vivienda de la diada madre - hijo.

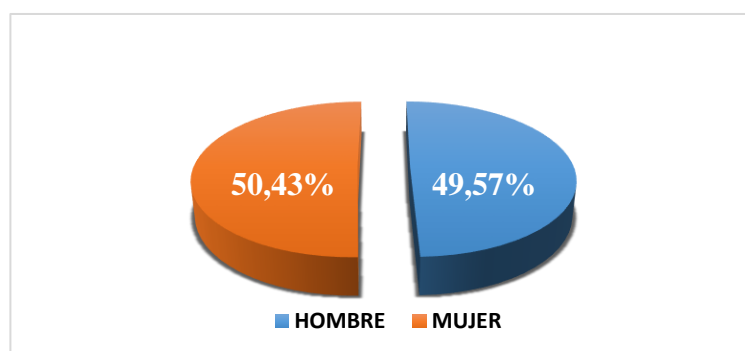


Fuente: Tabla # 1

Elaborado por: Mora, D., López, J.

En la figura 6 se describe a la población de lactantes según su sexo, siendo la mayoría mujeres, con un 50,43%; y los hombres representan el 49,57%.

FIGURA # 6 Sexo biológico de los lactantes.



Fuente: Tabla # 1

Elaborado por: Mora, D., López, J.

4.1.2. Actividades relacionadas con periodos prenatales, natales y postnatales de la diada madre e hijo.

La mediana P50 (P25 a P75) de los controles prenatales del total de las diadas madre-hijo fue de 7 (6 a 9); mayoritariamente fue parto por cesárea en un 51,30% por cesárea; para el corte del cordón umbilical se esperó por lo menos 1 minuto en el 55.65% de la población; y, el 72,75% de los lactantes recibieron leche materna en su primera hora de vida (**ver tabla 2**).

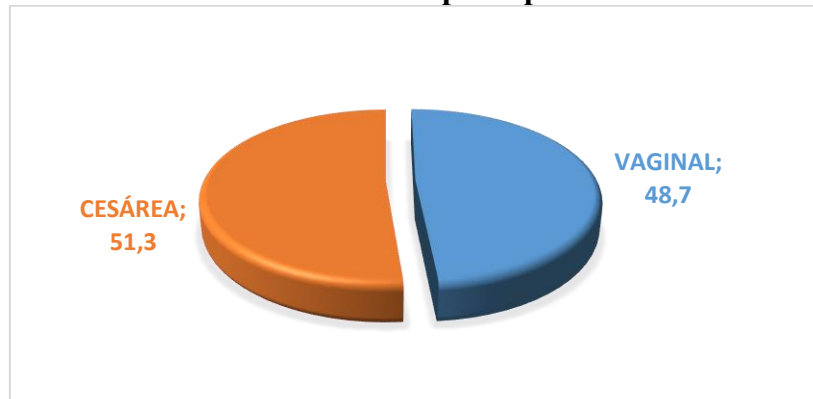
Tabla # 2 Características prenatales, natales y posnatales de la diada madre-hijo.

Variables Periodo Natal	Muestra total n=345
Controles prenatales, P50 (P25 a P75)	7 (6 a 9)
Tipo de parto *	
Vaginal <u>n (%)</u>	168 (48,70)
Cesárea <u>n (%)</u>	177 (51,30)
Tiempo de espera del corte umbilical (al menos un minuto)	
Si <u>n (%)</u>	192 (55,65)
No <u>n (%)</u>	16 (4,64)
No sabe <u>n (%)</u>	137 (39,71)
Lactancia Materna en la primera hora de vida	
Si <u>n (%)</u>	243 (72,75)
No <u>n (%)</u>	90 (26,95)
No responde <u>n (%)</u>	1 (0,30)
* A priori se colocó parto vaginal en lugar de parto normal, modificado del INEC	

Modificado de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador ENSANUT, (2018).
Elaborado por: Mora, D., López, J.

En la figura 7 se ilustra la modalidad de atención del parto de las diadas; donde se observa que el mayor porcentaje de mujeres tuvieron parto por cesárea en un 51,3%, y la minoría fue por parto vaginal con el 48,7%.

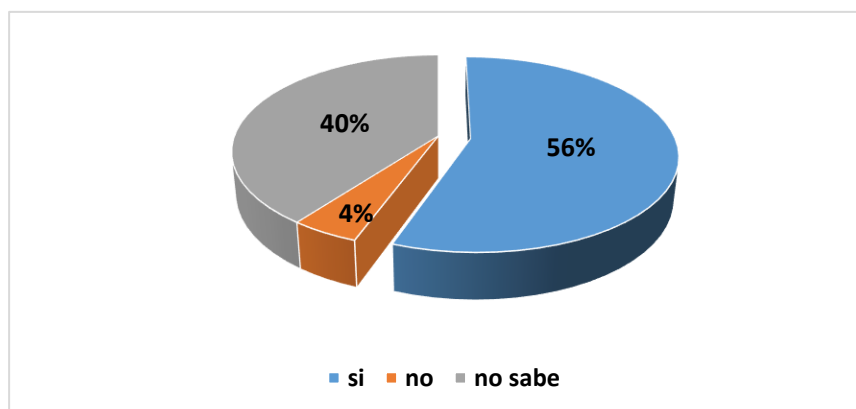
FIGURA # 7 Tipo de parto.



Fuente: Tabla # 2
Elaborado por: Mora, D., López, J.

En la figura 8 se visualiza que la realización del corte de cordón umbilical en el recién nacido posterior a un minuto de espera fue en mayor porcentaje siendo el 56% de la población, el 40% no sabía el tiempo de espera y el 4% indicaron que no esperaron el minuto para cortarlo.

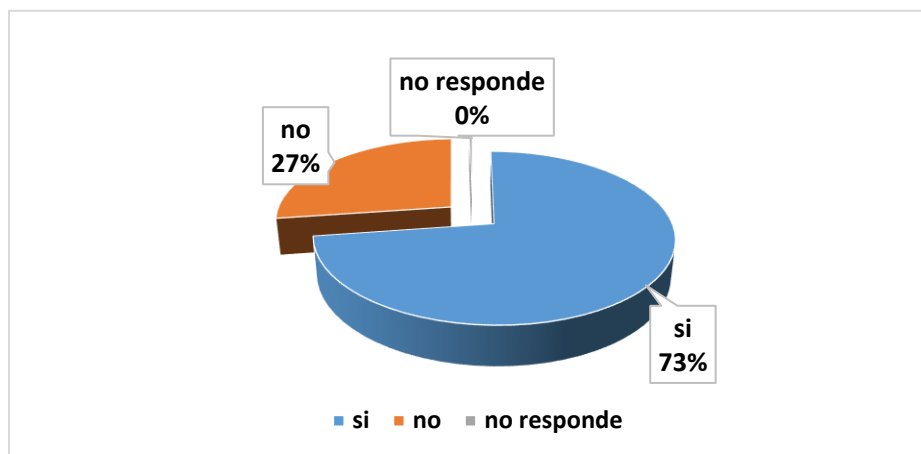
FIGURA # 8 Corte de cordón umbilical del neonato.



Fuente: Tabla # 2
Elaborado por: Mora, D., López, J.

En la figura 9 ilustramos la práctica de la lactancia materna en la primera hora posterior al parto, donde el mayor porcentaje de las mujeres encuestadas si lo realizó, siendo el 73%, y el 27% no amamantó en la primera hora, representado la minoría.

FIGURA # 9 Lactancia materna en la primera hora de vida del neonato



Fuente: Tabla # 2
Elaborado por: Mora, D., López, J.

4.1.3. Resultados inferenciales

Con respecto a las principales diferencias de las características sociales, demográficas y educativas de las diadas que practicaron la lactancia materna continua a los 12 a 15 meses de edad del lactante, versus aquellas que no, encontramos (i) un mayor porcentaje de control postparto (*69,2% versus 66,7%, p valor 0,931*), (ii) un mayor porcentaje de lactancia materna dentro de la primera hora (*73,3% versus 71,2%, p valor 0,692*), (iii) un menor porcentaje de personas con educación superior (*22,4% versus 25,8%, p valor 0,808*), (iv) un menor porcentaje si se encuentra casada (*82,6% versus 85,48%, p valor 0,752*), (v) un mayor porcentaje si el lactante es de sexo masculino (*55,5% versus 40,8%, p valor 0,014*), (vi) un mayor porcentaje si es parto vaginal (*49,5% versus 47,2%, p valor 0,675*), (vii) un mayor porcentaje si tuvo preeclampsia (*10,38% versus 8,26%, p valor 0,459*), (viii) un mayor

porcentaje si esperaron por lo menos 1 minuto para cortar el cordón umbilical (**62,27% versus 44,00%, p valor 0,004**), (ix) un mayor porcentaje si no tenía seguridad social (**58,64% versus 53,60%, p valor 0,329**), (x) un mayor porcentaje si la madre recibió respeto cultural durante el parto (**64,71% versus 53,85%, p valor 0,085**).

