

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LA EXPOSICIÓN A CONSEJERÍA DE
LACTANCIA MATERNA EN LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS
LÍQUIDOS Y SÓLIDOS EN LA DIETA DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES**

DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

JARAMILLO CORELLA ANDREA NICOLE

DIRECTOR: DR. MARCO ANTONIO PINO

QUITO – 2018

DEDICATORIA

A todas las personas que no tienen acceso a la salud que se merecen y necesitan.

Nicole.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por haber marcado mi camino, haberme llevado de la mano en mis primeros pasos y haberme alentado en los últimos.

A mi hermano, que a pesar de ser menor en edad siempre ha demostrado la madurez de la que yo he carecido, agradezco haber crecido a tu lado.

Johanna, gracias por esforzarte junto a mí y enseñarme que mereces lo que sueñas.

Dr. Marco Antonio Pino, gracias por inculcarme la pasión por la salud pública.

Nicole Jaramillo Corella.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1	14
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO 2	16
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	16
SIGLAS Y ABREVIATURAS	16
2.1. LACTANCIA MATERNA	17
2.1.1 DEFINICIÓN	17
2.1.2 CLASIFICACIÓN	17
2.1.3 HISTORIA	19
2.1.4 EPIDEMIOLOGÍA	21
2.1.5 COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA.....	24
2.1.6 FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA	25
2.1.7 IMPORTANCIA	27
2.2. ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA LACTANCIA	29
2.3. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA.....	33
2.3.1 CONTENIDO	33
2.3.2 MOMENTOS.....	33
2.4. MITOS DE LA LACTANCIA MATERNA	34
CAPÍTULO 3	36
MÉTODOS	36
3.1. JUSTIFICACIÓN.....	36
3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	38
3.3. OBJETIVOS.....	38
3.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	38
3.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
3.4. HIPÓTESIS	38
3.5. TIPO DE ESTUDIO.....	39
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO	39
3.7. MUESTRA.....	41

3.7.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	42
3.7.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	42
3.8.	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	43
3.9.	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	44
3.10.	ASPECTOS BIOÉTICOS	45
CAPÍTULO IV		46
RESULTADOS		46
4.1.	ANÁLISIS UNIVARIADO	46
4.2.	ANÁLISIS BIVARIADO	51
CAPÍTULO V		57
DISCUSIÓN		57
CAPÍTULO VI		64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		64
6.1.	CONCLUSIONES	64
6.2.	RECOMENDACIONES	66
CAPÍTULO VII		67
BIBLIOGRAFÍA		67
ANEXOS		74
ANEXO 1: Encuesta		75
ANEXO 2: Consentimiento informado		78

LISTA DE CUADROS

Cuadro N° 1. Pautas para el Almacenamiento de Leche Materna Extraída en el Hogar.

Cuadro N° 2. Comparación entre los componentes presentes en la leche humana, fórmula estándar y leche de vaca.

Cuadro N° 3. Compromisos para conseguir una adecuada lactancia materna.

Cuadro N° 4. Mitos y realidades en relación a la lactancia materna.

Cuadro N° 5. Operacionalización de Variables.

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 1. Prevalencia de LME a nivel mundial según UNICEF.

Figura N° 2. Tasa de lactancia materna exclusiva en un periodo de 0 a 5 meses en todas las regiones según UNICEF.

Figura N° 3. Actores que ejecutan el programa “Alianzas por la lactancia materna”.

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico N° 1. Distribución de los lactantes del estudio según sexo.

Gráfico N° 2. Prevalencia de lactancia materna en la primera hora.

Gráfico N° 3. Prevalencia de lactancia materna exclusiva.

Gráfico N° 4. Motivos para la introducción de alimentación complementaria.

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Distribución de las madres lactantes según paridad y dependencia laboral.

Tabla N° 2. Distribución de las variables relacionadas a la alimentación complementaria.

Tabla N° 3. Distribución de madres que recibieron consejería en lactancia materna, momento y contenido de la misma.

Tabla N° 4. Asociación entre variables maternas y del lactante con lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 5. Análisis estratificado entre paridad y lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 6. Asociación entre contenido y el momento de recepción de la consejería en lactancia materna con lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 7. Asociación entre variables asociadas a alimentación complementaria con consejería en lactancia materna.

Tabla N° 8. Modelo de regresión logística para paridad, dependencia laboral y exposición a consejería en lactancia materna, manteniendo como constante la lactancia materna exclusiva.

RESUMEN

Fundamento: La leche materna es el alimento ideal, completo, ecológico, económico e insustituible para el recién nacido, por lo que se recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y lactancia materna complementaria hasta los 2 años de edad. La introducción de otros alimentos en la dieta del lactante debe realizarse de forma paulatina y controlada por un profesional de la salud asegurando una nutrición adecuada y reduciendo las tasas de morbi-mortalidad infantil. La consejería en lactancia es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud como una forma de garantizar la promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna. Por esto, es de vital importancia conocer si la exposición a consejería en lactancia influye en la introducción de los alimentos complementarios en la dieta de los lactantes.

Objetivo: Demostrar que la consejería de lactancia materna influye tanto en el momento en el que se introducen alimentos distintos a la leche materna como en el tipo de alimento que se introduce en la alimentación de los niños menores de 6 meses.

Población y métodos: Es un estudio transversal que se realizó aplicando una adaptación de la encuesta ENSANUT con el método de recordatorio de 24 horas, a 126 participantes. Madres sanas de niños sanos menores de 6 meses que acudan de manera espontánea a la consulta de control del niño sano en el Centro de Salud de Conocoto. La encuesta fue aplicada durante el tiempo de espera para la consulta, es decir pre consulta.

Las variables a medir fueron divididas en tres categorías:

1. Demográficas: paridad, sexo del niño, ocupación de la madre.
2. Lactancia materna: lactancia materna precoz, lactancia materna exclusiva, inicio de alimentación complementaria líquida, tipo de líquido, inicio de alimentación complementaria sólida, tipo de sólido, razón por la que se inició la alimentación complementaria.
3. Consejería en lactancia materna: exposición a consejería, en que momento, que temas fueron abordados.

Una vez recolectados los datos, se clasificaron a las participantes que han sido expuestas a consejería de lactancia materna y las que no han sido expuestas con el fin de buscar la relación entre la exposición a consejería de lactancia materna y el momento o tipo de alimento que se introduce en la dieta de los niños menores de 6 meses.

El análisis de los datos se realizó en una hoja de Microsoft Excel y fueron codificados numéricamente para que sean leídos independientemente con Epi Info. Una vez que la base de datos estuvo lista, se identificó cada variable y se observó variable por variable los datos más relevantes. Posteriormente, se cruzaron las variables para probar la hipótesis. En su mayoría se utilizaron tablas de 2x2 para buscar la relación entre la exposición y el momento o tipo de alimento introducido.

Resultados: La consejería promueve la lactancia materna exclusiva (OR: 2,1; LC: 1,0 – 4,4) y protege de la no introducción de líquidos en el lactante (OR: 0,4; LC: 0,2 – 0,9). La frecuencia de introducción de líquidos fue de 55,6% y la fórmula fue el

líquido más frecuentemente usado y mayoritariamente se inició desde el nacimiento con un 22,6%. El 7,9% de las madres introdujo sólidos en la alimentación de sus hijos, luego de los 4 meses del infante. El motivo más frecuente para la introducción de alimentación complementaria fue con 75,7% creencias arraigadas. La paridad tiene asociación estadística con la lactancia materna exclusiva ($p < 0,05$), las mujeres multíparas tienen 3 veces más preferencia por la lactancia materna exclusiva (66,1%) frente a las primíparas (25,4%). Dentro de la población que estuvo expuesta a consejería existe asociación entre el número de temas que fueron abordados y la preferencia por lactancia materna exclusiva, con 80,8% en la población que recibió 3 temas durante la consejería.

Conclusiones: La consejería en lactancia materna influye en la no introducción de alimentación complementaria en la dieta de niños menores de 6 meses, a su vez el número de momentos en los que la mujer está expuesta a este asesoramiento y el contenido del mismo influye de forma positiva en el mantenimiento de lactancia materna exclusiva. En el Centro de Salud de Conocoto la prevalencia de la lactancia materna exclusiva es del 44,4 % y de lactancia materna en la primera hora del 63,5 %, cifra en la que se debe elevar para cumplir con la estrategia mundial que plantea la OMS y UNICEF. Los líquidos fueron en alimento mayormente introducido en la dieta de los lactantes, principalmente por creencias arraigadas de la madre. Las madres multíparas tienen 3 veces más preferencia por la lactancia materna exclusiva.

Palabras clave: Lactancia Materna Exclusiva, Nutrición Infantil, Alimentación Complementaria, Consejería en Lactancia Materna, Centro de Salud de Conocoto.

ABSTRACT

Background: Breast milk is an ideal, complete, ecological, and irreplaceable food for the newborn. That is why, exclusive breastfeeding is recommended during the first 6 months of life and complementary breastfeeding until the baby is 2 years old. The introduction of other foods in the diet of the infant should be done gradually and controlled by a health professional ensuring adequate nutrition and reducing infant morbidity and mortality rates. Breastfeeding counseling is a recommendation of the World Health Organization as a way to guarantee the promotion, protection and maintenance of breastfeeding. For this reason, it is vital to know if exposure to breastfeeding counseling influences the introduction of complementary foods in the diet of infants.

Objective: Demonstrate that breastfeeding counseling influences the moment in which foods different than breast milk are introduced in the diet and the type of food that is introduced into the diet of children under 6 months of age.

Population and methods: This is a cross-sectional study that will be done applying an adaptation of the ENSANUT survey to 126 participants. Who will be healthy mothers of healthy children under 6 months of age who spontaneously attend to medical consultation at the Conocoto Public Health Center. The survey will be applied while the patients are waiting for the medical consult.

The variables measured were divided into three categories:

1. Demographic: parity, sex of the child, occupation of the mother.

2. Breastfeeding: early breastfeeding, exclusive breastfeeding, start of liquid supplementary feeding, type of liquid, start of solid complementary feeding, type of solid, reason for which complementary feeding was initiated.
3. Breastfeeding counseling: exposure to counseling, at what time, which topics were addressed.

Once the data is collected, participants who have been exposed to breastfeeding counseling and those who have not been exposed will be classified in order to find the relationship between exposure to breastfeeding counseling and the time or type of food that is introduced into the diet of children under 6 months of age.

The data was analyzed in a Microsoft Excel sheet and numerically coded so that it can be read independently with Epi Info. Once the database was ready, each variable was identified and the most relevant were selected. Subsequently, the variables were crossed to test the hypothesis. To find the relationship between the exposure and the moment or type of food introduced 2x2 tables were used.

Results: Breastfeeding counseling promotes exclusive breastfeeding (OR: 2.1, LC: 1.0 - 4.4) and protects against the non-introduction of liquids in the infant diet (OR: 0.4, LC: 0.2 - 0, 9). Introduction of liquids frequency was 55.6% and formula was the most frequently used liquid and mostly since birth with 22.6%. 7.9% of the mothers introduced solids into their children's diet, after 4 months of the infant. The most frequent reason for the introduction of complementary feeding was with 75.7% mother beliefs. Parity has statistical association with exclusive breastfeeding ($p < 0.05$), multiparous women have 3 times more preference for exclusive breastfeeding (66.1%). In the population that was exposed to breastfeeding

counseling there is an association between the number of topics that were addressed and the preference for exclusive breastfeeding, with 80.8% in the population that received 3 subjects during the counseling.

Conclusions: Breastfeeding counseling influences the non-introduction of complementary foods in the diet of children under 6 months, also the number of moments in which the woman is exposed to this type of advice and the content of it influences positively in the maintenance of exclusive breastfeeding. At the Conocoto Public Health Center, the prevalence of exclusive breastfeeding is 44.4% and breastfeeding during the first hour life is 63.5%, a figure that must be raised to comply with the global strategy posed by the WHO and UNICEF. Liquids were the most introduced food mainly introduced in the diet of the infants, mainly because mother's beliefs. Parity influences breastfeeding practice, multiparous mothers have 3 times more preference for exclusive breastfeeding.

Keywords: Exclusive Maternal Breastfeeding, Infant Nutrition, Complementary Feeding, Breastfeeding Counseling, Conocoto Public Health Center.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el alimento perfecto, completo e imprescindible para el recién nacido, previene enfermedades y garantiza el desarrollo psicológico, físico e intelectual de los infantes durante toda su vida. Además, estrecha el vínculo de amor entre la madre y su hijo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

La Organización Mundial de la Salud recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad y lactancia materna complementaria hasta los 2 años de edad. Es decir, acompañarla de otros alimentos, ya que la leche materna por sí sola no cubre el cien por ciento de las necesidades nutricionales del niño (Organización Mundial de la Salud; UNICEF, 2003). Los nutrientes adicionales se obtienen de otros tipos de alimentos, cuya introducción en la dieta debe realizarse de forma paulatina y controlada por un profesional de la salud garantizando la nutrición adecuada del lactante y reduciendo las tasas de morbi-mortalidad infantil. Si se introducen alimentos distintos a la leche materna antes de tiempo como son aguas, tés, o jugos se aumenta el riesgo de diarreas y otras infecciones (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011; UNICEF Ecuador, 2012).

Desde el punto de vista nutricional al no cumplir con la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad o al practicarla de una forma inadecuada existe un déficit de nutrientes que influye negativamente en el desarrollo óptimo del ser humano y sus consecuencias son visibles a lo largo de la vida (World Health Organization, 2013; Coordinación Nacional de Nutrición, 2012).

La leche materna es el mejor alimento para el niño o niña debido a que posee las cantidades necesarias de vitaminas, fósforo, calcio, proteínas, grasas y azúcares. Al impulsar la lactancia materna en el país, se reducirán los índices de desnutrición en niñas y niños menores de cinco años (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Además de ser la mejor alimentación posible para el niño menor de 6 meses, la lactancia materna también representa una forma de alimentación económica y ecológica. Es económica al contribuir a que menos niños padezcan enfermedades, por lo que se producen menos gastos hospitalarios. Por otro lado, es ecológica debido a que se utiliza un recurso renovable (UNICEF Ecuador, 2012).

