



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN LACTANTES DE HASTA 6 MESES DE EDAD EN EL ECUADOR**

SEGÚN DATOS DE LA ENSANUT 2018

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

AUTORES:

HÉCTOR IBARRA QUIROZ

GABRIEL INTRIAGO ZAMBRAN

DIRECTOR Y TUTOR METODOLÓGICO:

DUEÑAS ESPÍN IVÁN

PORTOVIEJO, 2021

**DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN LACTANTES DE HASTA 6 MESES DE EDAD EN EL ECUADOR
SEGÚN DATOS DE LA ENSANUT 2018**

DEDICATORIAS

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi madre y hermano que juntos han sido mi apoyo paterno, que siempre han creído en mí y con los cuales he contado siempre en todo mi proceso de estudio.

A mi esposa e hijos que con su amor, apoyo incondicional, trabajo y sacrificio han estado a mi lado en todos estos años, que con consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y que me acompañan en todos mis sueños y metas.

A demás familiares y amigos que de una u otra forma me han apoyado para seguir adelante e hicieron que este trabajo fuera realizado con éxito, en especial a aquellos seres humanos que me apoyaron en todo momento y siempre estuvieron predispuestos a compartir sus conocimientos conmigo.

Gabriel

A mi hijo, motivo de inspiración para la obtención de este logro.

A mi esposa, por ser esa compañía perenne e ineludible en mis momentos de lucha y por nunca perder la esperanza y la fe.

A mis padres, quienes con su amor y sabiduría inculcaron los valores que hoy me hacen una gran persona.

A mis hermanos, por ser esa fuerza tenaz de empuje y ser apoyo incondicional en este proceso. Finalmente y no menos importante, a mis amigos y compañeros, por extender su mano en todo momento.

Héctor

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos los grandes seres humanos que me ayudaron en el desarrollo de este trabajo de investigación y que siempre estuvieron conmigo en todo momento; en especial, en esas ocasiones en las que todo se complicaba y se volvían situaciones difíciles. Además, agradezco a mi madre y esposa por su amor, comprensión y apoyo; pero sobre todo, gracias por la paciencia que me han tenido al momento de tomar ciertas decisiones que en ocasiones parecían buenas, malas y hasta un tanto locas. Gracias por darme la libertad de desenvolverme como ser humano.

De igual manera agradezco a todos los que conforman la PUCE, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad, en especial a mi director de tesis Dr. Iván Dueñas, que con su apoyo y guía permitió el desarrollo de este trabajo

Gabriel

Agradecer a mi familia, a quienes amo, por su apoyo incondicional y por creer en mí, por ser el sostén de apoyo en momentos de debilidad, por la tolerancia y consejos que han permitido culminar esta etapa de mi vida.

Quiero expresar mi gratitud, a todos los docentes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria quienes con sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, en especial a mi director de tesis Dr. Iván Dueñas por ser guía, ya que con su dirección, conocimiento y enseñanza permitió el desarrollo de este trabajo.

Agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a las autoridades, quienes abrieron sus puertas para poder desarrollar este prestigioso posgrado.

Héctor

Contenido

1. TÍTULO.-.....	8
2. LUGAR.-	8
3. AUTOR(ES).-	8
4. LINEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE SU PROYECTO.-.....	8
5. RESUMEN.-.....	9
6. INTRODUCCIÓN.-	11
6.1. Importancia de la Lactancia Materna:	11
6.2. Importancia de la Lactancia Materna Exclusiva en niños de hasta 6 meses:.....	12
6.3. Principales resultados en salud a nivel individual y colectivo, así como económicos derivados de la práctica de la lactancia materna:.....	13
6.4. Estado de lactancia materna a nivel mundial, regional y nacional:	14
6.5. Determinantes conocidos de la lactancia:	15
6.6. Importancia de los factores sociales para el inicio y mantenimiento de la Lactancia Exclusiva y Continua:	16
6.7. ENSANUT:.....	17
7. JUSTIFICACIÓN.-.....	18
8. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.-.....	21
8.1.1. Objetivo General:	22
8.1.2. Objetivos Específicos:	22
9. MARCO TEÓRICO.....	22
9.1. Lactancia Materna Exclusiva y sus beneficios.-	23