Tabla # 3 Asociación entre las características sociodemográficas, prenatales, natales, posnatales y la lactancia materna

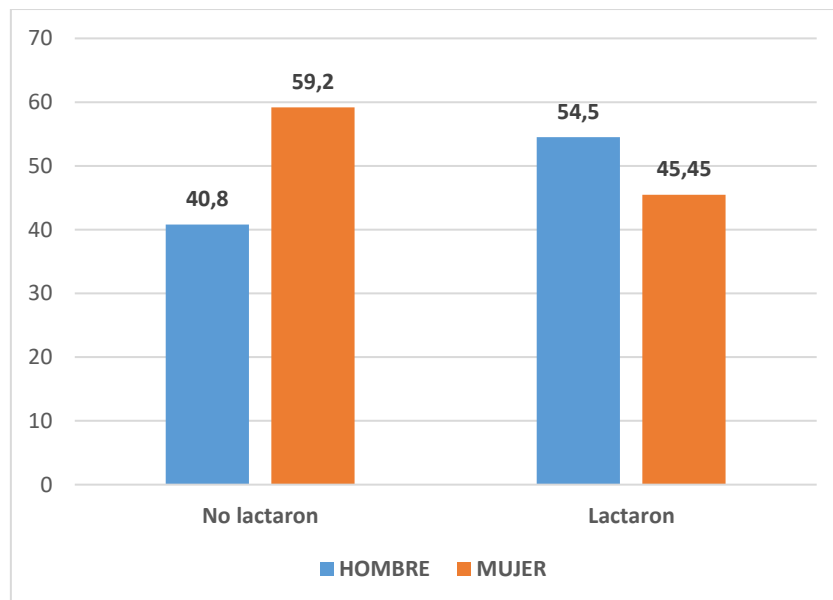
VARIABLE	Niños de 12 a 15 meses que no fueron amamantados el día anterior	Niños de 12 a 15 meses que fueron amamantados el día anterior	P VALOR
Sexo			
<i>Hombre n (%)</i>	51 (40,80)	120 (54,50)	0,014*
<i>Mujer n (%)</i>	74 (59,20)	100 (45,45)	
Estado civil			
<i>Casada /Unida n (%)</i>	106 (85,48)	181 (82,65)	0,752*
<i>Separada n (%)</i>	5 (4,03)	9 (4,11)	
<i>Soltera n (%)</i>	13 (10,48)	29 (13,24)	
Nivel educativo			
<i>Ninguno o Centro de Alfabetización n (%)</i>	2 (1,61)	2 (0,92)	0,808*
<i>Educación Básica n (%)</i>	32 (25,81)	56 (25,69)	
<i>Educación Media/Bachillerato n (%)</i>	58 (46,77)	111 (50,92)	
<i>Superior n (%)</i>	32 (25,81)	49 (22,48)	
Tipos de Seguro			
<i>IESS, seguro general n (%)</i>	48 (38,40)	73 (33,18)	0,329*
<i>IESS, seguro voluntario n (%)</i>	2 (1,60)	3 (1,36)	
<i>Seguro campesino n (%)</i>	7 (5,60)	7 (3,18)	
<i>Seguro del ISSFA/ISSPOL n (%)</i>	1 (0,80)	8 (3,64)	
<i>Ninguno n (%)</i>	67 (53,60)	129 (58,64)	
Tipo de vivienda			
<i>Arriendo n (%)</i>	33 (26,40)	56 (25,45)	0,815*
<i>Anticresis y arriendo n (%)</i>	0 (0,00)	3 (1,36)	
<i>Propia y la está pagando n (%)</i>	10 (8,00)	22 (10,00)	
<i>Propia y está totalmente pagada n (%)</i>	51 (40,80)	89 (40,45)	
<i>Cedida n (%)</i>	29 (23,20)	45 (20,45)	
<i>Recibida por servicios n (%)</i>	2 (1,60)	4 (1,82)	
<i>Otros n (%)</i>	0 (0,0)	1 (0,45)	

Controles prenatales			
<i>Si <u>n (%)</u></i>	2 (66,67)	9 (69,23)	0,931**
<i>No <u>n (%)</u></i>	1 (33,33)	4 (30,77)	
Parto			
<i>Vaginal <u>n (%)</u></i>	59 (47,20)	109 (49,55)	0,675*
<i>Cesárea <u>n (%)</u></i>	50 (52,80)	111 (50,45)	
Respeto cultural del parto			
<i>Buena <u>n (%)</u></i>	7 (53,85)	22 (64,71)	0,085*
<i>Regular <u>n (%)</u></i>	3 (23,08)	1 (2,94)	
<i>No sabe <u>n (%)</u></i>	3 (23,08)	11 (32,35)	
Preeclampsia			
<i>SI <u>n (%)</u></i>	10 (8,26)	22 (10,38)	0,459*
<i>No <u>n (%)</u></i>	109 (90,08)	189 (89,15)	
<i>No sabe/no responde <u>n (%)</u></i>	2 (1,65)	1 (0,47)	
Corte del cordón umbilical 1 minuto			
<i>Si <u>n (%)</u></i>	55 (44,00)	137 (62,27)	0,004*
<i>No <u>n (%)</u></i>	7 (5,60)	9 (4,09)	
<i>No sabe <u>n (%)</u></i>	63 (50,40)	74 (33,64)	
Lactancia en la primera hora de vida			
<i>Si <u>n (%)</u></i>	89 (71,77)	154 (73,33)	0,692*
<i>No <u>n (%)</u></i>	35 (28,23)	55 (26,19)	
<i>No sabe/no responde <u>n (%)</u></i>	0 (0,00)	1 (0,48)	
* Chi 2			
**Mann-Whitney			

Modificado de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador ENSANUT, (2018).
Elaborado por: Mora, D., López, J.

En la figura 10 observamos que los niños que recibieron lactancia continua hacia los 12 a 15 meses fue en mayor porcentaje de sexo masculino con el 54,5% y en menor porcentaje de sexo femenino con el 45,45%; la tabla # 3 reporta un valor-p de 0,014, lo cual nos indica que estas diferencias por sexo son estadísticamente significativas.

FIGURA # 10 Sexo biológico de los lactantes y práctica de la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses.



Fuente: Tabla # 3
Elaborado por: Mora, D., López, J.

En la figura 11 ilustramos que el mayor porcentaje de mujeres con educación media realizaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses con un 50,92%, y en una minoría no practicaron la lactancia materna en forma continua hacia los 12 a 15 meses con un 46,77%.

Las mujeres con una educación básica reportaron un menor porcentaje de lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad, siendo el 25,69%; y en mayor porcentaje

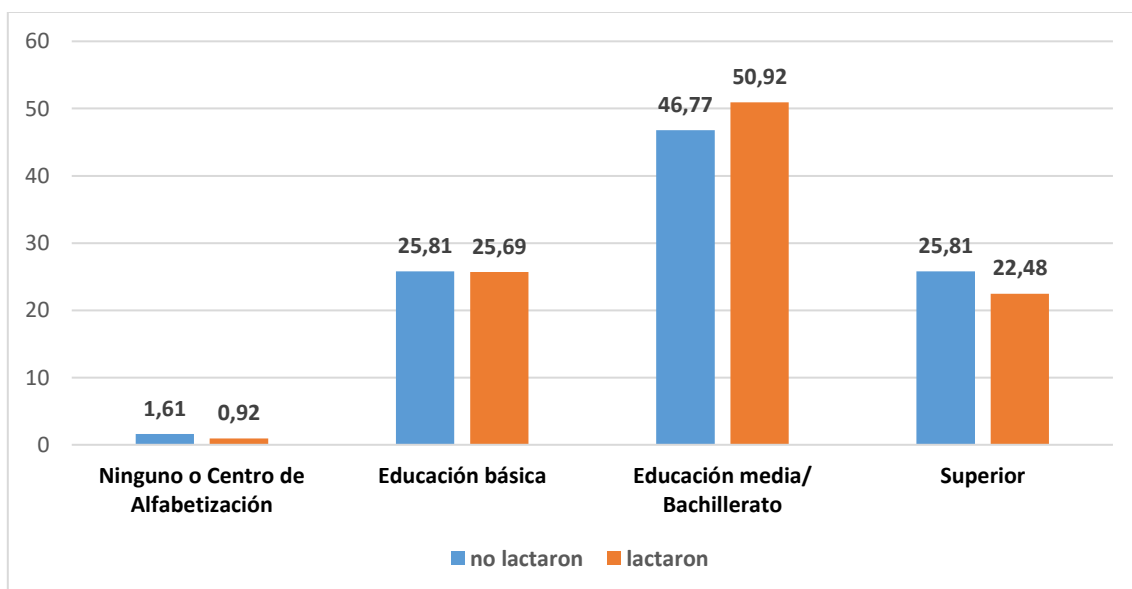
no realizaron la práctica del amamantamiento continuo hacia os 12 a 15 meses en un 25,81%.