La consejería en lactancia es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud como una forma de garantizar la promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna. La consejería consiste en informar al público sobre su importancia, técnicas adecuadas para realizarla, ofrecer consejos para tratar las dificultades y explicar cómo iniciar la alimentación complementaria después de los 6 meses (Chung, et al., 2008; Unicef, 1993; Patnode, Henninger, Senger, Perdue, & Whitlock, 2016).

El objetivo principal de la consejería no es simplemente informar a la población sobre los beneficios de la lactancia materna, sino que también se busca ayudar a la madre a desarrollar su confianza, seguridad y técnica en el momento de la lactancia (UNICEF; World Health Organization, 1997).

De esta manera, al recibir una adecuada consejería, se reducen las prácticas ineficaces de lactancia, asegurando exitosamente una adecuada alimentación para el lactante y garantizando que reciba todos los beneficios que la leche materna le proporciona (Balogun, McFadden, Gavin, & Renfrew, 2016; Shakya, et al., 2017).

CAPÍTULO 2

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SIGLAS Y ABREVIATURAS

SIGLAS

EMALNP: Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño

ENDEMAIN: Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

GAP: Grupo Asesor en Proteínas de las Naciones Unidas.

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS/PAHO: Organización Panamericana de la Salud

PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia

WABA: World Alliance of Breastfeeding Action

ABREVIATURAS

CLM: Consejería en lactancia materna

LME: Lactancia materna exclusiva

LMC: Lactancia materna complementaria

2.1. LACTANCIA MATERNA

2.1.1. DEFINICIÓN

La OMS define la lactancia materna como la ingesta de leche de la madre, lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno. Siendo esta no solo una forma de alimentación, sino un acto fisiológico, instintivo, de herencia biológica adaptativa de los mamíferos que permite aportar a los lactantes los nutrientes necesarios para su desarrollo y crecimiento saludable (OMS, 2018).

2.1.2. CLASIFICACIÓN

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: Ingesta únicamente de leche materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permitiendo recibir medicinas en gotas o jarabes. Se recomienda por la OMS los primeros 6 meses de vida del infante (Palafox & Ortega, 2007).

LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE: Ingesta de leche materna como fuente alimenticia principal, pero permitiendo al lactante recibir otros líquidos en cantidades mínimas (World Health Organization, 2008).

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA: Ingesta de leche materna acompañada de alimentos sólidos o líquidos. Se recomienda por la OMS ingesta de leche materna con la introducción oportuna de los distintos alimentos desde los 6 meses hasta los 2 años de vida (World Health Organization, 2008).

LACTANCIA DIFERIDA: Ingesta de leche materna que ha sido previamente extraída, en algunos casos con la formación de un banco de leche (World Health Organization, 2008).

LACTANCIA EN TANDEM: Ingesta de leche materna por parte de dos o más hijos de distinta edad (World Health Organization, 2008).

RELACTANCIA: Ingesta de leche materna de forma exclusiva luego de haber atravesado un periodo donde esta fue suspendida o se daba alimentación complementaria (World Health Organization, 2008).

MADRE NODRIZA: mujer que da de lactar a un infante que no es su hijo biológico, porque la madre biológica no desea o no puede hacerlo por diversos motivos.

LECHE DONADA: leche materna de una madre distinta a la del infante alimentado, que es almacenada en un banco de leche.

BANCO DE LECHE HUMANA: centro, vinculado a un establecimiento de salud, encargado de la extracción, recolección, procesamiento y análisis de la leche materna, calostro y leche de transición que serán administrados a lactantes bajo supervisión médica.

BANCO DE LECHE EN EL HOGAR: conjunto de medidas usadas para la extracción, recolección y almacenamiento de la leche de la madre en su propia casa

bajo las condiciones adecuadas (Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, 2010).

Cuadro N° 1. Pautas para el Almacenamiento de Leche Materna Extraída en el Hogar.

Lugar de almacenamiento	Temperatura de almacenamiento	Duración máxima recomendada de almacenamiento
Temperatura ambiente	16-29 ° C	3-4 horas óptimo 6-8 horas aceptable
Refrigerador	≤ 4 ° C	72 horas óptimo 5-8 días aceptable
Congeladora	< -4 ° C	6 meses óptimo 12 meses aceptable

Autor: Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. 2010.
Fuente: ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants.

2.1.3. HISTORIA

La lactancia materna ha sido reconocida a través de los años como un referente en alimentación para los niños. A lo largo de la historia esta hipótesis se ha ido validando apoyada en múltiples estudios tanto empíricos como científicos (Lawrence & Lawrence, 2005).

A través del tiempo podemos observar como la praxis de la lactancia materna se vio protegida y continuada mediante la transmisión de experiencias de una madre a la siguiente garantizando la adecuada nutrición de los lactantes. En el viejo continente se han encontrado evidencias de varias civilizaciones antiguas como son; egipcia, griega, romana que remarcan su ejercicio y mantenían su práctica mediante las

madres nodrizas, que principalmente pertenecían a clases sociales bajas. Por otro lado, en el nuevo continente, la nutrición se centraba en formar individuos fuertes para la batalla, considerando el seno materno como eje principal de la alimentación del niño y la lactancia materna como un regalo de los dioses, que se manejaba de manera exclusiva hasta aproximadamente el año de edad (Bulla, Peña Álvarez, Puentes Valencia, & Rodríguez Cepeda, 2009).

La lactancia materna se mantuvo como referente de la alimentación infantil hasta el siglo XX, donde se observó una disminución de su uso de la mano de la inserción de la leche de vaca, la pasteurización y el menosprecio de las clases sociales altas (Organización Mundial de la Salud, 1981). No obstante, fue la alta incidencia de desnutrición infantil, enfermedades gastrointestinales y respiratorias, al ser evidenciada por varios organismos internacionales como son GAP, UNICEF y FAO en el año 1970 lo que fomentó nuevamente la lactancia materna exclusiva a través de cambios en la industria que invitaban al retorno de esta práctica alimenticia.

En los años subsecuentes mediante esfuerzos internacionales se promueve el interés científico en la lactancia materna incrementando la evidencia de su supremacía para la nutrición infantil y generando la elaboración de códigos, comunicados y declaraciones que la abalan como; Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna; Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural; y Declaración de Innocenti (Organización Mundial de la Salud; UNICEF, 2003; UNICEF, 2016; UNICEF, 1990). A su vez estos documentos, fueron los pilares para la creación de múltiples organismos internacionales que abogan por la lactancia materna como WABA, cuyos objetivos planteados a nivel internacional

busca la promoción y evaluación de la lactancia a nivel hospitalario usando la iniciativa IHAN (WABA, 2018). Posteriormente, en el año 1994 la Asamblea de la OMS resuelve fijar la duración ideal de la lactancia materna exclusiva en 6 meses y alerta sobre el uso de sucedáneos de leche materna, volviéndose esto un pilar de la nutrición infantil.

Estos logros a su vez desencadenan varios esfuerzos a nivel internacional con la finalidad de garantizar el derecho a la maternidad y lactancia para las mujeres trabajadoras como: La Cumbre Mundial a favor de la Infancia, La Cumbre Mundial sobre Mujer y Desarrollo, y El Convenio de Protección de la Maternidad (Declaración de Beijing, 1995).

A pesar del uso de las estrategias señaladas no se conseguían las cifras deseadas, buscando que los gobiernos mundiales apoyen estas iniciativas se aprueba la EMALNP, a partir del cual se han ido creando múltiples documentos. La finalidad de estos apartados fue otorgar recomendaciones para mejorar la lactancia y reconocer que las madres requieren ser educadas en el tema, con consejería en lactancia materna (Organización Mundial de la Salud; UNICEF, 2003).

En la actualidad, los esfuerzos a nivel mundial para la promoción y protección de la lactancia son cada vez mayores, pero a pesar de esto no se logra concientizar a la población sobre sus beneficios y por lo tanto garantizar que cada infante tenga la mejor nutrición posible.

2.1.4. EPIDEMIOLOGÍA

ECUADOR

Los datos epidemiológicos en el Ecuador existen, pero no con las actualizaciones necesarias. Se han realizado dos encuestas importantes en los últimos 15 años que buscan evaluar la situación nutricional del país.

La primera, ENDEMAIN, realizada en el año 2004 arrojando las siguientes cifras, por un lado, observamos a los infantes menores de 6 meses de los cuales solo el 58% recibe algún tipo de lactancia y a los niños de entre 6 y 9 meses que reciben una alimentación complementaria pero la introducción de estos alimentos se dio antes de lo recomendado (Coordinación Nacional de Nutrición, 2012; ENDEMAIN, 2004).

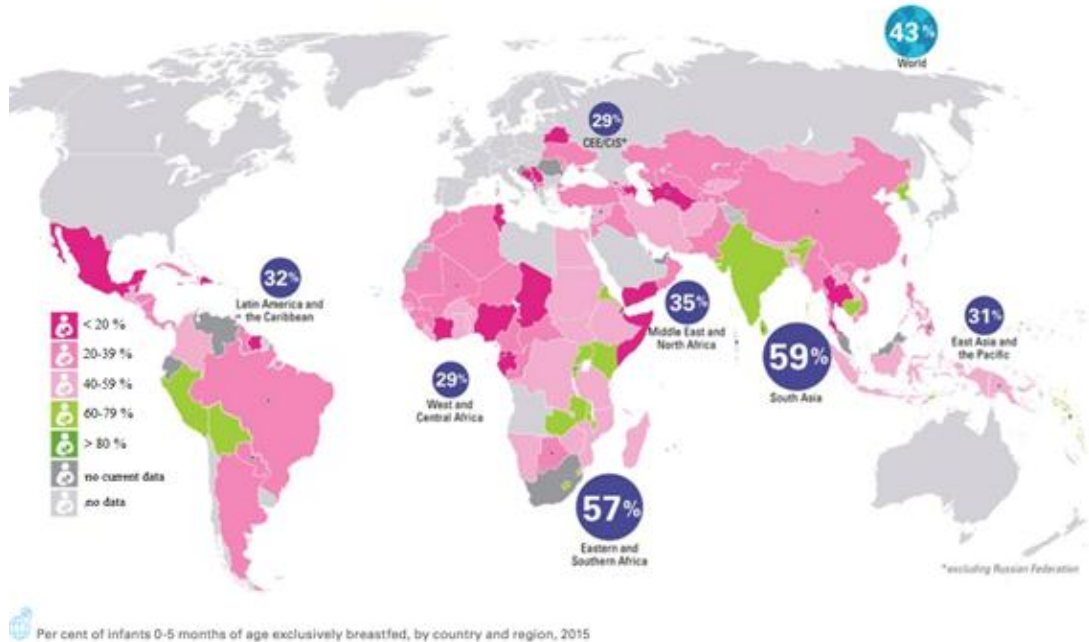
La segunda, ENSANUT realizado en el año 2012, indica que desde el nacimiento hasta el primer mes de vida el 52,4% de la población recibió lactancia materna exclusiva, de 2 a 3 meses de edad LME de 48% y en niños de 4 a 5 meses existió LME de 34,7%. Además, cabe señalar que esta práctica se ve afectada por la situación geográfica y la etnia de la madre, siendo mayor en la Sierra que en la Costa y con mujeres indígenas que montubias (Freire, Ramírez-Luzuriaga, & Belmont, 2015).

INTERNACIONAL

A nivel mundial encontramos que los países en los que más se practica LME son los del sur asiático con 60%, seguidos por naciones del sur y este de África con 57% y en el resto de regiones del mundo redondea el 30%, concluyendo que globalmente solo un 43% de los niños tienen la dieta adecuada para su edad, es decir LME hasta los 6 meses (UNICEF, 2016).

Figura N° 1. Prevalencia de LME a nivel mundial según UNICEF.

Globally, just over two out of five infants are exclusively breastfed

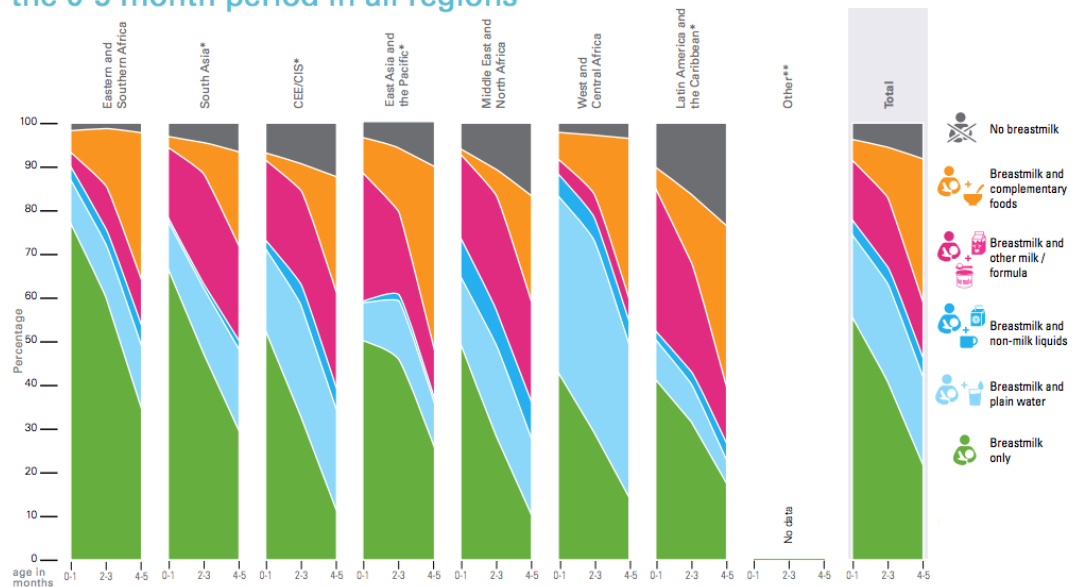


Autor: UNICEF
Fuente: Base de datos global Unicef 2016

Además, las estadísticas nos muestran que inicialmente los niños reciben lactancia materna pero esta cifra va disminuyendo con su crecimiento, es así como a mayor edad menor LME. Este fenómeno puede ser causado por el gran uso de los sucedáneos de la leche materna lo cual impide una LME y también, por la introducción temprana de alimentos complementarios de la dieta principalmente en América del Sur y el Caribe (UNICEF, 2016; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2016).