9.2.	Lactancia Materna Continua.-	25
9.3.	La Lactancia en el crecimiento y desarrollo del niño:	28
9.4.	Importancia de la Lactancia en la Sociedad:.....	29
9.5.	Factores que se asocian a una mayor práctica de LME:	29
9.5.2.	Nivel Educativo.....	30
9.5.3.	Características del hogar.....	31
9.5.4.	Estatus laboral	32
9.5.5.	Etnia	32
9.5.6.	Afiliación a un seguro	33
9.5.7.	Problemática social y lactancia materna:	33
9.5.8.	Costos de la no práctica de la lactancia materna:	34
9.5.9.	Influencia de la industria en la práctica de la lactancia, especialmente en poblaciones vulnerables:	35
10.	HIPÓTESIS.-	35
11.	METODOLOGÍA.-	36
	Cuadro 2. Matriz de Variables.....	43
12.	ASPECTOS BIOÉTICOS.-	43
13.	RESULTADOS.-	43
14.	RESULTADOS DEL ANÁLISIS INFERENCIAL.....	53
15.	DISCUSIÓN	60
16.	CONCLUSIONES:	64
17.	RECOMENDACIONES:	65

18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.- 66

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

1. TÍTULO.-

Determinantes Sociodemográficas de Lactancia Materna exclusiva en lactantes de hasta 6 meses de edad en el Ecuador según datos de la ENSANUT 2018.

2. LUGAR.-

Población ecuatoriana, conforme datos de la ENSANUT 2018.

3. AUTOR(ES).-

Dr. Ibarra Quiroz Héctor Emanuel.

Dr. Intriago Zambrano Stalin Gabriel.

4. LINEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE SU PROYECTO.-

Líneas de Investigación Institucionales

- Vida digna y salud integral
 - Salud integral, determinación social y desarrollo humano.
 - Salud y grupos vulnerables.

Línea de Investigación 02 = Salud y grupos vulnerables

Finalmente, esta línea permite estudiar la salud integral de grupos prioritarios específicos debido a su vulnerabilidad social, y su relación con los determinantes de salud. Estudia los determinantes de la inequidad y la desigualdad en grupos vulnerables y su efecto en la salud. Esta línea de investigación aborda la demanda de salud integral de grupos prioritarios específicos debido a su vulnerabilidad social, y su relación con los determinantes de salud.

Estudia los determinantes de la inequidad y la desigualdad en grupos vulnerables y su efecto en la salud.

Sub línea = Inclusión Social

Investigación que fomenta la equidad para el acceso a los diferentes espacios y servicios de salud, educación, convivencia, vivienda digna y empleo, de tal forma que se coadyuve a eliminar cualquier tipo de discriminación, reforzando la cohesión social y la diversidad.

5. RESUMEN.-

Introducción:

El presente trabajo de investigación está enmarcado en saber o conocer cómo influyen, hablando negativamente, los factores sociodemográficos en la lactancia de los niños de hasta 6 meses de edad; para eso, hemos establecido un objetivo general y varios específicos mediante los cuales nos proyectaremos a alcanzar los mismos.

Objetivo:

Establecer la asociación entre las condiciones socio demográficas y la práctica de la lactancia materna exclusiva (6 meses) en la población ecuatoriana conforme a la información individual obtenida mediante la ENSANUT 2018.

Materiales y Métodos:

Tipo de estudio.- Estudio analítico transversal.

La ENSANUT tomó como objeto de estudio al total de los miembros del hogar de todo el país.

Mediciones.- Se la realiza mediante la Operacionalización de las variables de estudio: Variables Dependientes, Variable Explicativa y Variables Confusoras.

Plan de Análisis de Datos.- Estadística descriptiva y Estadística univariada.

Resultados Esperados:

A través de esta investigación verificaremos que hay factores sociodemográficos de distintas índoles que repercuten negativamente sobre la lactancia de los niños; para esto, nos apoyaremos con los materiales y métodos arriba detallados; por lo que, el presente trabajo quizás variará en su manera de seguir su procedimiento de medición y de intervención debido a la emergencia sanitaria, pero claro está que trataremos de sacar adelante el proyecto para poder culminar nuestro objetivo fijado; así mismo, no tenemos una estimación o aproximado de costos por la situación expuesta anteriormente, pero en el momento que debamos estar en campo tendremos más claro los gastos.