Las mujeres con instrucción superior continuaron el amamantamiento hacia los 12 a 15 meses en un menor porcentaje, representado con el 22,48%; y en mayor porcentaje no continuaron la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses en un 25,81%

Las mujeres que no tuvieron acceso a la educación o solo acudieron a un centro de alfabetización continuaron el amamantamiento hacia los 12 a 15 meses en un menor porcentaje, con el 0,92%; y en mayor porcentaje no continuaron la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses con el 1,61%

En la tabla # 3 se reporta el valor-p de 0,808, lo cual no es estadísticamente significativo.

FIGURA # 11 Nivel Educativo y lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses



Fuente: Tabla # 3
Elaborado por: Mora, D., López, J.

En la figura 12 ilustramos que aquellas mujeres que cancelaban un arriendo por su vivienda tuvieron un menor porcentaje de lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses con un 25,45%, y en mayor porcentaje no practicaron la lactancia materna en forma continua hacia los 12 a 15 meses con un 26,4%.

Las mujeres que han obtenido la vivienda por anticresis y arriendo en mayor porcentaje practicaron la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad, siendo el 1,36%; sin reportes de mujeres que no realizaron amamantamiento continuo hacia los 12 a 15 meses de edad.

Las mujeres cuya casa era propia y estaban pagando realizaron amamantamiento hacia los 12 a 15 meses en mayor porcentaje, representado por el 10%; y en menor porcentaje no continuaron la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses en un 8%.

Las mujeres cuya casa era propia y totalmente pagada no realizaron amamantamiento hacia los 12 a 15 meses en mayor porcentaje con un 40,8%; y en menor porcentaje no continuaron la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses en un 40,45%.

Las mujeres cuya vivienda fue cedida en un mayor porcentaje no realizaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses en un 23,2%; y en menor porcentaje continuaron el amamantamiento hacia los 12 a 15 meses en un 20,45%.

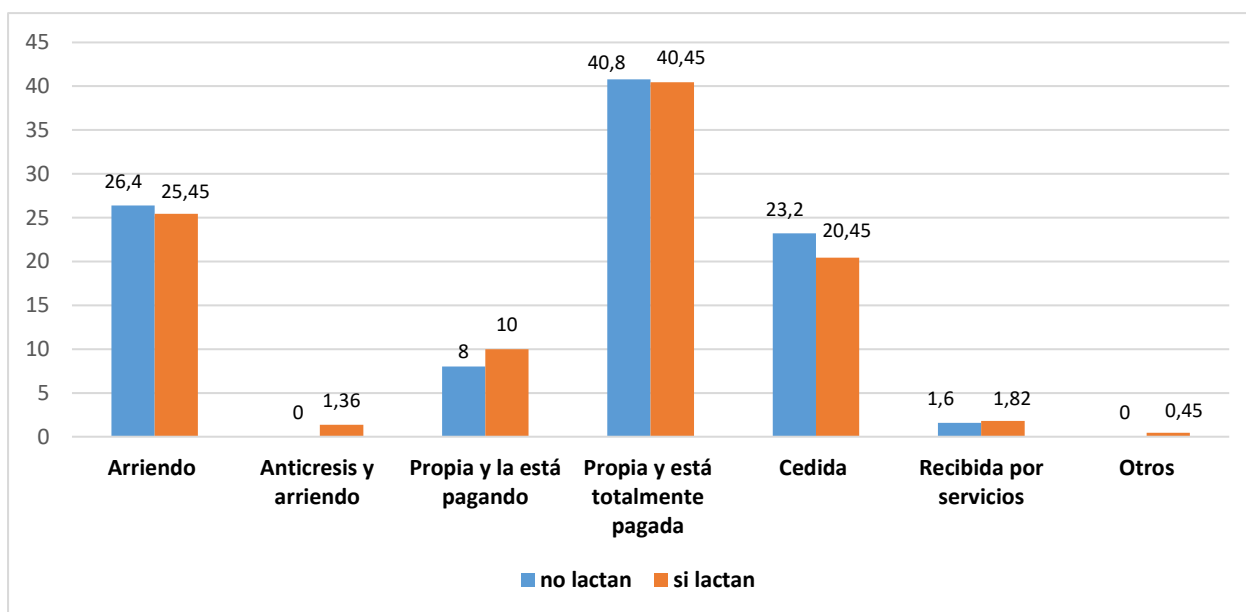
Las mujeres cuya vivienda fue recibida por servicios practicaron la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses en mayor porcentaje, siendo el 1,82%; y en menor porcentaje no continuaron el amamantamiento hacia los 12 a 15 meses en un 1,6%.

Las mujeres con vivienda obtenidas en condiciones diferentes a las anteriormente mencionadas constituyen un grupo minoritario, del total de diadas madre e hijo, y quienes han practicado la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 ha sido el 0,45%; no

habiendo reportes esta agrupación de mujeres que no hayan practicado la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad

En la tabla # 3 se reporta el valor-p de 0,815, el cual no es estadísticamente significativo.

FIGURA # 12 Tipo de vivienda y lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses



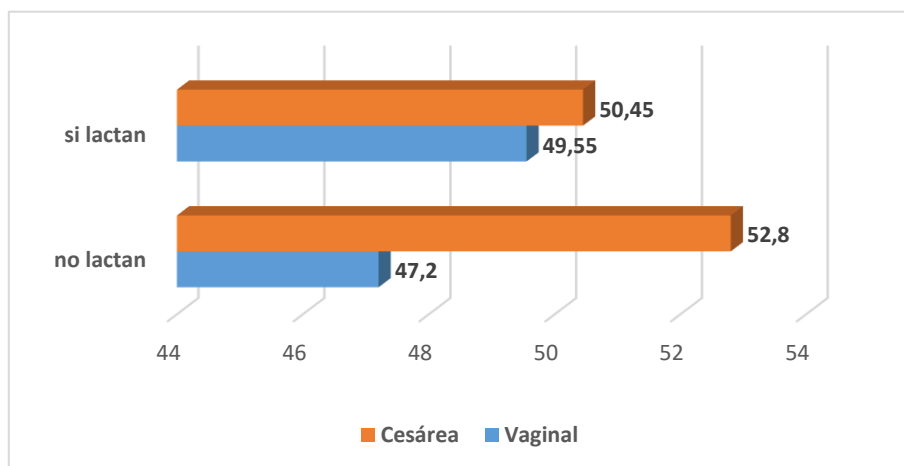
Fuente: Tabla # 3
Elaborado por: Mora, D., López, J.

En la figura 13 nos ilustra la relación que se presentó entre la modalidad de atención de parto y la practica continua de la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses de edad; donde observamos que el mayor porcentaje de las diadas madre-hijo que practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses, tuvieron parto por cesárea en un 50,45%; y en menor porcentaje fueron aquellas mujeres con parto por vía vaginal en un 49,55%

Las mujeres que no realizaron la practica continua de la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses de edad tuvieron en mayor porcentaje parto por cesárea en un 52,8% y en menor porcentaje fueron aquellas mujeres con parto por vía vaginal en un 47,2%

En la tabla # 3 se reporta el valor-p de 0,675 que nos indicaría que estos resultados no son estadísticamente significativos.

FIGURA # 13 Tipo de parto y lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses



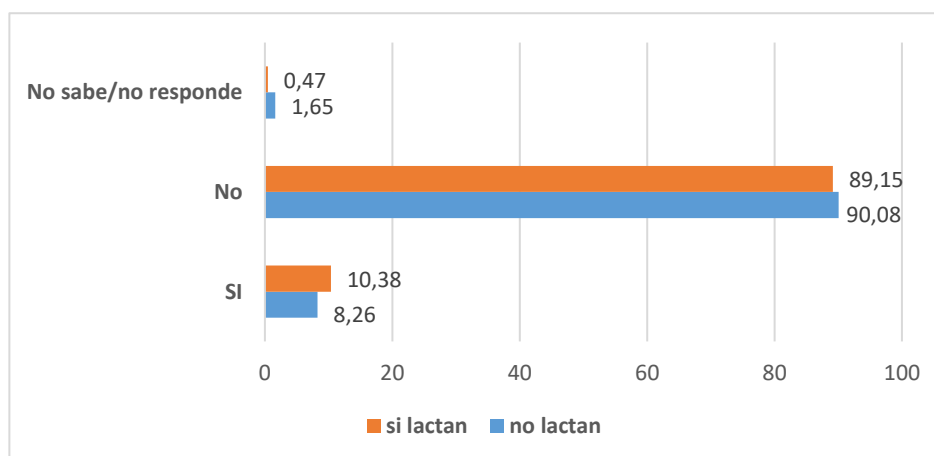
Fuente: Tabla # 3
Elaborado por: Mora, D., López, J.