Figura N° 2. Tasa de lactancia materna exclusiva en un periodo de 0 a 5 meses en todas las regiones según UNICEF.

The rate of exclusive breastfeeding declines steadily throughout the 0-5 month period in all regions



Autor: UNICEF
Fuente: Base de datos global Unicef 2016

2.1.5. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

Se ha identificado a lo largo de los años los elementos presentes en la leche materna y se conoce que la misma presenta la composición exacta para satisfacer los requerimientos nutricionales de los lactantes, incluso al ser comparada con leche de fórmula y leche de vaca.

Cuadro N° 2. Comparación entre los componentes presentes en la leche humana, fórmula estándar y leche de vaca.

Componente	Leche Humana	Fórmula Standard	Leche de Vaca
Calorías (Kcal/l)	747	700	701
Proteínas (g/100ml)	1.1	1.5	2.8
Caseína (g/100ml)	3.7		25.0
Taurina (mM/10ml)	25-30	Agregar artificialmente	<1.0
Fenilalanina (mg/100ml)	48	390mM/100ml	172
Tirosina (mg/100ml)	61		179
Lípidos (g/100ml)	4.5	2.6	4.4
Colesterol (mg/l)	139	0	120
Hidratos de carbono (g/100ml)	6.8	7.2	4.7
Cenizas minerales (%de peso)	0.2	0.33	0.7
Calcio (mg/dl)	34	55	118
Fosforo (mg/dl)	14	44	93
Relación Ca/P	2.4:1	1.2:1	1.3:1
Sodio (g/l)	0.512 (7mEq/l)	1.1 (6 mEq/l)	0.768 g/l
Vitamina D	4-40 UI/l	400UI	47-100UI
Vitamina K	0.9-6.9 mg/l	4mg/100kcal	19mg/l

Autor: Lawrence, R.M & Lawrence, R.A. (2005)
Fuente: Breastfeeding. A guide for the medical profession.

2.1.6. FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA

La fisiología de la lactancia materna inicia a partir de la glándula mamaria. La misma se compone de estroma y parénquima glandular con conductos y alveolos, que a su vez están formados de unidades de síntesis, producción y secreción de leche (Hall, 2016).

Desde su formación la mama se desarrolla a través de 5 periodos que son; embriogénesis, pubertad, embarazo, lactancia e involución, llegando a su fase de maduración final durante la lactancia. En el embarazo, aumentan los valores de

distintas hormonas como son, progesterona, prolactina y lactógeno placentario que a su vez desencadenan la proliferación de acinos, elementos epiteliales e incremento de irrigación en la glándula permitiendo un aumento del tamaño de la mama hasta la semana número 20 donde las células dan comienzo a su actividad secretora (Valdés, Pérez Sánchez, & Labbok, 1996; Neville, 2001).

El proceso mediante el cual las células alveolares mamarias se diferencian y posteriormente logran sintetizar los componentes de la leche materna se denomina lactogénesis, la cual se divide en dos fases (Cregan & Hartmann, 1999). Durante la primera fase, lactogénesis I, que se produce durante el embarazo encontramos 2 grupos de hormonas. Por un lado, las que estimulan la secreción láctea como son; prolactina y lactógeno placentario humano, y por otro las que la inhiben que son; progesterona y estrógenos (Palafox & Ortega, 2007). Además, durante este proceso se produce la división y diferenciación celular para la proliferación del tejido mamario.

En la segunda fase, lactogénesis II, se inicia la producción de leche en grandes cantidades, la cual se encuentra inhibida previamente por la progesterona. Esta hormona disminuye posterior al parto y a su vez existe una secreción constante de prolactina, que estimula la producción de lactoalbúmina en la célula alveolar y a su vez la síntesis de lactosa junto con la acción estimulante de otras hormonas como insulina, hormona del crecimiento, paratiroidea y cortisol (Valdés, Pérez Sánchez, & Labbok, 1996; Palafox & Ortega, 2007).

Finalmente, se produce la galactopoyesis y secreción láctea madura. El transporte de la leche materna inicia con la succión y estimulación de los receptores sensitivos del

pezón por parte del lactante lo que produce un efecto de cascada a través de la médula espinal, mesencéfalo, hipotálamo y finalmente hipófisis donde se estimula la secreción de prolactina en su parte anterior y oxitócica en su región posterior. De esta manera, cada vez que la mama da de lactar al infante se repite el proceso y la cantidad de leche secretada es proporcional a la succión del pezón relacionándose con los requerimientos del niño (Arthur, Hartmann, & Smith, 1987; Dewey & Lönnerdal, 1987).

2.1.7. IMPORTANCIA

La importancia de la lactancia materna es inconmensurable, beneficia la salud y nutrición del lactante permitiendo su adecuado desarrollo. La evidencia nos ha mostrado que la alimentación de los niños principalmente los 2 primeros años de vida es crítica para su salud y supervivencia futura. Por lo mismo, OMS, UNICEF y la Convención de los Derechos del Niño buscan permitir que todos los niños tengan acceso a la leche materna de la forma adecuada y en el tiempo adecuado.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Se conoce que la LME debe darse hasta los 6 meses de vida, en los casos en los que no se cumple se ha demostrado que el lactante presenta; un menor desarrollo de su inteligencia, mayor susceptibilidad a infecciones auditivas, diarrea y neumonía, menor desarrollo de su sistema inmunológico, mayor incidencia de obesidad y enfermedades crónicas, además de un riesgo 2.8 veces mayor de morir y se generan pérdidas millonarias a nivel de salud pública (Chowdhury, y otros, 2015; World Health Organization, 2001).

De igual manera, tiene gran importancia en la madre; previene la hemorragia postparto, actúa como método anticonceptivo, disminuye la incidencia de depresión postparto, facilita la recuperación del peso previo al embarazo, beneficia la relación afectiva madre e hijo, y otorga una fuente de alimentación económica que permite salvaguardar a la familia (Haggerty & Rutstein, 1999; Dewey, Cohen, Brown, & Rivera, 2001).

LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA

La nutrición después de los 6 meses se realiza con lactancia materna y alimentación complementaria para de esta forma prevenir deficiencias de micronutrientes y disminuir los índices de morbi-mortalidad infantil. La introducción de estos alimentos debe ser vigilada y direccionada por un profesional de la salud con la capacidad de guiarla de manera adecuada analizando los requerimientos nutricionales del niño durante su crecimiento (Rollins, y otros, 2016).

LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA

El inicio temprano de la lactancia materna salvaguarda al infante de la muerte durante el momento más vulnerable de sus vidas, que son sus primeras horas. A pesar de esto solo el 45 por ciento de los lactantes inician la lactancia en el tiempo adecuado (World Health Organization, 2017).

Nuevos estudios concluyen que el riesgo de muerte neonatal aumenta de forma directamente proporcional con el tiempo que el niño demora en lactar por primera vez. Los datos indican que los pequeños que inician la lactancia un día o más después del nacimiento presentan 79 por ciento más riesgo de muerte neonatal que los que la realizan dentro de la primera hora. (NEOVITA Study Group, 2016). De la

misma manera, esta práctica facilita la colonización intestinal del niño creando un ambiente microbiológico intestinal saludable y mejora su sistema inmune (Victora, et al., 2016; Verduci, et al., 2014).

Adicionalmente, el contacto piel con piel ayuda a reducir la mortalidad infantil mediante la regulación de temperatura, frecuencia cardíaca y respiración del recién nacido. Al mismo tiempo, favorece la institución del vínculo madre e hijo, facilita la lactancia y aumenta la probabilidad de que esta continúe por un tiempo adecuado (Moore, Bergman, & Dowswell, 2016; Boccolini, Pérez-Escamilla, Giugliani, & Boccolini, 2015).

2.2. ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA LACTANCIA

Existen varias razones que modulan la tasa de lactancia materna, algunas de ellas son: escasa información, desvaloración de la lactancia, protocolos de atención hospitalaria inapropiados, consejería en lactancia materna inefectiva e ineficiente, ocupaciones de la mujer que interfieren con el rol de madre, presencia de mitos y creencias culturales que no permiten el desarrollo adecuado de la lactancia. Debido a que la falta de praxis de lactancia materna es multifactorial UNICEF – Ecuador y el MSP han desarrollado estrategias para actuar a nivel colectivo y personal, creando políticas públicas que garanticen su protección y fortaleciendo los programas que la promueven, algunas de estas son: difusión y análisis de información, intercambio de conocimientos a nivel mundial, incremento de la evidencia que apoye la nutrición infantil y adopción de prácticas saludables que apoyen la lactancia materna (UNICEF Ecuador, 2017).

Estos esfuerzos se ejecutan a través del modelo “Alianzas para La Lactancia Materna, un acto de amor y de supervivencia infantil” en el que trabajan múltiples organismos buscando tener un enfoque positivo multidimensional en la práctica y mantenimiento de la lactancia en nuestro país.

Figura N° 3. Actores que ejecutan el programa “Alianzas por la lactancia materna”.



Autor: UNICEF. 2017.

Fuente: Programa Un Acto de Amor y de Supervivencia Infantil: La Lactancia Materna

Uno de los proyectos planteados actualmente por la UNICEF a nivel internacional y en el Ecuador es el “Programa de Salud y Nutrición”, que nace con el objetivo de impulsar comportamientos saludables en la sociedad para de esta manera mejorar la salud materna e infantil. El mismo forma parte del proyecto “Una promesa renovada para las Américas: Reduciendo inequidades en la salud reproductiva, materna y del

niño”; que se encuentra enfocado en la población menor de edad en situación de vulnerabilidad y busca generar de políticas públicas a favor de salud reproductiva y materna, nutrición y VIH/SIDA (UNICEF Ecuador, 2016).

Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Lactante y Pequeño de OMS /UNICEF funciona desde el año 2002 con el fin de reducir los índices de desnutrición y morbi-mortalidad infantil aportando una guía para apoyar, promover y proteger la LME hasta los 6 meses de edad y LMC hasta los 2 años con la introducción paulatina y adecuada de alimentación complementaria (Organización Mundial de la Salud; UNICEF, 2003; UNICEF Ecuador, 2011).

Como parte de esta estrategia, a nivel internacional, la primera semana de agosto la UNICEF conmemora la “Semana Mundial de la Lactancia Materna” buscando fomentar, proteger y mantener la lactancia materna con actividades dinámicas para la población general como son implementación de debates, concursos, muralismo, talleres y charlas (UNICEF Ecuador, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2017).

En los años pasados se han venido realizando intervenciones a favor de la lactancia como la campaña “Tu leche es amor” que se llevó a cabo a nivel nacional en el año 2012, con el propósito de dar a conocer los beneficios y desmitificar la lactancia materna (UNICEF, 2012).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador mediante la Secretaria Técnica del Plan Toda una Vida puso en marcha el “Programa Acción Nutrición” con la meta de beneficiar la salud de los niños menores de 5 años usando políticas públicas,

promoviendo un desarrollo sustentable, acceso al Buen Vivir y garantizando los derechos de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Las intervenciones que realiza este programa en cuanto a salud se centran en; prevención y recuperación de la nutrición, educación alimentaria y promoción de la lactancia materna.

Con respecto a la lactancia materna, se busca fomentar su mantenimiento de manera exclusiva hasta los 6 meses de vida por medio de sesiones de consejos nutricionales y asistencia a los controles del niño sano mediante el apoyo del hospital o del centro de salud donde se realizan las atenciones pre y postnatales. Adicionalmente, se plantean compromisos a nivel de hogar, comunidad y gobierno para garantizar el derecho a la lactancia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

Cuadro N° 3. Compromisos para conseguir una adecuada lactancia materna.

Responsabilidad	Hogar	Comunidad	Gobierno
Respetar	Comprender que la lactancia materna es ideal para los neonatos	Apoyar el fomento de la lactancia materna	Impulsar constantemente la lactancia materna
Proteger	Evitar comprar sustitutos de la leche materna	Informar a la población de la importancia de la lactancia materna	Proteger a la población frente a la desinformación. Adoptar medidas legales apropiadas
Facilitar	Ayudar en las tareas del hogar durante el período de lactancia materna	Ayudar a reducir la carga de las madres que amamantan	Prodigar cuidados básicos a la madre y al hijo. Sensibilizar al personal médico y paramédico respecto al apoyo de la lactancia materna
Satisfacer	Asegurarse de que la madre que amamanta coma bien y descanse lo suficiente	Proporcionar alimentos a los hogares desfavorecidos en los que vive una madre que amamanta	Garantizar la seguridad alimentaria de los hogares

Autor: Le Bihan, 2003.
Fuente: Programa Acción Nutrición

2.3. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA

La consejería en lactancia materna se define como el proceso educativo llevado a cabo por personal de salud previamente capacitado con el objetivo de informar, promover y proteger su praxis.

2.3.1 CONTENIDO

Este asesoramiento debe darse de manera individualizada para garantizar su mejor entendimiento y de esta forma beneficiar la práctica de la lactancia, con este objetivo se ha identificado varios momentos en los que se debe trabajar como son: inicio de la consejería, búsqueda de los factores de riesgo y refuerzo de la confianza de la mujer.

Dentro del inicio de la consejería se busca encontrar una relación de confianza y amabilidad entre el personal de salud y la madre. Durante la búsqueda de los factores de riesgo se analiza los problemas que existen para iniciar y continuar la lactancia. Finalmente, el último momento radica en brindar apoyo, reforzar la confianza y buscar soluciones a las dificultades previamente identificadas (UNICEF, 2012).

2.3.2. MOMENTOS

Una madre puede estar expuesta a consejería en lactancia, antes, durante y después del parto, incluyendo en las atenciones pediátricas del niño. Dependiendo el momento en el que recibe el asesoramiento serán diferentes los temas brindados por el personal de salud (Ministerio de Salud de Perú; Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, 2017).