ABSTRACT.-

Introduction:

The present research work is framed in knowing or knowing how socio-demographic factors influence, negatively speaking, the breastfeeding of children up to 6 months of age; To this end, we have established a general objective and several specific objectives through which we intend to achieve them.

Objective:

To establish the association between sociodemographic conditions and the practice of exclusive breastfeeding (6 months) in the Ecuadorian population according to the individual information obtained through the 2018 ENSANUT.

Materials and Methods:

Type of study. - Cross-sectional analytical study.

Population.- The ENSANUT took as object of study all the members of the household at national level.

Measurements.- It is performed through the Operationalization of the study variables: Dependent Variables, Explanatory Variable and Confounding Variables.

Expected Results

Through this research we will verify that there are sociodemographic factors of different indices that negatively affect the breastfeeding of children; for this, we will rely on the materials and methods detailed above; therefore, this work may vary in the way it follows its measurement and intervention procedure due to the health emergency, but of course we will try to move the project forward in order to be able to complete our set objective; Likewise, we do not have an estimate or estimate of costs for the situation outlined above, but at the time we should be in the field we will have clearer expenses.

6. INTRODUCCIÓN.-

6.1. Importancia de la Lactancia Materna:

La leche materna contiene todos los elementos nutritivos que necesitan los lactantes para su crecimiento y desarrollo, así como las sustancias que lo protegen contra infecciones y alergias. La cantidad y calidad de la leche materna es suficiente, por lo que no necesita otros alimentos como agua, té o jugos, antes de los seis meses. Los bebés amamantados tienen menos probabilidades de padecer obesidad ya sea en la infancia o en la adultez. El amamantar es estrechar lazos de afecto entre madre e hijo, por lo cual se pretende que esta sea una experiencia agradable

y serena para ambos. Se debe tener en cuenta que la leche materna es la mejor opción en el sano crecimiento y desarrollo (Importancia de la lactancia materna).

La alimentación con leche materna debe iniciarse inmediatamente al nacer, si no hay algún impedimento médico, cada bebé va marcando su frecuencia de alimentación de acuerdo a su necesidad. Debes amamantarlo cuando lo pida, y durante el tiempo que lo requiera, es lo que se llama alimentación a libre demanda, para lo cual debes tener claro los signos tempranos de hambre como son: movimientos rápidos de los ojos, chupeteo, se lleva la mano a la boca, abre su boca en búsqueda del pecho, se pone inquieto y los signos tardíos son que se agita, llora y se torna colorado (Ibidem).

6.2. Importancia de la Lactancia Materna Exclusiva en niños de hasta 6 meses:

La lactancia materna es la forma natural de alimentar al lactante y una recomendable práctica como garantía al crecimiento y saludable desarrollo. El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Para los lactantes, la primera comida natural es la leche materna, la cual contribuye con energías y nutrientes que el niño requiere en los primeros meses de vida. Además, se convierte en un campo de protección del niño de enfermedades denominadas infecciosas y crónicas, mediante la fomentación del desarrollo sensorial y cognitivo. La LME reduce la mortalidad del lactante por padecimientos comunes como: diarrea y neumonía, las cuales gracias a la leche materna son mucho más rápida de recuperar. No se debe olvidar que estas afecciones se pueden presentar en cualquier grupo o clase social (Organización Mundial de la Salud, n.d.).

6.3. Principales resultados en salud a nivel individual y colectivo, así como económicos derivados de la práctica de la lactancia materna:

En la leche materna no solo se encuentran las proteínas nutrientes, existen otras cuyas funciones principales no son las de nutrir al recién nacido, entre las que se encuentran las limosinas, con funciones antimicrobianas no específicas, con acción bactericida contra entero-bacterias y bacterias Gram-positivas que producen cuadros diarreicos en los lactantes (Scielo, 2019).