En la figura 14 nos ilustra la relación que se presentó entre las mujeres con diagnóstico de preeclampsia y la practica continua de la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses de edad; donde observamos que las diadas madre-hijo que practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses en mayor porcentaje no tuvieron diagnóstico de preeclampsia en un 89,15%, y en menor porcentaje realizaron la práctica de la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 en un 10,38%

Las mujeres que no practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad tuvieron en menor porcentaje diagnóstico de preeclampsia en un 8,26% y en mayor porcentaje realizaron la practica continua de la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses de edad quienes no fueron diagnosticadas de preeclampsia en un 90,08%

En la tabla # 3 se reporta el valor-p de 0,459, lo cual no es estadísticamente significativo.

FIGURA # 14 Preeclampsia y lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses.



Fuente: Tabla # 3
Elaborado por: Mora, D., López, J.

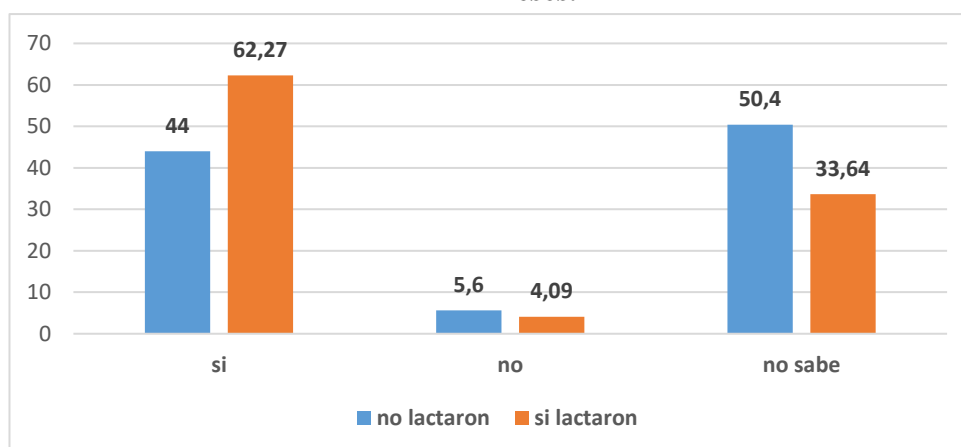
En la figura 15 observamos la relación entre el corte del cordón umbilical posterior a la espera de 1 minuto y la practica continua de la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses de edad.

Aquellas diadas madre-hijo que practicaron en mayor porcentaje lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses se les realizó el corte del cordón umbilical posterior a la espera de 1 minuto en un 62,27%, y en menor porcentaje no les realizaron el corte del cordón umbilical posterior a la espera de 1 minuto, siendo el 4,09%; habiendo un grupo que no sabe el momento en que les efectuaron el corte del cordón umbilical pero si practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 en un 33,64%

Aquellas diadas madre-hijo que no practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad, en un mayor porcentaje no sabe el momento en el que les realizaron el corte del cordón umbilical, siendo el 50,4%; a quienes se les realizó el corte del cordón umbilical posterior a la espera de 1 minuto no lactaron en un 44%, y en menor porcentaje no les realizaron el corte del cordón umbilical posterior a la espera de 1 minuto, siendo el 5,6%.

En la tabla # 3 se reporta el valor-p de 0,004, siendo un valor altamente significativo.

FIGURA # 15 Corte del cordón umbilical y lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses.



Fuente: Tabla # 3
Elaborado por: Mora, D., López, J.

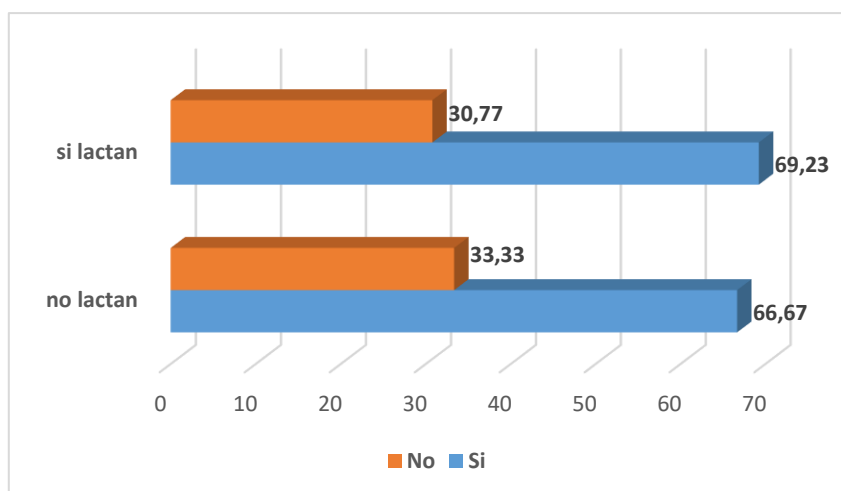
En la figura 16 observamos la relación entre el control posparto y la practica continua de la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses de edad.

Aquellas diadas madre-hijo que practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad reportaron el mayor porcentaje de controles pospartos en un 69,23%, y en menor porcentaje no les realizaron controles pospartos con un 30,77%.

Aquellas diadas madre-hijo que no practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad en un mayor porcentaje recibieron controles pospartos, el 66,67%; y en menor porcentaje no les realizaron controles pospartos con un 30,77%.

En la tabla # 3 se reporta el valor-p es de 0,931 siendo estos resultados estadísticamente no significativos.

FIGURA # 16 Control posparto y lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses.



Fuente: Tabla # 3
Elaborado por: Mora, D., López, J.

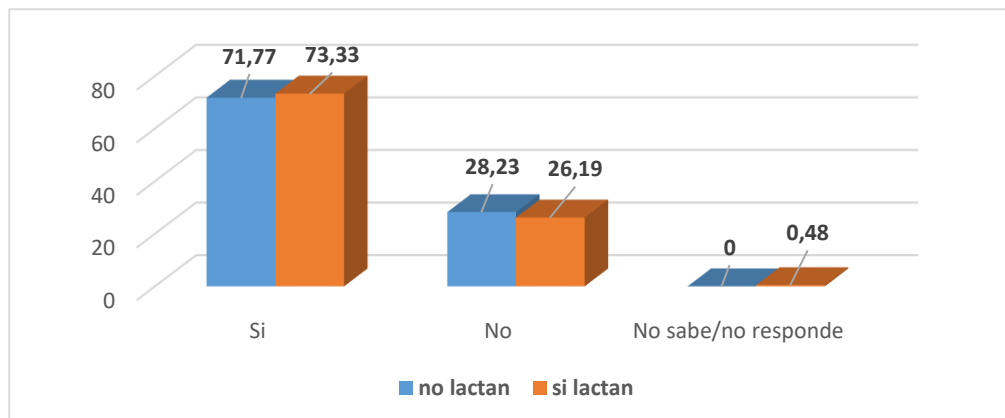
En la figura 17 observamos la relación entre la lactancia materna en la primera hora de vida y la practica continua de la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses de edad.

Aquellas diadas madre-hijo que practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad reportaron el mayor porcentaje de amamantamiento en la primera hora de vida en un 73,33%, y en menor porcentaje no realizaron amamantamiento en la primera hora de vida en un 26,19%.

Aquellas diadas madre-hijo que no practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad en un mayor porcentaje realizaron lactancia en la primera hora de vida en un 71,77%, y en menor porcentaje no realizaron amamantamiento en la primera hora de vida en un 28,23%.

En la tabla # 3 se reporta el valor-p es de 0,692 siendo estos resultados estadísticamente no significativos.

FIGURA # 17 Lactancia materna en primera hora de vida y continua hacia los 12 a 15 meses.



Fuente: Tabla # 3
Elaborado por: Mora, D., López, J.

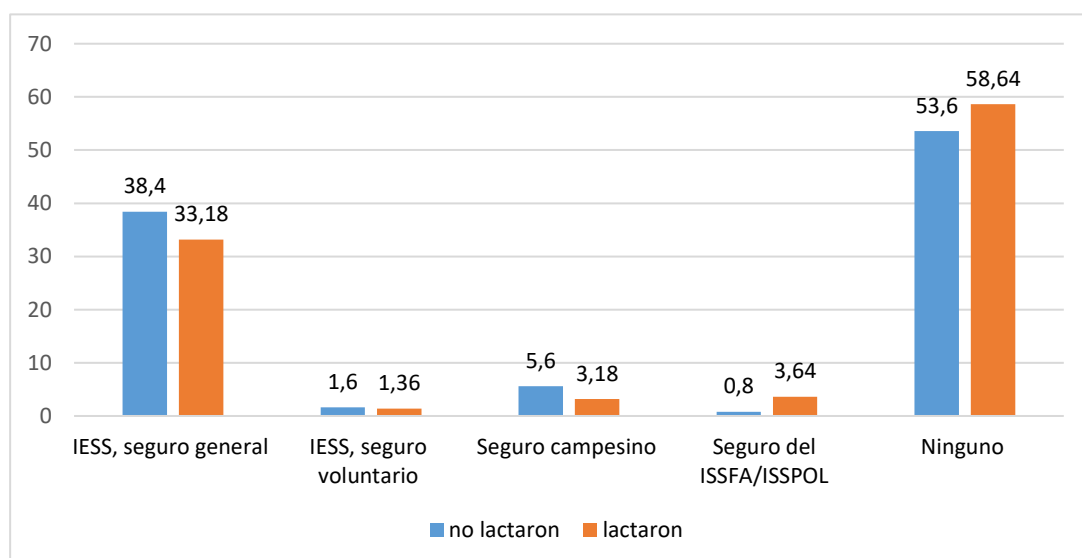
En la figura 18 observamos la relación entre la seguridad social y la practica continua de la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses de edad.