- Durante la etapa prenatal: se debe recalcar en el cuidado del aspecto psicológico y nutrición de la embarazada, además, brindar información sobre los cambios en las mamas y preparación para la lactancia.
- Durante el parto: se necesita solventar las necesidades en el trabajo de parto, garantizando los derechos de la mujer y facilitando el apego precoz y la lactancia materna en la primera hora.
- Durante el periodo postparto: se requiere disminuir las inseguridades de la madre sobre la lactancia, identificar necesidades y desmitificar creencias, apoyarla y reforzar su confianza recalcando las técnicas adecuadas para amamantar y prevenir la mastitis. Además, se debe informar sobre formas adecuadas de extracción de leche y creación de bancos de leche.
- Hasta los 2 años de edad del infante: se deben abordar temas como introducción de alimentos complementarios de forma oportuna, reinicio de vida sexual, planificación familiar y nutrición materna.

2.4. MITOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Existen varios mitos alrededor de la lactancia materna, creencias arraigadas de carácter empírico que se transmiten de generación en generación, siendo del tipo “que la leche materna no es suficiente para alimentar al niño” que desencadenan desinformación en las madres provocando un imaginario colectivo equivocado. La nutrición infantil se ve afectada con disminución de la lactancia materna exclusiva e introducción de alimentos complementarios de forma abrupta en la dieta de los menores de 6 meses.

Cuadro N° 4. Mitos y realidades en relación a la lactancia materna.

Mito	Realidad
Afectan el inicio de la lactancia materna	
Las mujeres no proporcionan la leche suficiente para satisfacer al lactante.	La lactancia es regulada por la demanda del bebe, por lo que produce la cantidad necesaria de leche.
El calostro no debe ser consumido, hay que esperar que salga la leche blanca.	El calostro presenta una apariencia distinta a la de la leche materna debido a la diferencia en sus componentes, que son los necesarios para el infante en los primeros días de vida.
Afectan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	
En caso de la que lactancia materna sea interrumpida, es imposible volver a iniciarla.	La LME es la mejor alimentación para el niño, en caso de que esta se haya suspendido se puede reiniciar mediante la relactación.
Hay que darle uvas al niño para que hable más rápido.	Durante los primeros 6 meses de vida no se necesita ningún alimento adicional a la leche materna para la nutrición adecuada del bebe.
Las coladas y aguas aromáticas ayudan a fortalecer el estómago de los niños.	Brindar al lactante menor de 6 meses agua no es necesario ya que la leche materna se compone en un 90% de este líquido.
Afectan la lactancia materna complementaria hasta los 2 años	
Madres que estén en periodo de lactancia de su primer hijo y se queden embarazadas deben interrumpir la lactancia.	Los componentes de la leche, y por ende la nutrición del lactante, no se ven afectados por el embarazo y se debe practicar la lactancia en tándem una vez que nazca el segundo hijo.
Una vez que el niño aprende a caminar debe dejar de lactar.	El niño necesita para su alimentación óptima ingerir leche materna más alimentos complementarios desde los 6 meses hasta los 2 años de edad.
Afectan la calidad de vida de la madre	
Algunos alimentos deben prohibirse para la madre mientras da de lactar.	Una dieta materna balanceada garantiza la producción de leche adecuada.
Durante la lactancia la mujer no puede mantener relaciones sexuales por que se daña la leche.	La mujer puede mantener una vida sexual activa y saludable que le permita desarrollarse de una manera plena dentro de su entorno, y esto no afecta la composición de la leche.

Fuente: Mitos y realidades de la lactancia materna.
 Autor: Nicole Jaramillo Corella. 2018.

CAPÍTULO 3

MÉTODOS

3.1. JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es la alimentación inocua para el niño, pero aun cuando las madres inician la lactancia de manera satisfactoria frecuentemente dejan de amamantar al niño de manera temprana o comienzan a dar a sus hijos alimentos complementarios pocas semanas después del parto, es decir, antes de lo recomendado. Los agentes de salud encargados de cuidar a las madres y a sus hijos después del período prenatal juegan un papel clave en la consejería de lactancia materna para garantizar su promoción, protección y mantenimiento. Por esto, es de vital importancia conocer si la exposición a consejería en lactancia influye en la introducción de los alimentos complementarios en la dieta de los lactantes, permitiendo satisfacer sus requerimientos nutricionales (González de Cosío, Escobar-Zaragoza, González-Castell, & Rivera-Dommarco, 2013).

Se han realizado algunos estudios en el país respecto a la lactancia materna exclusiva y la introducción de alimentos en la nutrición de los infantes. La encuesta demográfica de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004) señala que el 60-79% de los niños y niñas, entre los seis y nueve meses de edad, reciben alimentos complementarios oportunos para su edad, pero, se introduce alimentación complementaria más temprano de lo recomendado. El 18.4% de los menores de seis meses recibe leche materna de forma predominante pero de manera adicional consumen agua y otros líquidos. Cabe recalcar que en el estudio se manifiesta que solo el 58% de los menores de seis meses recibe algún tipo de lactancia; el resto no

está siendo amamantado o recibe otros alimentos no recomendados para la edad (Coordinación Nacional de Nutrición, 2012; CEPAR, 2004).

Otro estudio realizado en el país es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), cuyo objetivo fue describir la situación de salud reproductiva, materna e infantil en el Ecuador. Dentro de este objetivo se analizó la prevalencia de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de edad. Sus resultados señalan que desde el nacimiento hasta el primer mes de vida el 52,4% de lactantes se alimentaron exclusivamente con leche materna. Posteriormente, cuando los infantes tenían de 2 a 3 meses de edad, la alimentación exclusiva con leche materna bajo al 48%. Finalmente, en los niños de 4 a 5 meses el porcentaje de lactantes que se alimentaban exclusivamente con leche materna era de 34,7%. De esta manera, se observa como con el crecimiento del niño disminuye la práctica de la lactancia materna exclusiva. Hay que recordar que la alimentación complementaria debería introducirse al cumplir los seis meses de edad, y este proceso debería iniciar cuando la leche materna por sí sola deja de aportar el 100% de las necesidades nutricionales del niño (Freire, Ramirez-Luzuriaga, & Belmont, 2015).

La introducción oportuna de alimentos distintos a la leche materna contribuye a garantizar una transición adecuada de alimentación líquida inicial a una dieta semisólida proveniente de los alimentos complementarios (Comité de Nutrición Argentina, 2001). El presente estudio plantea demostrar que la consejería de lactancia materna influye en la introducción de alimentos líquidos y sólidos en la dieta, tanto en el momento en el que se introducen alimentos distintos a la leche materna y en el tipo de alimento que se introduce en la alimentación de los niños

menores de 6 meses, mediante la implementación de la encuesta ENSANUT modificada (Organización Mundial de la Salud; UNICEF, 2003).

3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿La introducción de alimentos líquidos y sólidos en la dieta de niños menores de 6 meses está influenciada por la exposición a consejería en lactancia materna?

3.3. OBJETIVOS

3.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar si la consejería en lactancia materna influye en la introducción de alimentación complementaria de niños menores de 6 meses.

3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y de lactancia materna dentro de la primera hora.
- Determinar la frecuencia de la alimentación complementaria, el tipo, el momento de introducción y el motivo.
- Puntualizar la frecuencia del momento en que se impartió y el contenido de la consejería en lactancia materna.
- Determinar asociaciones estadísticas entre la lactancia materna exclusiva y variables maternas y del lactante.
- Demostrar asociaciones estadísticas entre la consejería en lactancia materna y la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria.

3.4. HIPÓTESIS

- La exposición a consejería en lactancia materna disminuye y aplaza la introducción de alimentos líquidos y sólidos en la dieta de niños menores de 6 meses.

3.5. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, la intervención fue ejecutada aplicando una adaptación de la encuesta ENSANUT, una encuesta ampliamente conocida, a madres sanas de niños sanos menores de 6 meses que acudan de forma espontánea a la consulta de control del niño sano en el Centro de Salud de Conocoto usando el método de recordatorio de 24 horas.

En cada uno de los participantes se estudiaron variables demográficas, en lactancia materna, y en consejería en lactancia.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

Cuadro N° 5. Operacionalización de Variables.

Variables	Definición Conceptual	Escala	Tipo de Variable	Indicador
VARIABLES DEMOGRÁFICAS				
Paridad	Número total de embarazos	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multípara 	Cualitativa	Distributivo Porcentual
Sexo del bebé	Conjunto de características biológicas que caracterizan a hombres y mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cualitativa	Distributivo Porcentual
Ocupación de la madre	Actividad que tiene un significado único	<ul style="list-style-type: none"> • Con dependencia laboral 	Cualitativa	Distributivo Porcentual

	y un propósito en la vida de la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Sin dependencia laboral 		
Variables de lactancia materna				
Lactancia en la primera hora	El niño debe colocarse en contacto con la piel de su madre y lactar antes de que se cumpla la primera hora de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	Distributivo Porcentual
Lactancia materna exclusiva	Periodo de 0 – 6 meses en que el niño solo recibe leche materna.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	Distributivo Porcentual
Momento de inicio de alimentación complementaria líquida	Tiempo en el que se adiciona a la dieta otros alimentos líquidos distintos a la leche materna.	<ul style="list-style-type: none"> • Valor numérico que indica tiempo 	Cuantitativa	Distributivo Porcentual
Tipo de líquido	Tipo de alimento líquido que se da al niño.	<ul style="list-style-type: none"> • Agua pura • Leche de fórmula • Otro líquido (sopa, colada, gaseosas, jugos) 	Cualitativa	Distributivo Porcentual
Momento de inicio de alimentación complementaria sólida	Tiempo en el que se adiciona a la dieta alimentos sólidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Valor numérico que indica tiempo 	Cuantitativa	Distributivo Porcentual
Tipo de sólido	Tipo de alimento sólido que se da al lactante.	<ul style="list-style-type: none"> • Tubérculos • Frutas 	Cualitativa	Distributivo Porcentual
Razón por la	Motivo por el que	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de 	Cualitativa	Distributivo

que se inició la alimentación complementaria	se incorporó a la dieta del niño un alimento distinto a la leche materna.	tiempo de la madre • Creencias arraigadas		Porcentual
Variables de consejería en lactancia materna				
Exposición a consejería en lactancia materna	Asesoramiento en lactancia materna entendiendo sus sentimientos y ayudándolos a desarrollar confianza con ellos mismos y a decidir qué hacer.	• Si • No	Cualitativa	Distributivo Porcentual
Momento en que se realizó la consejería en lactancia materna	Tiempo en el que se dio el asesoramiento en lactancia materna.	• Prenatal • Postnatal • Prenatal y postnatal • No la recibió	Cualitativa	Distributivo Porcentual
Contenido de la consejería de lactancia recibida previamente	Temas abordados durante la consejería en lactancia	• Importancia de la lactancia materna • Técnicas para amamantar adecuadamente • Consejos para enfrentar dificultades durante la lactancia	Cualitativa	Distributivo Porcentual

3.7. MUESTRA

El cálculo de la muestra se realizó utilizando el 80% de potencia para el formulario, razón de expuestos/no expuestos de 1 mujer expuesta a consejería en lactancia

materna por 1 mujer no expuesta a consejería en lactancia materna . El porcentaje de mujeres que no ha recibido consejería es 35% y el porcentaje de mujeres que si recibió consejería es 60%. Con estos datos se calcula una muestra mínima de 126 más pérdidas.

Las participantes fueron madres sanas de niños sanos menores de 6 meses que acudieron de manera voluntaria a la consulta de control del niño sano en el Centro de Salud de Conocoto.

3.7.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser mayor de 18 años de edad.
- Mujeres sanas madres de niños sanos que acude espontáneamente a consulta de control del niño sano.
- Madres de niños nacidos a término.
- Madres de niños menores de 6 meses.
- Madres de niños con adecuado peso y talla al nacer
- Madres de niños que no hayan estado en cuidados intermedios
- Haber firmado consentimiento informado

3.7.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente que no desee participar.
- Madres embarazadas actualmente.
- Madres que tomen medicamentos que interfieren con la lactancia materna.
- Madres con patologías que interfieren con la lactancia materna.

3.8. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información fue realizada aplicando una adaptación de la encuesta ENSANUT, a madres sanas de niños sanos menores de 6 meses que acudieron de forma espontánea a la consulta de control del niño sano en el Centro de Salud de Conocoto. La encuesta fue aplicada durante el tiempo de espera para la consulta, es decir pre consulta, durante los meses de Junio y Julio del 2018.

El material de trabajo usado incluyó carpeta de trabajo, manual del encuestador, formularios de encuesta, consentimientos informados, esfero, lápiz, borrador, sacapuntas, mochila, credencial.

El instrumento utilizado para recolectar la información fue la encuesta ENSANUT modificada. La misma contiene datos sobre lactancia materna y consejería en lactancia en 17 preguntas, que fueron realizadas por la investigadora a las participantes implementando el recordatorio de 24 horas (ANEXO 1).

El método elegido para la recolección de la información dietética de forma retrospectiva fue el de recordatorio de 24 horas, ya que es aplicable en la población de estudio, beneficia el propósito de la investigación y proporciona el tipo de información nutricional que se desea obtener (Monge-Rojas R, González S, Piñeiros P, & Freire, 2014).

Los pasos para la entrevista fueron:

Previo a la entrevista:

- a. Condición de la entrevista: se garantizó la privacidad de la entrevistada con una adecuada actitud y discreción por parte de la encuestadora. Esto con el objetivo de conseguir información confiable, veraz y necesaria para llenar el formulario.
- b. Identificación de los sujetos claves: las informantes fueron las madres sanas de niños sanos menores de 6 meses.

Durante la entrevista:

- c. La encuestadora se presentó como egresada de la Facultad de Medicina de la PUCE en proceso de realización de su trabajo de titulación y explicó el proyecto.
- d. Se dio a conocer y se hizo firmar el consentimiento informado (ANEXO 2).
- e. Se realizó la encuesta administrada por la encuestadora con aplicación del método de recordatorio de 24 horas al momento de adquirir la información nutricional. Se consultó sobre la información nutricional del día anterior a la realización de la encuesta dando una lista de alimentos, tiempo de comidas y nombre de las posibles preparaciones con su desglose. El flujo de las preguntas fue determinado por el orden de las preguntas en el formulario (ANEXO 1).