Aquellas diadas madre-hijo que practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad reportaron el mayor porcentaje de mujeres sin seguridad social en un 58,64%, y en menor porcentaje aquellas con seguro voluntario en un 1,36%.

Aquellas diadas madre-hijo que no practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad reportaron el mayor porcentaje de mujeres sin seguridad social en un 53,6%, y en menor porcentaje aquellas con seguro ISFFA/ISSPOL en un 0,8%.

En la tabla # 3 se reporta el valor-p es de 0,329 siendo estos resultados estadísticamente no significativos.

FIGURA # 18 Seguridad Social y lactancia continua hacia los 12 a 15 meses.



Fuente: Tabla # 3
Elaborado por: Mora, D., López, J.

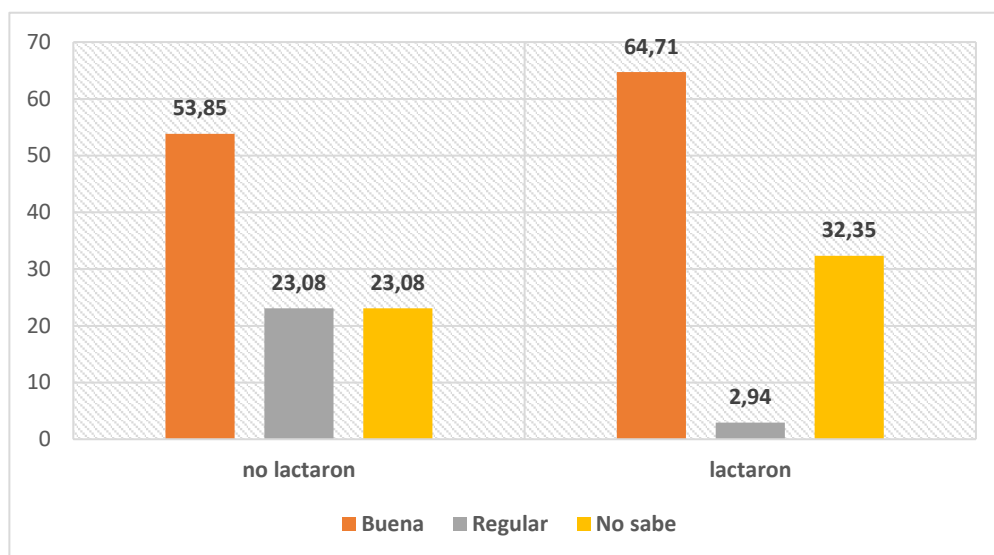
En la figura 19 ilustramos la relación entre el respeto cultural del parto y la practica continua de la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses de edad.

Aquellas diadas madre-hijo que practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad reportaron un mayor porcentaje de quienes recibieron buen respeto cultural del parto en un 64,71%, y en menor porcentaje recibieron respeto cultural al parto regular en un 2,94%.

Aquellas diadas madre-hijo que no practicaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad reportaron un mayor porcentaje de quienes recibieron buen respeto cultural del parto en un 53,85% y en menor porcentaje recibieron respeto cultural al parto regular en un 23,08%.

En la tabla # 3 se reporta el valor-p es de 0,085 siendo estos resultados estadísticamente no significativos.

FIGURA # 19 Respeto cultural del parto y lactancia continua hacia los 12 a 15 meses



Fuente: Tabla # 19
Elaborado por: Mora, D., López, J.

Capítulo V

5.1. Discusión

5.1.1. Resultados principales.

En el presente trabajo de titulación no conseguimos demostrar una asociación entre el nivel educativo materno y la lactancia continua hacia los 12 a 15 meses de edad del lactante, probablemente porque las estrategias están dirigidas hacia una mayor promoción de la lactancia materna exclusiva, cuyos valores han ido incrementando en los últimos años de un 46,4% a 62,1%, por medio de la Misión Ternura que es parte del Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021 “Toda una vida” orientadas a mejorar los indicadores nutricionales de la población infantil (Tejada et al., 2020); y podrían ser insuficientes estas políticas de salud para se continúe la lactancia materna hacia los 2 años de edad.

Según los datos generados por la CEPAL en el año 2016 y 2017 en el Ecuador se incrementó el porcentaje de mujeres que accedieron a la educación superior a un 55,8% representando el mayor porcentaje de la población universitaria total, incluso reportan el mejor rendimiento académico y menores índices de deserción (García, 2019); al ser un objetivo de estas mujeres alcanzar altos estándares profesionales optan por los sucedáneos de la leche materna y abandonan la lactancia materna exclusiva y continua hacia los 12 a 15 meses de vida como se puede observar en un estudio realizado en Tungurahua en el año 2016 (Jácome, 2016); este abandono está relacionado con el poco o nulo apoyo que reciben por parte de las instituciones educativas que no generan reglamentos que flexibilicen horarios para la estudiante en periodo de lactancia lo cual fue demostrado en un estudio realizado en Nueva Escocia - Canadá (Brown et al., 2014); a pesar, que en el Ecuador se ha emitido el acuerdo Ministerial 0266-2018 en el que se exige creación de lactarios y los permisos adecuados para que se

continúe la lactancia materna hacia los 2 años de edad en cualquier formación académica, sea de pregrado o posgrado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

Debido al incremento del número de mujeres que trabajan, notificado en el documento sobre el trayecto de la mujer a nivel académico y laboral en el Ecuador (García, 2019); ha sido necesario establecer normativas para proteger la práctica de la lactancia materna y en nuestro país las leyes otorga licencia con remuneración a la madre lactante por 12 semanas y culminado este tiempo debe reintegrarse, otorgándole 2 horas diarias para continuar la lactancia materna hacia los 12 meses de vida del niño (LOSEP, 2016); la reinserción al trabajo y las 2 horas entregadas no permiten que se mantenga la lactancia materna exclusiva y continua hacia los 12 a 15 meses de vida debido a la limitación de la demanda espontánea, promovida por la OMS, incremento del uso de biberones para alimentar al niño mientras la madre no está; y debido al tiempo prolongado que no succiona el niño se genera preocupación porque disminuirá la producción de la leche materna uno de los factores mencionados en el estudio realizado en Canadá (Brown et al., 2014) lo cual crea susceptibilidad para el uso de leches de fórmula (Ha, Jennifer; Caicedo, 2017).

El acuerdo ministerial 0266 vigente desde septiembre del 2018 menciona que se debe otorgar algunas sesiones para extracción de leche dentro de la jornada laboral, que pueden durar aproximadamente veinte minutos, tanto para la madre que se encuentra amamantando al niño en su primer año de vida con horario de trabajo disminuido a 6 horas, como para aquella lactante que amamanta hacia los dos años de vida y tiene su horario de trabajo completo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018); lo cual no se cumple dentro de los lugares de trabajo como se encontró en un estudio realizado en Etiopía con 449 madres de niños menores de 2 años, quienes indicaron la inflexibilidad generada por los administradores de las empresas

quienes buscan reemplazos para las lactantes, por lo cual prefieren discontinuar el amamantamiento hacia los 12 a 15 meses de vida del lactante (Gebrekidan et al., 2021),

En nuestro estudio también se determinó una asociación significativa entre la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad y el sexo masculino de los lactantes (p-valor de 0,014); no hay estudios específicos que indiquen esta asociación; pero, en nuestra búsqueda científica pudimos encontrar dos investigaciones de tipo cualitativa, una realizada en Colombia donde se demostró que las madres preferían limitar el tiempo de la lactancia a las niñas por la creencia de que si el amamantamiento se extiende después de los 6 meses de edad serían muy fértiles en la edad adulta (Vargas-zarate et al., 2020); y, en una tesis realizada en Perú se obtuvo que la lactancia es afectada por las costumbres familiares (Ordoñez, S; Carbajal, 2021); por lo tanto, se debería considerar continuar con una investigación cultural donde abarquemos las problemáticas sociales, que nos permitan analizar el pensamiento de la sociedad y ver cuáles son las costumbres que afectarían la práctica de la lactancia materna.

Esperar al menos un minuto para que realicen el corte del cordón umbilical tuvo una fuerte asociación para el mantenimiento de la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses (p-valor de 0,004); hay varios estudios que relacionan el pinzamiento tardío del cordón umbilical con la práctica de la lactancia materna continua; así tenemos, un ensayo clínico controlado, realizado en México con seguimiento de 2 años 6 meses posterior al parto, donde se observó que realizar el pinzamiento posterior a los 5 minutos de espera y apego precoz de la diada madre e hijo se preservaba la lactancia materna exclusiva y continua (Pacheco, 2021); estos hallazgos observados en otras poblaciones con características sociodemográficas afines a la nuestras, son similares a los obtenidos en esta investigación; sería viable hacer ensayos

clínicos controlados en nuestro país para verificar si estas prácticas son realizadas y si tienen repercusión positiva en la lactancia materna en nuestra población.

Las otras variables que se consideraron en el presente estudio como el estado civil, el tipo de parto, el respeto cultural durante el parto así como el número de controles prenatales no tuvieron asociación significativa con la lactancia continua hacia los 12 a 15 meses de edad (p-valor > de 0,05%); datos similares a los que encontrados en una investigación descriptiva realizada en Brasil en el año 2015 donde participaron 309 mujeres lactantes, donde tampoco se asoció la lactancia materna continua hacia los dos años de vida con la vía de parto, los controles prenatales o el estado civil (Marcuz & Campos, 2015).

En este estudio no se pudo asociar la preeclampsia y el tipo de vivienda con la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de vida (p-valor > 0,5%); y no encontramos estudios que relacionen estas variables; por lo cual debería hacerse otras investigaciones con la finalidad de poder determinar los factores que influyen en el abandono del amamantamiento.

5.1.2. Comparación con estudios científicos.

En un estudio prospectivo de supervivencia realizado en Ecuador con seguimiento de las diadas madre-hijo se pudo obtener que las madres con instrucción superior tienen mayor riesgo de suspender el amamantamiento (Dueñas et al., 2021); lo cual se evidencia en el estudio que hemos realizado; pero, no hay una significación estadística, que nos conduzca a aseverar dichos resultados; la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad suele ser suspendida en aquellas mujeres que se encuentren estudiando o ya hayan culminado un nivel educativo superior y estén laborando; debido a una falta de apoyo por parte de los familiares o de los jefes directos para que puedan ejercer esta práctica y también porque no reciben la

educación prenatal suficiente sobre la lactancia materna (Khasawneh et al., 2020); que no tengan un lugar adecuado en sus trabajos para amamantar a sus hijos, así no tendrían que ser despedida de sus trabajo por continuar la lactancia materna hacia los 2 años de vida del lactante (Gebrekidan et al., 2021).

El amamantamiento continuo hacia los dos años de vida se ve afectado por las licencias de maternidad cortas, menores a 6 meses fue reportado en un estudio realizado en Jordania (Khasawneh et al., 2020); en una revisión sistemática de 1832 artículos de varios buscadores bibliográficos PubMed Cochrane, etc se pudo obtener que en las mujeres con una educación superior que regresen a sus trabajos suelen usar los sucedáneos de la leche materna en la alimentación infantil con el cese de la lactancia materna posterior a las 6 semanas de haber reingresado a trabajar; además que la causa para que opten por estas decisiones estaría basado en la falta de apoyo por parte de las empresas para flexibilizar horarios para realizar el amamantamiento que permitan continuar la lactancia materna hacia los 12 a 15 meses de edad (Dutheil et al., 2021).

La lactancia materna aporta múltiples beneficios a la diada madre e hijo; por lo cual establecer estos factores que limitan al niño para recibir lactancia materna continua hacia los 2 años de edad es importante para toda red de salud pública; y, en un estudio realizado con doctoras de Estados Unidos se estableció que a mayor educación menos practica de la lactancia materna continua hacia 12 a 15 meses de edad; además el trabajo es un limitante porque no hay las condiciones adecuadas para el amamantamiento, la falta de apoyo del personal que trabaja fala de lactarios, siendo protector las licencias maternas prolongadas (Melnitchouk & Scully, 2018).

5.1.3. Implicaciones para la práctica clínica

Si bien no hemos conseguido demostrar una asociación entre el nivel educativo y la lactancia materna continúa a los 12 a 15 meses de edad en el Ecuador, es importante mencionar que existen otros estudios que demuestran que el nivel educativo se asocia con la práctica de la lactancia materna en otros periodos de vida distintos a los 12 a 15 meses de edad del lactante; como se demostró en una investigación realizada en China con 10408 diadas madre e hijo que la lactancia materna en la primera hora de vida es practicada con mayor incidencia por aquellas mujeres con nivel educativo superior, pero disminuye a medida que avanza edad con la consecuente reducción de la lactancia materna exclusiva (Tang et al., 2019).

Se analizó a las madres según su profesión observándose que las doctoras o las abogadas tenían altos porcentajes en el inicio de la lactancia materna a la primera hora de vida, 98% y 100% respectivamente; disminuyendo a medida que avanzaba en edad debido a la reinserción al trabajo llegando a menos del 17% de practica de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad (Alvarez et al., 2017).

La lactancia materna otorga nutrientes al niño para un crecimiento adecuado, poder mantener una amamantamiento exclusivo y continuo hacia los 2 años de edad, requiere ciertas políticas de salud como incrementar el fomento de la lactancia materna, se ha observado que la promoción durante el embarazo tiene repercusión positiva en la lactancia materna (Khasawneh et al., 2020)

5.1.4. Implicaciones para la salud pública.

Es importante que se formulen estrategias que vayan orientadas a promover la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad; con una mejoría de las leyes de la madre

que está en periodo de lactancia tanto para la que este educándose como para la que trabaja, en la que se vele se otorguen los tiempos adecuados y necesarios para que pueda seguir amamantando; además que se vigile el apoyo en las diversas instituciones por parte de los superiores para que durante las diversas jornadas se entreguen los respectivos permisos para la extracción de leche o la práctica de lactancia materna hacia los 12 a 15 meses de edad; consideramos que se deben facilitar los ambientes laborales sociales y familiares de las madres que están en el periodo de lactancia materna independientemente de su nivel educativo y situación laboral o condición socioeconómica con el objetivo de fomentar la equidad al acceso de esta importante práctica.

Reducir la mortalidad materno-infantil y los costos por morbimortalidad en salud son los objetivos de todo Gobierno; por lo tanto, las políticas de Salud Pública deben estar orientadas a mejorar estos indicadores de morbilidad teniendo impacto socioeconómico en la sociedad; por ello en nuestra investigación realizamos ciertas aportaciones científicas que deben considerarse para mejorar la salud social como son: (i) fortalecer la Atención Primaria en Salud con médicos familiares y comunitarios que realizan promoción y prevención, como son las actividades enfocadas en la educación y fomento de la lactancia materna durante todos los controles prenatales y en las atenciones del lactante en forma longitudinal, (ii) que se activen los sistemas de vigilancia sanitaria de la Red Pública integral de Salud (RPIS) y Red complementaria para que se cumplan los estándares en la atención de la madre y el recién nacido durante el parto como se mencionan en la guía de práctica clínica de Atención de Parto del M.S.P. (Ministerio de Salud Pública., 2015), (iii) se vele porque las leyes se cumplan a cabalidad y puedan otorgarle a la mujer lactante que estudia o que trabaja el tiempo necesario para que pueda amamantar en el hogar; y (iv) se crean lactarios en las instituciones educativas y laborales, para que no se interrumpa la lactancia materna continua.

5.1.5. Limitaciones.

Las limitaciones que se presentaron fueron las inherentes a un estudio transversal debido a la dificultad que se presenta al hacer la inferencia de causalidad por medir simultáneamente la causa y el efecto; por el tiempo que se empleó en las entrevistas cerca de 4 horas pudo presentarse sesgo en la información por olvidos que se pudieron presentar en la madre sobre situaciones relacionadas con la lactancia materna, dificultad para encontrar diferencias significativas por tratarse de un corte en el tiempo, ya que si se realiza la misma investigación en otro tiempo pero la misma población podríamos obtener mejores resultados.

Dificultad para estimar densidades de incidencia que permitan identificar de manera más sensible diferencias significativas entre quienes mantiene la lactancia continúa a los 12 a 15 meses versus quienes no.

5.1.6. Fortalezas.

Dentro de las fortalezas podemos encontrar que la muestra fue obtenida de la población nacional por lo cual es un muestreo representativo.

Hemos determinado ciertas asociaciones de variables importantes para poder continuar con otros estudios a futuro.

Con los datos obtenidos se pretende generar cambios a nivel de salud pública con la génesis de leyes que mejoren los indicadores de la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad.

Capítulo VI

6.1. Conclusiones

En este trabajo de titulación no es concluyente la asociación entre la instrucción materna con la lactancia materna continua, no se pudo demostrar diferencias significativas en cuanto al nivel educativo entre aquellas diadas que realizaron lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad versus quienes no la practicaron.