Posterior a la entrevista:

- f. Se agradeció por el tiempo otorgado.

3.9. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez realizada la recolección de la información los datos fueron analizados en una hoja de Microsoft Excel y codificados numéricamente para que sean leídos independientemente con el programa estadístico Epi Info. Con la base de datos lista se identificó cada variable y se observó variable por variable los datos más relevantes.

Posteriormente la hipótesis fue probada a través del cruce de variables.

En su mayoría se utilizaron tablas de 2x2 para buscar la relación entre la exposición y el momento o tipo de alimento introducido. Se realizó un modelo de regresión logística y análisis estratificado.

3.10. ASPECTOS BIOÉTICOS

La investigación fue realizada con un comportamiento ético y humano, guiada por los principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. Durante la misma, se cumplió con los requerimientos estipulados en la declaración de Helsinki 1964 para realizar investigaciones en seres humanos.

Además, se garantizó que los datos obtenidos fueron manejados con absoluta confidencialidad únicamente por la investigadora para precautelar la seguridad de los participantes y de la investigación. Se implementó el uso de siglas en lugar de los nombres de cada participante para garantizar el anonimato, protegiendo la identidad y la confidencialidad de las encuestadas a lo largo de todo el proceso de la investigación, desde que la participante fue contactada hasta que se hace público el trabajo.

Previo a la encuesta, fue implementado un consentimiento informado escrito, que ha sido realizado según el modelo de la Organización Mundial de la Salud (ANEXO 2) para documentar la autorización consciente de cada participante. La encuestadora se aseguró de que la participante entendió claramente el contenido y objetivo de la encuesta, el uso que se le quiere dar a la información y su derecho a no contestar preguntas. Se explicó a las participantes que la información será utilizada exclusivamente con fines investigativos, pidiendo su colaboración a través de la encuesta.

Mientras la encuesta fue realizada, se trató a cada participante con respeto y no se discutieron detalles de las respuestas de una participante con otra. La misma fue implementada por la investigadora, y contestada de manera voluntaria por las encuestadas.

En cuanto a los riesgos, durante la implementación del proyecto no se expuso al universo involucrado a ningún tipo de riesgo, las participantes no se expusieron a intervenciones ya que la única herramienta necesaria para la recolección de los datos fue la encuesta.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

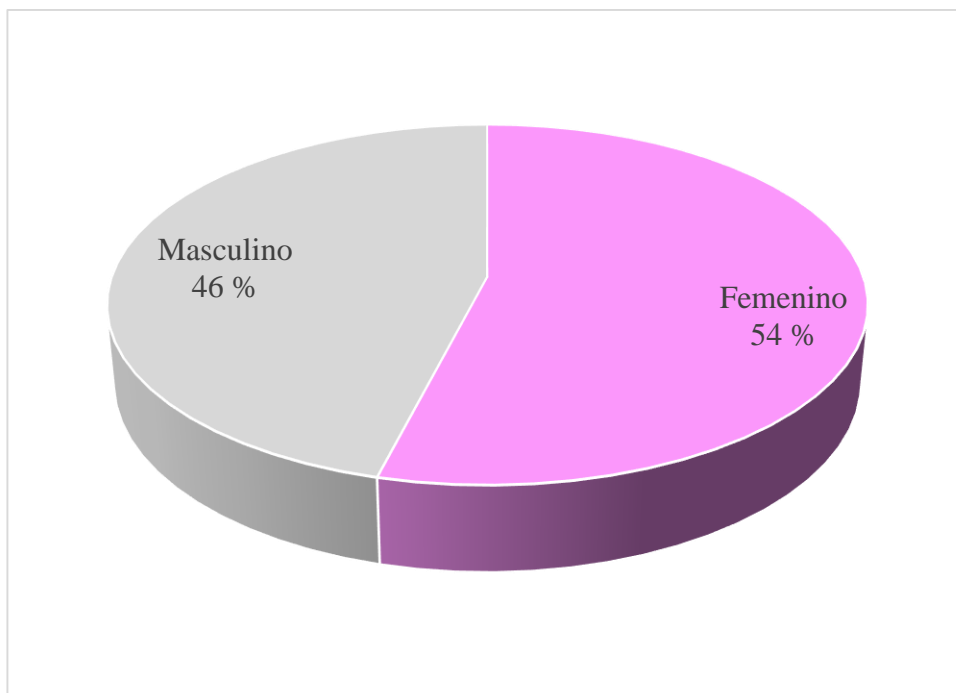
Se aplicó la encuesta a 126 madres sanas de niños sanos menores de 6 meses de edad en el Centro de Salud de Conocoto, durante los meses de junio y julio de 2018.

Tabla N° 1. Distribución de las madres lactantes según paridad y dependencia laboral.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Paridad		
Primípara	67	53,2%
Múltipara	59	46,8%
Dependencia laboral		
Si	33	26,2%
No	93	73,8%
Total	126	100,0%

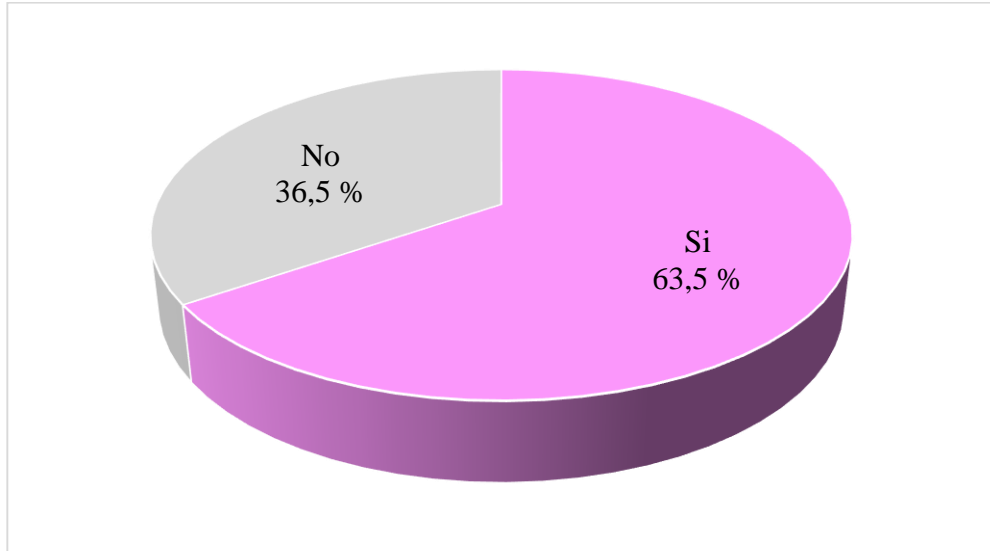
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.

Gráfico N° 1. Distribución de los lactantes del estudio según sexo.



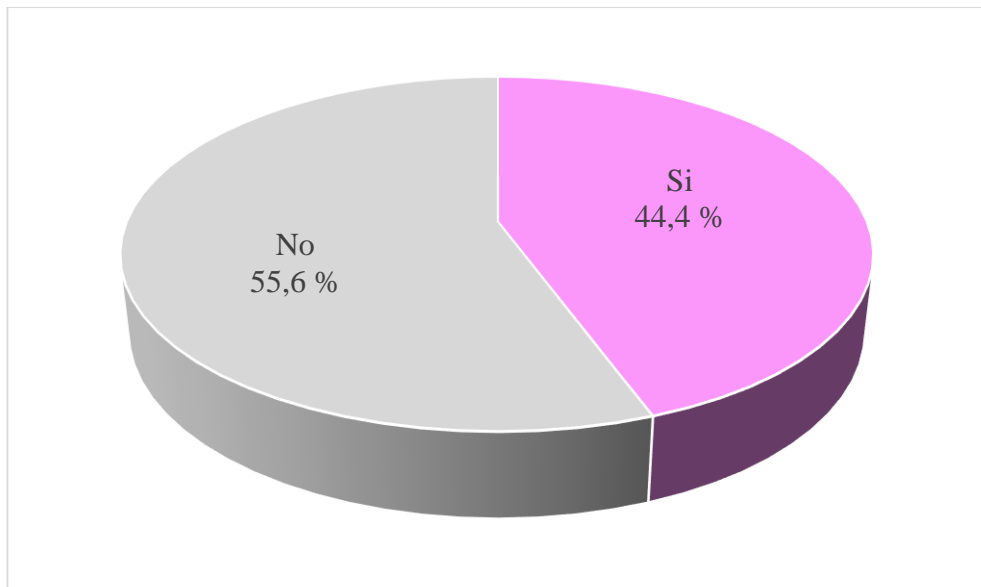
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.

Gráfico N° 2. Prevalencia de lactancia materna en la primera hora.



**Fuente: Encuesta.
Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.**

Gráfico N° 3. Prevalencia de lactancia materna exclusiva.



**Fuente: Encuesta.
Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.**

Tabla N° 2. Distribución de las variables relacionadas a la alimentación complementaria.

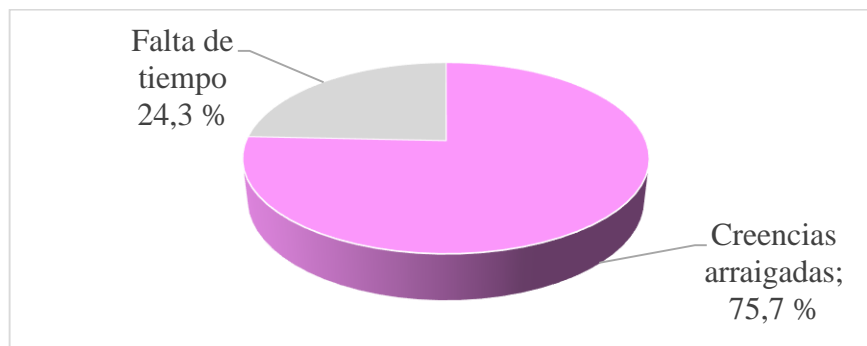
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Introducción de líquidos		
Si	70	55,6%
No	56	44,4%
Tipo de líquido		
Ninguno	56	44,4%
Agua pura	13	10,3%
Fórmula	33	26,2%
Otro	24	19,0%
Momento de la introducción de líquido		
Aún no ha sido introducido	56	44,4%
Nacimiento	33	26,2%
3 meses	23	18,3%
4 o más	14	11,1%
Introducción de sólidos		
Si	10	7,9%
No	116	92,1%
Tipo de sólido		
Ninguno aún	116	92,1%
Frutas	6	4,8%
Tubérculos	4	3,2%
Momento de la introducción de sólidos		
Aún no ha sido introducido	116	92,1%
Nacimiento	0	0,0%
3 meses	0	0,0%
4 o más	10	7,9%
Total	126	100,0%

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.

Los líquidos fueron introducidos en un 55,6% de los niños. La fórmula fue el líquido más frecuentemente usado y lo hicieron más comúnmente en el momento del nacimiento. El 7,9% introdujo sólidos, especialmente frutas (4,8%) y el momento de su introducción fue luego de los 4 meses del infante.

Gráfico N° 4. Motivos para la introducción de alimentación complementaria.



**Fuente: Encuesta.
Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.**

Los motivos para la introducción de alimentación complementaria fueron en un 75,7% por creencias arraigadas y un 24,30% por falta de tiempo para ejercer la lactancia.

Tabla N° 3. Distribución de madres que recibieron consejería en lactancia materna, momento y contenido de la misma.

Consejería	Frecuencia	Porcentaje
Momento		
Ninguno	63	50,0%
Prenatal	30	23,8%
Postnatal	10	7,9%
Pre y postnatal	23	18,3%
Contenido		
Importancia	17	13,5%
Importancia y técnicas	21	16,7%
Importancia, técnicas y consejos	25	19,8%
Total	126	100,0%

**Fuente: Encuesta.
Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.**

Se estudiaron dos grupos de mujeres, las que estuvieron expuestas a consejería de lactancia materna y las que no. Dentro del grupo que estuvo expuesto, la mayoría de las mujeres recibió la consejería en épocas prenatales, seguido de asesoría tanto en el período pre y postnatal. El 19,8% recibió dentro del contenido de la consejería: la importancia de la lactancia materna, técnicas para amamantar y consejos para enfrentar dificultades en el momento de la lactancia; el 16,7% recibió su importancia y técnicas y 13,5% solo la importancia.

4.2. ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla N° 4. Asociación entre variables maternas y del lactante con lactancia materna exclusiva.

Variables	Lactancia materna exclusiva		Total	p	OR LC
	Si F %	No F %			
Paridad					
Primípara	17 (25,4%)	50 (74,6%)	67	0,000	0,4/ 0,3 – 0,6
Múltipara	39 (66,1%)	20 (33,9%)	59		2,6/ 1,6 – 4,0
Dependencia laboral					
Si	11 (33,3%)	22 (66,7%)	33	0,135	1,8/ 0,8 – 4,3
No	45 (48,4%)	48 (51,6%)	93		
Sexo del lactante					
Femenino	32 (47,1%)	36 (52,9%)	68	0,523	07/ 0,3 – 1,6
Masculino	24 (41,4%)	34 (58,6%)	58		
Total	56 (44,4%)	70 (55,6%)	126 (100,0%)		

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.

Según el análisis bivariado, se puede observar que la paridad tiene asociación estadística con la lactancia materna exclusiva ($p < 0,05$). Las madres multíparas tienen casi 3 veces más posibilidades de dar lactancia materna exclusiva frente a las primíparas, siendo la paridad un factor que modula esta preferencia. La dependencia laboral y el sexo del lactante no tienen relación estadística con la lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 5. Análisis estratificado entre paridad y lactancia materna exclusiva.

Análisis Estratificado por Paridad	LME		CHI 2 (p)
	Si	No	
Multípara:			
- Exposición CLM			
Si	11	8	0.39 (0.53)
No	28	12	
Primípara:			
- Exposición CLM			
Si	11	33	0.039 (0.84)
No	6	17	

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.

En el análisis estratificado se observa que la relación aparentemente existente entre paridad y exposición a consejería en lactancia materna, que podría estar interfiriendo la relación entre la consejería y la lactancia materna exclusiva, no está presente ya que ni la población de multíparas ni la de primíparas muestran diferencias estadísticamente significativas en la relación entre exposición a consejería y lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 6. Asociación entre contenido y el momento de recepción de la consejería en lactancia materna con lactancia materna exclusiva.

Consejería en lactancia materna	Lactancia materna exclusiva		Total	P
	Si F %	No F %		
Momento				
Ninguno	22 (34,9%)	41 (65,1%)	63	0,001
Prenatal	14 (46,7%)	16 (53,3%)	30	
Postnatal	2 (20,0%)	8 (80,0%)	10	
Pre y postnatal	18 (78,3%)	5 (21,7%)	23	
Contenido				
Ninguna	22 (34,9%)	41 (65,1%)	63	0,000
Importancia	5 (29,4%)	12 (70,6%)	17	
Importancia y técnicas	8 (60,0%)	12 (40,0%)	20	
Importancia, técnicas y consejos	21 (80,8%)	5 (19,2%)	26	
Total	56	70	126	

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.

Tanto el momento de recepción de la consejería en lactancia materna como los temas abordados durante la misma, tienen asociación estadísticamente significativa en la lactancia materna exclusiva. Las madres que recibieron la consejería en momento pre y postnatal optaron por la LME en un 78,3% frente a un 46,7% de las que lo recibieron solo en período prenatal y frente a un 20,0% de las que la recibieron postnatalmente. De acuerdo al contenido de la consejería, las madres que recibieron mayor cantidad de temas con una asesoría más amplia y completa que incluía importancia de la lactancia, técnicas para amamantar y consejos para afrontar dificultades prefirieron la LME en un 80,8% frente a un 60% de las que recibieron solo importancia más técnicas y un 29,4% de las que solo recibieron importancia.

Existe una polarización del valor de mujeres que recibieron consejería durante el periodo postnatal y no dan LME del 80,0% lo que produce un cambio en la distribución del chi²; de igual manera esto se observa en el 80,8% de mujeres que recibieron 3 temas en el contenido de la consejería y practican LME.

Tabla N° 6. Asociación entre variables relacionadas a lactancia materna y alimentación complementaria con consejería en lactancia materna.

Variables	Consejería en lactancia materna		Total	p	OR LC
	Si F %	No F %			
Introducción temprana de leche materna					
Si	37 (46,3%)	43 (53,8%)	80	0,267	0,6
No	26 (56,5%)	20 (43,5%)	46		0,3 – 1,3
Lactancia materna exclusiva					
Si	34 (60,7%)	22 (39,3%)	56	0,031	2,1
No	29 (41,4%)	41 (58,6%)	70		1,04 – 4,4
Introducción a líquidos					
Si	29 (41,4%)	41 (58,6%)	70	0,031	0,4
No	34 (60,7%)	22 (39,3%)	56		0,2 – 0,9
Introducción a sólidos					
Si	3 (30,0%)	7 (70,0%)	10	0,187	0,4
No	60 (51,7%)	56 (48,3%)	116		0,09 – 1,6
Total	63 (50,0%)	63 (50,0%)	126 (100,0%)		

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.

La consejería en lactancia materna tiene asociación estadística con la lactancia materna exclusiva y con la introducción de líquidos en el lactante (p = 0,031 en ambos casos). Se evidencia que la consejería promueve la lactancia materna

exclusiva (OR: 2,1; LC: 1,0 – 4,4) y protege de la no introducción de líquidos en el lactante (OR: 0,4; LC: 0,2 – 0,9).

Tabla N° 7. Asociación entre variables asociadas a alimentación complementaria con consejería en lactancia materna.

Variables	Consejería en lactancia materna		Total	P
	Si F %	No F %		
Tipo de líquido				
Ninguno	34 (60,7%)	22 (39,3%)	56	0,066
Agua pura	4 (30,8%)	9 (69,2%)	13	
Fórmula	17 (51,5%)	16 (48,5%)	33	
Otro	8 (33,3%)	16 (66,7%)	24	
Momento de introducción de líquido				
Ninguno	34 (60,7%)	22 (39,3%)	57	0,026
Nacimiento	18 (54,5%)	15 (45,5%)	33	
0 – 3 meses	6 (26,1%)	17 (73,9%)	23	
4 o más meses	5 (35,7%)	9 (64,3%)	70	
Tipo de sólido				
Ninguno	60 (51,7%)	56 (48,3%)	116	0,24
Frutas	1 (16,7%)	5 (83,3%)	6	
Tubérculos	2 (50,0%)	2 (50,0%)	4	
Momento de introducción de sólido				
Ninguno	60 (51,7%)	56 (48,3%)	110	0,18
3 – 6 meses	3 (30,0%)	7 (70,0%)	10	
Total	63 (50,0%)	63 (50,0%)	126	

Fuente: Encuesta.
Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.

La consejería en lactancia materna tiene asociación estadística con el momento de introducción de líquidos, se observa que en un 60,7% de las madres que reciben esta

asesoría no introducen líquidos ($p < 0,05$). Un 54,5% de madres que recibieron consejería introdujeron fórmula a sus lactantes al momento del nacimiento, lo que puede considerarse como “fórmulas maternizadas”.

Existe tendencia estadística entre la consejería en lactancia y el tipo de líquido que fue introducido. Dentro de los líquidos que fueron administrados el 51,5% utiliza fórmula y 33,3% otro líquido (que suele ser agua aromática o colada), mientras 60,7% no introduce ningún líquido. No existe asociación estadística entre tipo de sólido y el momento de introducción del sólido con la consejería.

Tabla N° 8. Modelo de regresión logística para paridad, dependencia laboral y exposición a consejería en lactancia materna, manteniendo como constante la lactancia materna exclusiva.

VARIABLES EN EL MODELO	OR (LI-LS)	Coefficiente (Desv Est.)	Valor Z	Valor p
Paridad (Si/No)	0,17 (0,08-0,4)	-1,7 (0,42)	-4,1	0,00000
Dependencia laboral (Si/No)	2,53 (0,99-6,42)	0,93 (0,48)	1,95	0,0511
Exposición a CLM (Si/No)	0,69 (0,31-1,58)	-0,36 (0,42)	-0,87	0,358
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	*	1,02 (0,33)	3,1	0,0019

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Nicole Jaramillo. 2018.

En el modelo se analizan las variables paridad, dependencia laboral y exposición a consejería en lactancia materna utilizando como constante la lactancia materna exclusiva, se observa que el modelo en su conjunto es estadísticamente significativo

($p < 0,05$). De las variables analizadas, la exposición a consejería en lactancia materna, que tiene significación estadística por separado, pierde la misma en el modelo y las variables paridad y dependencia laboral ganan significación estadística en relación con el modelo.

La consejería en lactancia materna por sola si tiene asociación con la no introducción de alimentación complementaria, pero al entrar en un modelo matemático, las variables paridad y dependencia laboral tienen una asociación más fuerte con la decisión de introducir alimentos de forma complementaria.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) fue del 44,4%. Según Ramiro María y colaboradores (2018) en un estudio realizado en España, la prevalencia de LME en niños de hasta seis meses de edad fue del 51%, cifra que no dista mucho de la encontrada en esta investigación. Según la Encuesta nacional de salud y nutrición en Ecuador (2012) solo el 43% de los niños y niñas lactan de manera exclusiva hasta antes de los 6 meses y únicamente el 52% de los niños recibe leche materna durante su primer mes de vida, con un 48% para niños entre 2 y 3 meses de edad y 34% para el grupo de entre 4 y 5 meses de edad. Los porcentajes nacionales se equiparan con los encontrados a nivel local (Conocoto-Quito). Smith y colaboradores (2016), hicieron una revisión sistemática para evaluar los beneficios y perjuicios que causa la introducción de alimentos sólidos y líquidos adicionales en la dieta de lactantes menores de 6 meses, concluyeron que no hay evidencia para estar en desacuerdo con la recomendación internacional actual, es decir LME hasta los 6 meses de edad. El

presente estudio concuerda con esta sugerencia y alienta que esta se mantenga, se promoció y se proteja para garantizar una buena nutrición de los infantes.

El 77% de las madres indígenas según la UNICEF-Ecuador (2012) practica la lactancia exclusiva hasta antes de los 6 meses, mientras que solo el 23% de madres montubias lo hacen, presentando la prevalencia más baja de LME. La proporción de niños que accedieron a la LME es mayor en el área rural (58%) en comparación con los niños del área urbana (35%). En la presente investigación, la mayoría de usuarias fueron mestizas, razón por la que se debe la menor frecuencia. Para Jiménez y Valencia (2009) en una investigación en Bolivia, el 60% de los menores de 6 meses recibe LME, siendo el porcentaje mayor al de este estudio porque en Bolivia las madres lactantes estudiadas eran en gran porcentaje indígenas.

Glisser y colaboradores (2016) en Chile obtuvieron una prevalencia de LME del 43,4%, 34,2% y 8,8% a los 2, 4 y 6 meses respectivamente. Para la OPS, la prevalencia de la LME varía entre países de 7,7% a 68,3%. En un estudio del Ministerio de salud de Chile (2017), la prevalencia de LME al sexto mes durante los últimos 30 años ha incrementado en más de un 40% y en los últimos 10 años ha aumentado más de un 10%, siendo actualmente un 57%, destacándose en este indicador a nivel internacional y está por cumplir con la Estrategia Nacional de Salud que establece como meta al 2020 alcanzar el 60% de LME al sexto mes. Ruiz y colaboradores (2015), encontraron que la tasa de LME a los 4 meses de vida de niños españoles fue del 51.02%.

Para Díaz y Díaz (2015), la tasa de prevalencia de LME al egreso hospitalario posterior al nacimiento fue de 10,12% en un estudio llevado a cabo en Guadalajara-

México. Esta cantidad, mucho menor a la nuestra, se debe a que, su investigación se ejecutó en ambientes hospitalarios, donde se toman en cuenta los ingresos de los recién nacidos a unidades de cuidados neonatales como intensivos, fototerapia, entre otros, siendo alejados de la madre, dificultando la LME. Otras veces, el estado de salud materno se complica y se retarda el evento fisiológico de dar de lactar. Según el Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría (2016), existe lamentablemente una cultura entre profesionales de prescribir fórmulas lácteas artificiales por diversos motivos incluyendo los incentivos de las compañías productoras, constituyéndose, estos profesionales de la salud, en obstáculos para llevar a cabo la mejor alimentación que puede tener los recién nacidos. La presente investigación se realizó en un centro de salud con niños y madres sanas, de ahí la mayor prevalencia, debido a que la permanencia del niño con sus madres es constante.

El 63,5% de las madres de este estudio introdujo tempranamente la lactancia materna a sus recién nacidos, es decir en la primera hora posterior al nacimiento. Si bien, la prevalencia encontrada se puede considerar alta, aún requiere elevarse para cumplir con la estrategia mundial que plantea la OMS y UNICEF (2002), para la alimentación óptima del lactante que consiste en iniciar la alimentación al pecho en la primera hora de vida. La tasa de recién nacidos que inician de forma temprana con la lactancia materna en ambientes hospitalarios fue de 48% según Díaz y Díaz (2015) en un estudio en México. Para Jiménez y Valencia (2009) en una investigación en Bolivia, el 64% empezó a lactar dentro de la primera hora de nacidos, proporción que sube a 90% dentro del primer día, siendo el inicio temprano menor en el área urbana (61%) que en área rural (67%). Nuestro estudio tuvo lugar

en Conocoto, parroquia rural del distrito metropolitano de Quito, lo que explica el mayor porcentaje comparado con el área urbana.

El 45,2% de las madres lactantes introdujo precozmente alimentación complementaria en sus recién nacidos. Los líquidos fueron introducidos en un 55,6% de las madres. La fórmula láctea fue el líquido más frecuentemente usado y lo hicieron más comúnmente en el momento del nacimiento. Para Díaz y Díaz (2015) la tasa de prevalencia de uso de sucedáneos de la leche materna en ambiente hospitalarios se ubicó en 83.54%, debido a que incluso en los profesionales de la medicina existe una pobre cultura en la estimulación a la lactancia materna, sumado a que en los nosocomios, por múltiples eventos, antes mencionados, los recién nacidos son separados de las madres y el personal de salud les prescribe y proporciona fórmulas artificiales. Según Jiménez y Valencia (2009), el 29% de los recién nacidos bolivianos recibieron algún alimento diferente de la leche materna durante los primeros 3 días de nacidos antes de que la madre empezara a amamantar de manera regular.

El 7,9% de las madres de este estudio introdujo sólidos, especialmente frutas (4,8%) luego de los 4 meses del lactante. Para Ribeiro y colaboradores (2012), el 74% de destete precoz indica una realidad muy preocupante en Brasil. La LME por las madres se detuvo antes de los 6 meses de vida, dichas madres ofrecieron: fórmulas lácteas, agua, jugos y té, en otras palabras, es la introducción temprana de alimentos, conocido como complemento, que promueve el destete precoz con consecuencias para el bebé porque aún no está preparado para recibir ese tipo de alimentación debido a que su sistema digestivo no está totalmente desarrollado. En dicha

investigación brasileña la oferta de otros tipos de leche fue del 24%, el agua en un 22%, jugo de frutas en el 16%, comida para bebés en el 17%, té en el 14%, refrescos y comida de la familia en el 3%, y en el 1% café.

Los motivos para la introducción de alimentación complementaria fueron en un 75,7% por creencias arraigadas de carácter empírico que se transmiten de generación en generación, siendo del tipo “que la leche materna no es suficiente para alimentar al niño” o “que es solo agua luego de cierto tiempo” y un 24,30% por falta de tiempo para ejercer la lactancia materna. Para Ruiz y colaboradores (2015) la principal causa de abandono de la lactancia fue la hipogalactia. Según Ramiro María (2018), las razones principales de finalización de la lactancia fueron: la producción insuficiente de leche (36%) y la incorporación al trabajo (25,9%), razones que se presentan en la presente investigación también. Otra de las múltiples razones por las que las madres introducen alimentos complementarios a la dieta de sus hijos desde edades muy tempranas, es la cultura del chupón y el biberón. Jaafar y colaboradores (2016), concluyeron que el uso del chupón en infantes no afecta el inicio o la duración de lactancia materna hasta los 4 meses.