6.2. Recomendaciones

6.2.1. Para el médico familiar

- Identificar las poblaciones de riesgo de abandono de la lactancia materna continua hacia los 12 a 15 meses de edad del lactante, como son las mujeres que estudian, trabajan y tienen redes de apoyo deficiente.
- Fomento del parto humanizado, con realización de corte del cordón umbilical oportuno, apego precoz y promover la lactancia materna en la primera hora para que se fortalezca el vínculo materno-infantil y por ende la lactancia materna exclusiva y continua.
- Promoción de la lactancia materna en cada control prenatal, realizar escucha activa y empática que permitan explorar el pensamiento de la gestante, aclarando dudas y mitos sobre el amamantamiento.
- Evitar la prescripción de sucedáneos de la leche materna, respetando las leyes para proteger la lactancia materna.

- Continuar realizando investigaciones que permitan tener un amplio conocimiento de nuestras poblaciones y podamos realizar intervenciones biopsicosocial efectivas y de calidad, individualizándolas según la problemática presentada; por eso, instamos a realizar nuevos estudios sobre la lactancia materna y los factores que afectan su práctica junto a una investigación cultural de las diadas madre-hijo.

6.2.2. Para la Institución educativa.

- Promover investigaciones científicas entre sus estudiantes y docentes.
- Fomentar estudios de tipo cualitativos para conocer la cultura y costumbres de la población; y así, poder identificar sus problemas, su realidad, la estructura de la sociedad y los paradigmas creados en torno a la lactancia materna.

6.2.3. Para el Sistema de Salud Pública

- Velar que las unidades de gineco-obstetricia realicen partos humanizados que fomenten el corte de cordón umbilical oportuno, apego precoz y lactancia materna en la primera hora.
- Que todas las unidades de salud y hospitales que realicen atenciones a las mujeres embarazadas y a niños; sean acreditados como Establecimientos Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN).
- Realizar monitoreo continuo sobre la promoción de la lactancia materna.

- Verificar que se cumpla la ley de comercialización de los sucedáneos de la leche materna en instituciones de salud pública y privada.
- Incentivar a los médicos a elevar los niveles de amamantamiento en las poblaciones que atienden, para lograr las metas mundiales de lactancia materna.
- Impulsar leyes que generen la creación de lactarios y bancos de leche en instituciones públicas y privadas; que permitan la protección la lactancia materna exclusiva y continua.

7.1. BIBLIOGRAFÍA

- Ajila, J., Almeida, L., Amaya, M., Arévalo, J., Astorga, A., Cadena, F., Chicaiza, E., Cisneros, C., Conrado, F., Espinosa, A., Espinoza, S., Espinoza, V., Guevara, M., Jiménez, D., Landázuri, J., Levy, E., López, V., Mosquera, J., Narváez, G., Rodríguez, A., Rodríguez, M., Segovia, K., Silva, M., Terán, M., Vallejo, F., Varela, V., Zambrano, J. (2018). La Educación en Ecuador: Logros alcanzados y nuevos desafío. Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Primera Edición. https://www.evaluacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/02/CIE_ResultadosEducativos18_20190109.pdf
- Álvarez, G., Delgado, J. (2015). El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. 32(1), 26–34.
- Alvarez, R., Serwint, J. R., Levine, D. M., Bertram, A., & Sattari, M. (2015). Lawyer mothers: infant-feeding intentions and behavior. *Southern medical journal*, 108(5), 262–267. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000277>
- Babarro, I., Lacalle, J. (2018). La literatura como instrumento terapéutico en el proceso salud enfermedad durante la infancia. *Enfermería Global*. ISSN 1695-6141 <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/299201>
- Becerra, F., Net, D., Database, C. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. 63(2), 217–227.
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*. ISSN: 2528-8156. Num.105. doi: <https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>
- Brahm, P., Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena Pediátrica*. PubMed; 88(1):7-14. doi: 10.4067/S0370-41062017000100001. PMID: 28288222.
- Brown, C., Dodds, L., Legge, A., Bryanton, J., Semenik, S. (2014). Factores que influyen en las razones por las que las madres dejan de amamantar. *Revista canadiense de salud pública = Revue canadienne de sante publique*, 105 (3), e179 – e185. <https://doi.org/10.17269/cjph.105.4244>
- Calil, V., Krebs, V., & Carvalho, W. B. (2020). Orientación sobre lactancia materna durante la pandemia del Covid-19. *Revista de Asociación Médica Brasileira*, 66(4), 541–546. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.4.541>
- Cevallos, F., Vásquez, G., Callay, S., Falconí, G. (2020). Lactancia materna, derecho que garantiza el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, Boletín número 1. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.
- Cisneros, C., Bucheli, A., Tutasí, A., Rivas, G., Báez, P., Cuadrado, F., Flores, C., Guzón, E., Cañar, E., Analuisa, F., Salgado, T., Carpio, L., Masabanda, M., Illapa, M., Solís, D. (2018) Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición 2018-2025: Buena Nutrición toda una vida. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Quito, Ecuador.
- Chacón, F., Chacón, A. (2015). Hogar y Familia: corrientes interpretativas y realidades sociales. Los ejemplos de movilidad de la población (1771) y movilidad social (1797) en Lorca. *Revista de Demografía Histórica*, ISSN 1696-702X. pp. 29-63
- Cosío, T., Escobar, L., C, M. (2012). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud pública México* vol.55 supl.2.
- Daou, D., Tamim, H., Nabulsi, M. (2020). Evaluación del impacto de la frecuencia, duración y forma de parto del apoyo profesional a la lactancia en la lactancia materna exclusiva en madres libanesas. *PLoS One*. Pubmed. 4;15 (9): e0238735. doi: 10.1371/journal.pone.0238735. PMID: 32886727; PMCID: PMC7473534.

- Dashti, M., Scott, JA, Edwards, CA y Al-Sughayer, M. (2014). Predictores de la duración de la lactancia materna entre las mujeres en Kuwait: resultados de un estudio de cohorte prospectivo. *Nutrients* , 6 (2), 711–728. <https://doi.org/10.3390/nu6020711>
- De Antonio, L. (2015). Lactancia materna: ventajas, técnicas y problemas. *Pediatría Integral*. XIX (4): 243-250, Barcelona. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250_Laia%20de%20Antonio.pdf
- Del Ciampo, L., Del Ciampo, I. (2018). Lactancia materna y los beneficios de la lactancia para la salud de la mujer. *PubMed* 40(6):354-359. doi: 10.1055/s-0038-1657766. PMID: 29980160.
- Díaz, L., García, L., Guerra, S. (2010). Limpieza y desinfección de superficies hospitalarias. Organización Panamericana de la Salud.
- Dueñas, I., León, A., Álava, A., Ayala, J., Figueroa, K., Loor, V., Loor, W., Menéndez, M., Menéndez, D., Moreira, E., Segovia, R., Vincés, J. (2021). Breastfeeding education, early skin-to-skin contact and other strong determinants of exclusive breastfeeding in an urban population: a prospective study. *BMJ Open*. 11:e041625. doi:10.1136/bmjopen-2020-041625
- Dutheil, F., Méchin, G., Vorilhon, P., Benson, AC, Bottet, A., Clinchamps, M., Barasinski, C. y Navel, V. (2021). Lactancia materna después de regresar al trabajo: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública*, 18 (16), 8631. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168631>
- Fescina, R., De Mucio, B., Martínez, G., Díaz, J. (2011). Historia Clínica perinatal: Instrucciones de llenado y definición de términos. https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sip&alias=219-sistema-informatico-perinatal-sip-historia-clinica-perinatal-instrucciones-de-llenado-2&Itemid=219&lang=es
- Freire, W., Ramírez, M., Belmont, Ph., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N., Sáenz, K., Piñeiros, P., Gómez, L., Monge, R. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2012.
- Galindo, N., Contreras, N., Rojas, A., Mancilla, J. (2021). Lactancia materna y COVID-19. *Gaceta médica de México*, 157 (2), 201-208. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000665>
- García, A., Guerrero, E., Legarra, C., Quintana, R., Fuentes, R, Galnares, L. (2017). Gupia oara madres que amamantan. Ministerio de Sanidad del gobierno Vasco. España
- García, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana *Acta Pediátrica de México*, vol. 32, núm. pp. 223-230 Instituto Nacional de Pediatría Distrito Federal, México. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640330006>
- García, S. (2019). Trayectorias de mujeres: educación técnico-profesional y trabajo en el Ecuador, serie asuntos de Género. N 156. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/44641/S1900194_es.pdf
- Gasque, J. (2015) Revisión y actualización de enterocolitis necrotizante. *Revista Mexicana de Pediatría*. Vol 82. Nim 5.
- Gebrekidan, K., Hall, H., Plummer, V. y Fooladi, E. (2021). Continuación de la lactancia materna exclusiva y factores asociados entre las mujeres empleadas en el norte de Etiopía: un estudio transversal. *PloS uno*. 16 (7), e0252445. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252445>
- Gianni, M., Bettinelli, M., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., Plevani, L., Cavallaro, G., Raffaelli, G., Crippa, B. L., Colombo, L., Morniroli, D., Liotto, N., Roggero, P., Villamor, E., Marchisio, P., & Mosca, F. (2019). Dificultades para amamantar y riesgo

- de cese premature de la lactancia. *Nutrientes*, 11(10), 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>
- Gonzales, R. (2008). Las condiciones socioeconómicas y la educación como factor de cambio. Universidad Veracruzana, México. <https://www.uv.mx/iiesca/files/2012/12/factor2008-2.pdf>
- Ha, J., Caicedo, R. (2017). Estudio para estimar la prevalencia de Violaciones al Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la leche materna en dos ciudades del Ecuador. UNICEF. <https://www.unicef.org/ecuador/informes/estudio-de-violaciones-al-c%C3%B3digo-internacional-de-comercializaci%C3%B3n-de-suced%C3%A1neos-de-leche>
- Haramoto, E. (1998). Conceptos básicos sobre vivienda y calidad. Instituto de la Vivienda FAU-U. de Chile.
- Heck, K. (2006). Situación socioeconómica e iniciación a la lactancia materna entre las madres de California. *PubMed*. 121, 51–59.
- Hernández, M. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Revista CES Derecho Volumen 6 No.2*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2021). Registro estadístico de matrimonios y divorcios. Ecuador. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Matrimonios_Divorcios/2020/Principales_resultados_MYD_2020.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado el 27 de octubre del 2021 <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
- Jácome, J. (2016). Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en el área de salud 2, enero – agosto 2012. [Tesis de Medico. Universidad Técnica de Ambato. Repositorio Institucional <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/20592/2/FACTORES%20ASOCIADOS%20AL%20ABANDONO%20PRECOZ%20DE%20LA%20LACTANCIA%20MATERNA%20EN%20EL%20C3%81REA%20DE%20SALUD%202%2C%20ENERO%20-%20AGOS.pdf>
- Khasawneh, W., Kheirallah, K., Mazin, M. y Abdalnabi, S. (2020). Conocimiento, actitud, motivación y planificación de la lactancia materna: un estudio transversal entre mujeres jordanas. *Revista internacional de lactancia materna*, 15 (1), 60. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00303-x>
- Krol, K., Grossmann, T. (2018). Efectos psicológicos de la lactancia en niños y madres. *PubMed* 61(8), 977–985. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0>
- Lamus, Doris. (2012). Raza y etnia, sexo y género: El significado de la diferencia y el poder. *Reflexión Política*, 14(27), 68-84. ISSN: 0124-0781. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=110/11023066006>
- Madrid, D. (2016). El acoso escolar, una marca que puede durar toda la vida. 1–11.
- Martín, S., Santamaría, M., Alonso, A., Rico, M., Del Cura, I., Rodríguez, R., Barberá, A., Sanz, T., Viguera, M., De Antonio, I., Durand, I, Garrido, F., Geijo, M., Mielgo, R., Morales, M., Reviriego, M., Rivero, C., Ruiz, M., Santamaría, M., Santiago R., Sillero, M., Soto, B., Terol, M., Villa, M. (2018). Efectividad de una intervención grupal educativa en atención primaria de salud para la lactancia materna exclusiva continuada: estudio PROLACT. *Embarazo y Parto de BMC*, *PubMed*; 18(1):59. doi: 10.1186/s12884-018-1679-3. PMID: 29482516; PMCID: PMC5828059.
- Melnitchouk, N., Scully, RE y Davids, JS (2018). Barreras para la lactancia materna para los médicos estadounidenses que son madres. *Medicina interna de JAMA*, 178 (8), 1130-1132. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0320>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015) Establecimiento de Salud Amigos de la Madre y del Niño. Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Metas mundiales de Nutrición 2025: Documento normativo sobre la lactancia materna. OMS-UNICEF. https://apps.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud (2017) Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes (actualización de 2017), Ginebra (Suiza), Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255194/WHO-NMH-NHD-17.1-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2016) Lactancia Materna en el siglo XXI. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Vol. 74.
- Original, C. (2016). Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: revisión temática y contexto en Chile, 1 (7), 12–19.
- Ortega, M. (2015). Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. Acta pediátrica de México, 36(2), 126-129. Doi: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000200011&lng=es&tlng=es
- Pacheco, F. (2021). Pinzamiento temprano vs tardío del cordón umbilical y contacto piel a piel inmediatos en nacimientos por cesárea. Ginecología y obstetricia de México. 89 (6) 453-463. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i6.5445>
- Pecho, E. (2008) Beneficios de la lactancia, Iniciativa Hospital Amigo del niño IHAN. UNICEF. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IHAN_Sccionn2.2_Hojas%20Didacticas.pdf
- Piñeros, B. S.; Camacho, N. J. (2004). Factores que inciden en la suspensión de la lactancia materna exclusiva.
- Quiñonez, V., Rodríguez, P., Zango, I. (2020). Lactancia materna exclusiva y participación en la vida diaria: una perspectiva ocupacional de la maternidad. Cuadernos Brasileños de Terapia ocupacional. 28 (1). Doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1871>
- Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, E. y P. (2012). Lactancia materna nutrición hospitalaria. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03184>
- Reyes, H. (2011) Lactancia materna en los principales problemas gastrointestinales. Revista de Gastroenterología de México. Vol 76. Num s2. <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-lactancia-materna-principales-problemas-gastrointestinales-articulo-X037509061135352X>
- Rollins, N., Gillespie, S., Haddad, L., Mannar, V., Menon, P., Nisbett, N., Bhandari, N., Hajeerhoy, N., Horton, S., Lutter, Ch., Martines, J., Piwoz, E., Richter, L., Victora, C. (2016). Lactancia materna 2, ¿Por qué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de lactancia materna? The Lancet. Páginas 413-416. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01044-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/fulltext)
- Sandoval, L., Jiménez, M., Olivares, S., de la Cruz, T. (2016). Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. Atención Primaria. 48(9):572-578. doi: 10.1016/j.aprim.2015.10.004. PMID: 26880166; PMCID: PMC6876027.
- Sánchez, M., De la Guerra, E. (2018) El derecho a la seguridad social y el principio de solidaridad: Un análisis crítico del sistema ecuatoriano desde la situación de las personas que realizan trabajo no remunerado del hogar [Tesis de Maestría de Investigación en Derecho, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador]. Repositorio institucional

- <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6527/1/T2798-MDE-Sanchez-El%20derecho.pdf>
- Sardón, M. (2008). Medidas de frecuencia, asociación e impacto en investigación aplicada, LIV, 93–102.
- Serrano, M., Pozo, M., Medina, D., Viteri, J., Lombeida, E. (2019). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2018, Boletín técnico, Indicadores de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana. INEC. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Boletin%20ENSANUT%2028_12.pdf
- Sotelo, M., Roque, J., Vargas, J., Alburqueque, J., Saldaña, C. (2020). Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida como factor protector para asma bronquial en población pediátrica. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 9(2), 21-25. <https://doi.org/10.33421/inmp.2020201>
- Valdivieso, C., Valdivieso, R. (2011). Determinación del tamaño muestral, 148–176.
- Vallone, F., Casanovas, C. (2010). Protección de la salud infantil; guía para los agentes de salud sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche Materna. Edición 11ava. ISBN: 978-92-75-33134-7. Organización Panamericana de la Salud.
- Vargas, Melier; Becerra, F., Baisero, S., Meneses, Y. (2020). Lactancia materna: mitos y verdades. *Revista de la Facultad de Medicina*. Vol. 68 No. 4: 608-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.7464>
- Victora, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M., Walker, N., Rollins, N., (2016). Lactancia Materna en el siglo XXI: epidemiología mecanismos y efectos a lo largo de la vida. *The Lancet* 2016; 387; pág. 1 – 16. INCAP PCE/083 Guatemala, Centro América, 2016. <http://www.incap.int/> ISBN:978-9929-701-07-6
https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=811-serie-lancet-lactancia-materna&category_slug=publicaciones&Itemid=518
- Westerfield, K., Koenig, K., Oh, R. (2018). Lactancia materna: preguntas y respuesta habituales. *American family physician*, 98(6), 368–373.
- Werneck, G., Hasselmann, M. (2011). Red social, apoyo social y hábitos alimentarios de los lactantes en su cuarto mes de vida *Ciencias de la salud pública* vol.18 no.2, 367–376 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200008>
- Wu Q, Huang Y, van Velthoven MH, Wang W, Chang S, Zhang Y. (2019). La efectividad de usar una cuenta de WeChat para mejorar la lactancia materna exclusiva en el condado de Huzhu, provincia de Qinghai, China: protocolo para un ensayo de control aleatorio. *Salud Pública de BMC*. 2;19(1):1603. doi: 10.1186/s12889-019-7676-2. PMID: 31791295; PMCID: PMC6889429.
- Wust, G., Moreira, M., Goncalves, B., Silveira, C. (2021). Asociación de a duración de la lactancia materna exclusiva con la autoeficacia de las lactantes en el amamantamiento. *Revista de escuela de enfermería USP*. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019038303702>