Según el análisis bivariado, la paridad tiene asociación estadística con la lactancia materna exclusiva ($p= 0,000$), específicamente, las madres multíparas tienen preferencia por la lactancia materna exclusiva (66,1%) frente a las primíparas (25,4%). Tamami y colaboradores (2017) constataron en Brasil que existe un aumento del 33.4% en la prevalencia de LME y del 20.9% en la lactancia materna, estando la paridad asociada a la LME. A medida que las madres conciben hijos, la experiencia, la consejería les demuestra que es el mejor alimento para sus hijos y

representa un vínculo afectivo entre ellas y los pequeños. Según estos investigadores, la LME es menor en primogénitos. Para Ribeiro y colaboradores (2012), las primíparas tienen más dificultades para mantener la LME siendo las bajas tasas en primíparas una preocupación para los organismos internacionales que se ven obligados a crear políticas de salud pública para elevar sus tasas.

La consejería promueve la LME (OR: 2,1; LC: 1,0 – 4,4) y protege de la no introducción de líquidos en el lactante (OR: 0,4; LC: 0,2 – 0,9). Al igual que otras investigaciones arroja resultados positivos entre consejería y LME. Pinzón y colaboradores (2015), mencionan que la consejería en lactancia materna se ha propuesto como una iniciativa para promover la práctica de la LME durante los seis primeros meses de vida y es recomendada desde 1994 por la OMS con base en la revisión de la evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones de promoción de esta práctica en el mundo, donde se muestra que las tasas y el tiempo de duración de la lactancia materna aumentan cuando las mujeres reciben consejería al respecto. González y colaboradores (2005) en un estudio en Monterrey – México, hallaron que la consejería en lactancia y el contacto temprano entre las parejas madre-hijo se encontraron asociados positivamente a la LME. Lumbiganon y colaboradores (2011), efectuaron una revisión sistemática encontrando que la educación basada en orientación a semejantes aumenta de manera significativa la iniciación de la lactancia. Adicionalmente, mencionan que mientras mayor sea el número de veces que la persona se expone a la consejería y más sean los métodos que se implementan para ofrecerla, mayor es la prevalencia de LME. Un hallazgo que también se encontró en nuestro estudio ya que la mayor prevalencia de LME (80,3%) se encontró dentro del grupo que recibió consejería en los periodos pre

y postnatal y la población que recibió mayor cantidad de temas durante el asesoramiento, llegando a un 78,3% de LME.

Balogun y colaboradores (2016) realizaron una revisión sistemática para identificar, describir y evaluar las actividades de promoción que aumentan la tasa de inicio de la lactancia materna y la práctica de lactancia materna temprana. Compararon dos grupos, uno recibió educación en lactancia materna dada por un profesional de la salud y el otro atención médica regular, entre las mujeres que recibieron instrucción por parte de profesionales de la salud mejoraron las tasas de inicio de lactancia materna en comparación con las mujeres que solo recibieron atención regular. De igual forma, se observó en la población que estuvo expuesta a educación en lactancia materna dada por un individuo que no sea profesional de la salud aumentaron las tasas de inicio de lactancia materna. Concluyendo que el acercamiento a la consejería en lactancia materna, sin ser esta obligatoriamente impartida por un profesional de la salud, ya incrementa el inicio de la lactancia materna. McFadden y colaboradores (2017), hallaron que la exposición a cualquier forma de apoyo en favor de la lactancia materna causa una disminución de la cesación de lactancia materna exclusiva y parcial. Hecho que también se evidencia en nuestro estudio, ya que la población que estuvo expuesta a consejería práctica en un 60,7% LME, frente a un 39,3% de la población que no estuvo expuesta.

Existen varias intervenciones que se pueden realizar durante el período prenatal para promover la lactancia materna, un embarazo saludable y feliz. Dennis y colaboradores (2014), mencionan que el proveer orientación anticipada sobre el dolor de pezón, incluyendo el tiempo habitual para su reducción, puede ser una estrategia útil para ayudar a las mujeres a seguir amamantando y hacerlo exclusivamente.

Por otro lado, encontramos estrategias que no han demostrado su validez para beneficiar a la mujer. Lee y colaboradores (2008), no hallaron evidencia que demuestre la relación entre realizar un examen prenatal de mama y promover la lactancia materna, esto puede ser debido a que durante el embarazo las mamas suelen estar hinchadas dificultando el examen y además su realización sitúa a la mujer en una posición incómoda y vulnerable sesgando los hallazgos. Crepinsek y colaboradores (2012), no encontraron pruebas suficientes para demostrar que la implementación de estrategias preventivas para mastitis aumenta el inicio o la duración de la lactancia materna. Según Ndikom y colaboradores (2016), no hay suficiente evidencia para asegurar que un mayor consumo de líquidos por parte de las mujeres mejore la lactancia.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- La exposición a consejería en lactancia materna influye en la no introducción de alimentación complementaria en la dieta de niños menores de 6 meses.
- Se encontró que la consejería en lactancia materna tiene asociación estadística con la lactancia materna exclusiva y con la introducción de líquidos en el lactante, evidenciándose que la exposición a la misma promueve la lactancia materna exclusiva (OR: 2,1; LC: 1,0 – 4,4) y protege de la no introducción de líquidos en el lactante (OR: 0,4; LC: 0,2 – 0,9).

- En el Centro de Salud de Conocoto la prevalencia de la lactancia materna exclusiva es del 44,4 % y de lactancia materna en la primera hora del 63,5 %, cifra en la que se debe elevar para cumplir con la estrategia mundial que plantea la OMS y UNICEF.
- Dentro de la alimentación complementaria los líquidos fueron en alimento distinto a la leche materna más introducido en la dieta de los lactantes, con una frecuencia de 55,6%. La fórmula fue el líquido más frecuentemente usado y mayoritariamente se inició desde el nacimiento con un 22,6%. El 7,9% de las madres introdujo sólidos en la alimentación de sus hijos, especialmente frutas (4,8%) y el momento de su introducción fue luego de los 4 meses del infante.

El motivo más frecuente para la introducción de alimentación complementaria fue con 75,7% creencias arraigadas, seguido con 24,30% por falta de tiempo de la madre para practicar la lactancia.

- La consejería en lactancia materna influye en la no introducción de alimentación complementaria en la dieta de niños menores de 6 meses, a su vez el número de momentos en los que la mujer está expuesta a este asesoramiento y el contenido del mismo influye de forma positiva en el mantenimiento de lactancia materna exclusiva. Dentro del grupo de mujeres que estuvo expuesto a consejería en lactancia materna un 23,8% la recibió durante el periodo prenatal, 18,3% durante el periodo pre y postnatal y finalmente 7,9% únicamente durante el periodo postnatal. Adicionalmente, se observó que las madres que recibieron la consejería en 2 momentos, es decir

pre y postnatal optaron más frecuentemente por LME frente a las que estuvieron expuestas al asesoramiento en un solo momento.

En cuanto al contenido de la misma, el 19,8% recibió 3 temas como ejes principales de la consejería (importancia de la lactancia materna, técnicas para amamantar y consejos para enfrentar dificultades en el momento de la lactancia), el 16,7% recibió dos temas (importancia y técnicas) y 13,5% solo un tema (importancia de la lactancia materna). También se encontró una asociación entre el número de temas que fueron abordados y la preferencia por LME, siendo esta de un 80,8% en la población que recibió 3 temas durante la consejería.

- La paridad tiene asociación estadística con la lactancia materna exclusiva ($p < 0,05$). Las madres multíparas tienen 3 veces más preferencia por la lactancia materna exclusiva (66,1%) frente a las primíparas (25,4%).

6.2. RECOMENDACIONES

- Las personas encargadas de brindar consejería en lactancia materna deben no solo estar preparados en el tema, sino también deben saber comprender las realidades de cada individuo, permitiendo que el asesoramiento sea realice de forma individualizada. Analizando cuales son las intervenciones específicas necesarias para que cada madre conozca y valore la lactancia materna.
- Es necesario determinar cuáles son los grupos de mujeres embarazadas que presentan menos ejercicio de la lactancia para de esta forma poder direccionar la consejería y lograr aumentar la prevalencia de lactancia materna exclusiva.

- La consejería en lactancia materna debe darse a la mujer durante todo el embarazo y posteriormente en los controles después del parto y del niño sano. Se observó que a mayor exposición mayor apego y practica de LME, por lo que es de vital importancia ofrecer información sobre este tema en varios momentos.
- La educación en lactancia materna no solo debe ser realizada por el médico que brinda atención de los controles prenatales, su adecuado ejercicio requiere una participación integral del personal de salud. Es necesario que desde la administración se busque la creación de grupos de madres implementando la orientación de semejantes, permitiendo que las mujeres compartan sus experiencias, expresen sus dudas y refuercen su conocimiento en el tema.

CAPÍTULO VII

BIBLIOGRAFÍA

- Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. (2010). ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants. *Breastfeeding Medicine*, 5(3), 390-395. doi: 10.1089/bfm.2017.29047.aje.
- Arthur, P., Hartmann, P., & Smith, M. (1987). Measurement of the milk intake of breast-fed infants. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 705-758. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3694369>.
- Balogun, O., McFadden, A., Gavin, A., & Renfrew, M. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 113-188. doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub.
- Boccolini, C. S., Pérez-Escamilla, R., Giugliani, E. R., & Boccolini, P. D. (2015). Inequities in milk-based prelacteal feedings in Latin America and the

Caribbean: the role of cesarean section delivery. *Journal of Human Lactation*, 1, 89-98. doi: 10.1177/0890334414559074.

Bulla, F. B., Peña Álvarez, D. C., Puentes Valencia, V. A., & Rodríguez Cepeda, D. E. (2009). LACTANCIA MATERNA: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. El caso de algunas comunidades indígenas en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 246-257. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/14382>.

CEPAR. (2004). *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN - Ecuador*. Quito: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Corporativo.

Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., y otros. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta- analysis. *Acta Paediatrica*, 96-113. doi: 10.1111/apa.13102.

Chung, M., Ip, S., Yu, W., Raman, G., Trikalinos, T., DeVine, D., y otros. (Octubre de 2008). Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: A Systematic Review. *Agency for Healthcare Research and Quality (US)*, 73-118. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20722164>.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2016). Lactancia Materna en Cifras. *Revista de la Asociación Española de Pediatría*, 2-8. Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>.

Comité de Nutrición Argentina. (2001). *Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría.

Coordinación Nacional de Nutrición. (2012). *Iniciativa mundial sobre tendencias en lactancia materna*. Quito, Pichincha, Ecuador: MSP.

Cregan, M. D., & Hartmann, P. E. (1999). Computerized breast measurement from conception to weaning: clinical implications. *Journal of Human Lactation*, 15(2), 90-96. doi: 10.1177/089033449901500202.

Crepinsek, M. A., Crowe, L., Michener, K., & Smart, N. A. (2012). Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10), 1-41. doi: 10.1002/14651858.CD007239.pub3.

Declaración de Beijing. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing.

Dennis, C. L., Jackson, K., & Watson, J. (2014). Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(12), 51-107. doi: 10.1002/14651858.CD007366.pub2.

- Dewey, K. G., & Lönnerdal, B. (1987). Infant Self-Regulation of Breast Milk Intake. En *In Human Lactation*. Boston: Springer.
- Dewey, K. G., Cohen, R. J., Brown, K. H., & Rivera, L. L. (1 de Febrero de 2001). Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *The Journal of nutrition*, 131(2), 262-267. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3564971>.
- Díaz, M., & Díaz, R. A. (2015). Tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario posterior al nacimiento. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, Recuperado deÑ Disponible en la web en: <http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/296/2/Tasa%20de%20prevalencia%20de%20lactancia%20materna.pdf>.
- Freire, W., Ramirez-Luzuriaga, M., & Belmont, P. (2015). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años, ENSANUT-ECU 2012. *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 2(1).
- Glisser, B., Barragán, T., & Weisstaub, G. (2016). Indicadores de lactancia materna obtenidos en el momento de la vacunación en cuatro Centros de Salud Familiar de la zona Sur de Santiago. *Revista chilena de pediatría*, 87(1), 11-17. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.020>.
- González de Cosío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L. D., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Revista de Salud Pública de México*, 55, S170–S179. Recuperado de: Recuperado en 25 de septiembre de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800014&lng=es&tlng=es.
- González, F., Cerda, R., Robledo, J., Valdovinos, S., Vargas, J., & Fernández, S. (2005). La consejería en lactancia y contacto temprano en parejas madre-hijo están asociados a la lactancia materna exclusiva: Estudio hospitalario de casos y controles no pareados. *Gaceta médica de México*, 141(2), 99-103. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000200003&lng=es&tlng=es.
- Haggerty, P. A., & Rutstein, S. O. (1999). *Breastfeeding and complementary infant feeding and the postpartum effects of breastfeeding*. Calverton, Maryland, USA: Macro International.
- Hall, J. E. (2016). *Tratado de fisiología médica de Guyton y Hall*. España: Elsevier.
- Jaafar, S. H., Ho, J. J., Jahanfar, S., & Angolkar, M. (2016). Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of

breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8), 6-28. doi: 10.1002/14651858.CD007202.pub4.

Jiménez, R., & Valencia, M. (2009). Epidemiología de la lactancia materna. *Revista Médica La Paz*, 15(1), 71-74. Disponible en la web en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-8958200900.

Lawrence, R. M., & Lawrence, R. A. (2005). *Breastfeeding. A guide for the medical profession*. Philadelphia: Elsevier.

Lee, S. J., & Thomas, J. (2008). Antenatal breast examination for promoting breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), 1-8. doi: 10.1002/14651858.CD006064.pub2.

Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J., & Hakimi, M. (2011). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(11), 3-51. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD006425.pub2>.

McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., y otros. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* , 113-292. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.

Ministerio de salud de Chile. (2017). *Ministerio de Salud de Chile*. Recuperado el 09 de Septiembre de 2018, de Semana de la lactancia materna: <http://www.minsal.cl/semana-lactancia-materna/>

Ministerio de Salud de Perú; Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. (2017). *Guía técnica para la consejería en lactancia materna* (Primera ed.). Lima, Perú: MINSA.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). *Manual de consejería nutricional para el crecimiento y alimentación de niños y niñas menores de cinco años y de cinco a nueve años*. Quito.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *La lactancia materna dentro de la estrategia nacional para la erradicación de desnutrición*. Recuperado el 22 de Abril de 2018, de Ministerio de Salud Publica: <https://www.salud.gob.ec/la-lactancia-materna-es-fundamental-dentro-de-la-estrategia-nacional-para-la-erradicacion-de-desnutricion-en-ninas-y-ninos/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Secretaría Técnica: Plan Toda una Vida*. Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de Programa Acción Nutrición: <https://www.todaunavida.gob.ec/programa-accion-nutricion/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Lactancia Materna*. Recuperado el 10 de Mayo de 2018, de <http://www.salud.gob.ec/lactancia-materna/>

- Monge-Rojas R, A. R., González S, O. M., Piñeiros P, R. G., & Freire, W. (2014). *Manual para el uso del Método de Recordatorio de 24 horas*. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Moore, E. R., Bergman, N., & Dowswell, T. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*(11), 13-46. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
- Ndikom, C. M., Fawole, B., & Ilesanmi, R. E. (2014). Extra fluids for breastfeeding mothers for increasing milk production. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6), 1-19. doi: 10.1002/14651858.CD008758.pub2.
- NEOVITA Study Group. (April de 2016). Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *The Lancet Global Health*, 4(4), e266-75. doi: 10.1016/S2214-109X(16)00040-1.
- Neville, M. C. (1 de Febrero de 2001). Anatomy and physiology of lactation. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 13-34.
- OMS. (2018). *Organización Mundial De la Salud*. Recuperado el 03 de Junio de 2018, de Lactancia Materna: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1981). *Modalidades de la lactancia natural en la actualidad: informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1 de Agosto de 2017). *Organización Mundial de la Salud Centro de Prensa*. Recuperado el 09 de Agosto de 2018, de Semana mundial de la lactancia materna: <http://www.who.int/mediacentre/events/2017/world-breastfeeding-week/es/>
- Organización Mundial de la Salud; UNICEF. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *OPS. Semana Mundial de la Lactancia Materna*. Recuperado el 08 de Septiembre de 2018, de Lactancia materna: un tema contemporáneo en un mundo globalizado: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/WBW-2014-PolicyBrief-Spa.pdf>
- Palafox, M. I., & Ortega, M. A. (2007). Lactancia materna exclusiva. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 174-178. Recuperado de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-4/RFM050000406.pdf>.
- Patnode, C. D., Henninger, M. L., Senger, C. A., Perdue, L. A., & Whitlock, E. P. (2016). Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Agency for*

Healthcare Research and Quality (US), 1694-1705. doi:
10.1001/jama.2016.8882.

- Pinzón, G., Alzae, M., & Olaya, G. (2015). La consejería en lactancia materna exclusiva: de la teoría a la práctica. *Scielo Colombia*, 148-163. doi:
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.51672>.
- Ramiro, M., Ortiz, H., Arana, C., Esparza, M., Cortés, O., Terol, M., y otros. (2018). Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría*, 89(1), 32-43. Disponible en la web en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317303144>.
- Ribeiro, P., Alvarenga, A., Silveirab, L., Cardoso, R., Nascimento, M., & Vieirab, E. (2012). Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Minas Gerais, Brasil. *Elsevier*, 45(3), 127-178. doi: 10.1016/j.aprim.2012.10.009.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., y otros. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504. doi:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2).
- Ruiz, P., & Martínez, J. (2014). Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. *ENE. Revista de Enfermería de España*, 8(2), 147-175. Recuperado de: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/414/LACTANCIA>.
- Shakya, P., Kunieda, M., Koyama, M., Rai, S., Miyaguchi, M., Dhakal, S., y otros. (2017). Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(5), 67-83. doi: 10.1371/journal.pone.0177434.
- Smith, H. A., & Becker, G. E. (2016). Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 20-72. doi: 10.1002/14651858.CD006462.pub4.
- Tamami, A. T., Fujimori, E., C, T., Duarte, L., Vilela, A., & Do Nascimento, C. (2017). Lactancia materna: ¿qué ha cambiado en la última década? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, e2941. doi: 10.1590/1518-8345.1858.2941.
- UNICEF. (1990). *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*. Florence.
- Unicef. (1993). *Breastfeeding counselling: A training course*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de Unicef:
https://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria__en_Lactancia_Materna.pdf

- UNICEF. (2012). *Lactancia Materna*. Quito, Pichincha, Ecuador: UNICEF.
- UNICEF. (2012). *UNICEF Ecuador*. Recuperado el 09 de Agosto de 2018, de Campaña Tu leche es Amor:
https://www.unicef.org/ecuador/activities_29009.htm
- UNICEF. (2016). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Madrid: UNICEF.
- UNICEF. (2016). *From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*. New York: UNICEF.
- UNICEF Ecuador. (2011). *Programas UNICEF Ecuador*. Recuperado el 06 de Agosto de 2018, de Semana Mundial de la Lactancia Materna:
https://www.unicef.org/ecuador/activities_29025.htm
- UNICEF Ecuador. (2012). *Manual de Lactancia Materna*. Quito: Unicef.
- UNICEF Ecuador. (2012). *Programas UNICEF Ecuador*. Recuperado el 06 de Agosto de 2018, de Actividades Semana Mundial de la Lactancia Materna 2012:
[https://www.unicef.org/ecuador/Semana_Mundial_de_la_Lactancia_Materna_2012_Actividades_Provincias\(1\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/Semana_Mundial_de_la_Lactancia_Materna_2012_Actividades_Provincias(1).pdf)
- UNICEF Ecuador. (2013). *Lactancia materna*. Recuperado el 07 de Septiembre de 2018, de UNICEF Ecuador:
https://www.unicef.org/ecuador/children_5634.html
- UNICEF Ecuador. (2016). *Programas UNICEF Ecuador*. Recuperado el 07 de Agosto de 2018, de Salud y nutrición:
https://www.unicef.org/ecuador/activities_28804.htm
- UNICEF Ecuador. (2017). *Programas UNICEF Ecuador*. Recuperado el 07 de Agosto de 2018, de Un acto de amor y de supervivencia infantil: La Lactancia Materna: https://www.unicef.org/ecuador/activities_29002.htm
- UNICEF; World Health Organization. (1997). *Breastfeeding counselling: A training course* (Agosto, 1998 ed.). (U. d. Dr Jairo Osorno, Trad.) New York, USA: Unicef.
- Valdés, V., Pérez Sánchez, A. E., & Labbok, M. (1996). Fisiología de la glándula mamaria. En *Lactancia para la madre y el niño* (págs. 20-22). Chile: Mediterráneo.
- Verduci, E., Banderali, G., Barberi, S., Radaelli, G., Lops, A., Betti, F., y otros. (2014). Epigenetic effects of human breast milk. *Nutrients*, 6(4), 1711-1724. doi: 10.3390/nu6041711.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., y otros. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms,

and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

WABA. (18 de Julio de 2018). *World Alliance for Breastfeeding Action*. Obtenido de World Alliance for Breastfeeding Action: <http://waba.org.my/about-waba/>

World Health Organization. (2001). *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an Expert Consultation*. Geneva.

World Health Organization. (2008). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting*. Washington DC, USA: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Washington: WHO.

World Health Organization. (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1992). *World declaration and plan of action for nutrition*. Food and Agriculture Organization of the United Nations.

|

ANEXOS

ANEXO 1: Encuesta

Encuesta: Lactancia materna y consejería en lactancia.

Encuesta realizada para el trabajo de titulación de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador previo a la obtención del título de médico general con el tema "Analizar la influencia de la exposición a consejería de lactancia materna en la introducción de alimentos líquidos y sólidos en la dieta de niños menores de 6 meses".

Confidencialidad: los datos proporcionados por el informante son estrictamente confidenciales y serán utilizados únicamente con fines estadísticos de acuerdo al artículo 21 de la ley de estadística

Datos de la entrevistadora:

- Nombre: Andrea Nicole Jaramillo Corella
- CI: 1715495642

Datos del informante:

- Nombre:
- CI:

Fecha de la encuesta:

Datos Demográficos

1. ¿Ha estado embarazada anteriormente?

Mark only one oval.

- Sí (Múltipara)
 No (Nulípara)

2. ¿Cuál es el sexo del bebé?

Mark only one oval.

- Femenino
 Masculino

3. ¿Cuál es su ocupación?

Mark only one oval.

- Con dependencia laboral
 Sin dependencia laboral

Lactancia materna

4. ¿A (...) su último hijo/a le dio usted alguna vez el seno? (Por lo menos una vez)

Mark only one oval.

- Sí
 No

5. ¿A qué tiempo después del nacimiento de (...) empezó a mamar o lactar?

Mark only one oval.

- Inmediatamente después del parto.
- Menos de una hora.
- Entre 1 hora y menos de 24 horas.
- Más de un día.

6. En los primeros tres días después del nacimiento de (...), antes de que su leche bajara regularmente, ¿le dio algo de beber, aparte de su pecho?

Mark only one oval.

- Si
- No
- Si, se complementó la alimentación con leche de fórmula solo en los primeros días

Lactancia Materna Continua

7. ¿Durante cuánto tiempo le dio a (...) solamente pecho, sin ningún otro líquido o complemento alimenticio?

Mark only one oval.

- 1 a 6 semanas.
- 7 a 12 semanas.
- 13 a 18 semanas.
- 19 a 24 semanas.
- Nunca le dio solamente pecho.
- Todavía le esta dando.

Alimentación Complementaria

8. ¿(...) consumió algún líquido diferente a leche materna el día de ayer, durante el día y/o la noche?

Mark only one oval.

- Si
- No

9. ¿Cuál de estos líquidos tomó primero (...) regularmente:

Check all that apply.

- Agua Pura
- Leche de fórmula
- Leche en polvo, funda o fresca de vaca
- Otro líquido (sopa, colada, gaseosas, jugos)
- Ninguno

10. ¿A qué edad (...) comenzó a tomarlo?

Mark only one oval.

- Desde el nacimiento
- 1 mes
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- No consume líquidos distintos a la leche materna

11. ¿(...) comió algún alimento sólido o semisólido, el día de ayer durante el día y/o la noche?

Mark only one oval.

- Sí
- No

12. ¿Qué alimento consumió (...) primero regularmente?

Check all that apply.

- Colada
- Vegetales
- Tubérculos
- Frutas
- Carne de pollo, vaca, cerdo, chivo, pescado etc.
- Huevos
- Lácteos
- Ninguno

13. ¿A qué edad (...) comenzó a comerlo?

Mark only one oval.

- Desde el nacimiento
- 1 mes
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- No consume alimentos sólidos o semisólidos

14. ¿Por qué razón empezó a darle otro alimento distinto a la leche materna?

Check all that apply.

- Falta de tiempo de la madre (trabajo, otras ocupaciones)
- Creencias arraigadas
- No le da ningún alimento distinto a la leche materna

Consejería en Lactancia Materna

15. ¿Ha recibido por parte de un profesional de la salud consejería en lactancia materna?

Mark only one oval.

- Sí
- No

16. ¿Cuándo empezó a recibir consejería en lactancia materna?

Check all that apply.

- Durante el embarazo
- En el primer mes después del parto
- Durante los primeros 6 meses después del parto
- Durante un embarazo previo
- No la recibió

17. Durante la consejería, ¿cuales de los siguientes temas fueron abordados?

Check all that apply.

- Importancia de la lactancia materna
- Técnicas para amamantar adecuadamente
- Consejos para enfrentar dificultades al momento de la lactancia
- Ninguno

ANEXO 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento de Consentimiento Informado para participar en el trabajo de titulación, con el tema “Analizar la influencia de la exposición a consejería de lactancia materna en la introducción de alimentos líquidos y sólidos en la dieta de niños menores de 6 meses”.

Este formulario de consentimiento informado se dirige a madres sanas de niños sanos menores de 6 meses que acudan de manera espontánea a la consulta de control del niño sano en el Centro de Salud de Conocoto y se les invita a participar en la investigación.

Investigador Principal: Andrea Nicole Jaramillo Corella.

Organización: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Propuesta: Trabajo de titulación, con el tema “Analizar la influencia de la exposición a consejería de lactancia materna en la introducción de alimentos líquidos y sólidos en la dieta de niños menores de 6 meses”.

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

1. Información
2. Formulario de Consentimiento

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I: Información

Soy egresada de la Facultad de Medicina en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estoy realizando mi trabajo de titulación con el tema “Analizar la influencia de la exposición a consejería de lactancia materna en la introducción de alimentos líquidos y sólidos en la dieta de niños menores de 6 meses”.

Le voy a dar información para invitarle a participar en este trabajo. Antes de decidirse a participar, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, no dude en consultarme según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme en cualquier momento.

A través de este documento quiero invitarle a participar voluntariamente e informarle sobre este estudio de investigación. Además, se garantiza a las participantes la confidencialidad de sus datos, que solo serán utilizados para el análisis de la investigación.

Propósito: demostrar que la consejería de lactancia materna influye en la introducción de alimentos líquidos y sólidos en la dieta, tanto en el momento en el que se introducen alimentos distintos a la leche materna y en el tipo de alimento que se introduce en la alimentación de los niños menores de 6 meses.

- Título de la investigación: “Analizar la influencia de la exposición a consejería de lactancia materna en la introducción de alimentos líquidos y sólidos en la dieta de niños menores de 6 meses”.
- Investigadora: Andrea Nicole Jaramillo Corella.
- Lugar: Centro de Salud de Conocoto La Merced.
- Descripción: El proyecto es un estudio transversal que se realizará aplicando una adaptación de la encuesta ENSANUT a madres sanas de niños sanos menores de 6 meses que acudan por libre demanda a consulta de control del niño sano en el Centro de Salud de Conocoto. La encuesta será aplicada durante el tiempo de espera para la consulta.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitada a participar en la investigación que relaciona la exposición consejería en lactancia materna con los alimentos que se introducen en la alimentación de los bebés menores de 6 meses.

Entiendo que mi participación consiste en proporcionar información para llenar una encuesta sobre lactancia materna.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto:

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de
Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)