La insistencia que se mantenga la LME los primeros 6 meses de vida, es para disminuir las probabilidades de que este padezca enfermedades que se las pueda evitar, la cual trae implicaciones sociales, debido a que en ocasiones las madres dejan de laborar por temporadas largas ya que deben cuidar a sus hijos cuando estos enferman, lo cual les trae afectaciones económicas. En reiteradas ocasiones cuando se conversa con las madres de como llevan la lactancia de su bebé salen a reducir realidades como por ejemplo: no les fue posible amamantar a sus hijos/as como debía ser ya que tenían que regresar a sus trabajos para evitar ser despedidas, otras lamentablemente, más de dejar de lactar por necesidad lo hicieron por vanidad; es decir, por no perjudicar su cuerpo, otras dieron a conocer que no tenían suficiente leche o que no fueron debidamente asesoradas por parte del personal de la salud sobre la importancia de este; en cambio, otras comentaron que si en el mercado existen opciones para amamantar a sus hijos prefieren ese facilismo, etc. (Ibidem).

Los mitos o presiones sociales como interpretaciones de que los niños/as no se llenan con el pecho de la madre y sumándole a esto el desconocimiento de la importancia de la exclusividad de este alimento, es el medio que las conlleva a darles alimentos no adecuados para su corta edad, esto provoca en ocasiones cierto riesgo para la salud y desarrollo adecuado del lactante (Scielo, 2014).

La inmadurez renal de cierta forma limita la capacidad de este órgano en el primer trimestre de vida para llevar adecuadamente este aporte excesivo de proteínas durante la lactancia, realidad que afecta la salud de estos pequeños, añadiendo además la manipulación y preparación inapropiada de ciertos alimentos los cuales de alguna manera incrementan ciertas infecciones como la diarrea. Otra complicación podría ser la alergia alimentaria, aumento de permeabilidad intestinal más la inmadurez del sistema inmune, el cual condiciona de alguna manera que aparezcan cuadros atópicos en niños genéticamente predispuestos (Claudia Angélica Quezada-Salazar, *et al.*, n.d.).

6.4. Estado de lactancia materna a nivel mundial, regional y nacional:

Según un nuevo informe de UNICEF y de la OMS en unión con el colectivo mundial para la LM, se dio a conocer que el último análisis señala que una inversión de 4,70 dólares por recién nacido puede propiciar para el año 2025 beneficios económicos de 300.000 millones de dólares, pero se debe tener en claro que ningún país en el mundo cumple absolutamente las normas recomendadas para la lactancia materna, por lo cual estos organismos prevén una nueva iniciativa para aumentar las tasas mundiales de amamantamiento (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Se demuestra que la LM posee beneficios cognitivos y de salud para los bebés y sus madres, en especial durante los 6 primeros meses de existencia, contribuyendo de esta forma evitar 2 de las principales causas de muerte en los lactantes como son la diarreas y neumonía; así mismo, en las madres disminuye el riesgo de padecer cáncer de ovario y/o de mama, principales causas de muerte (Rollins, 2014).

El Director General de la OMS dio a conocer, que el mejor comienzo en la vida de un bebé es la Leche Materna, ofreciéndoles ésta el alimento que necesitan para sobrevivir y prosperar, así

mismo actúa como si fuera la primera vacuna del bebé, brindándole como una protección a enfermedades potencialmente mortales. Se requiere una inversión anual de solo 4,70 dólares por recién nacido para aumentar al 50% de aquí al 2025 la tasa mundial de lactancia materna exclusiva entre los niños menores de seis meses(Organización Mundial de la Salud, 2017).

Lo que implicaría reducción de costos derivados de enfermedad por no proceder con esta práctica, misma que se ha estimado en 300.000 millones por año, de acuerdo al estudio realizado por: (Rollins, 2014).

A nivel mundial, la inversión en la lactancia materna es insuficiente. Cada año, los gobiernos de los países de ingresos bajos y medianos gastan aproximadamente 250 millones de dólares en programas de lactancia materna; y los donantes aportan solo 85 millones de dólares adicionales. La lactancia materna es fundamental para el logro de muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Mejora la nutrición (ODS2), previene la mortalidad infantil y disminuye el riesgo de enfermedades no transmisibles (ODS3), y apoya el desarrollo cognitivo y la educación (ODS4). La lactancia materna es también un instrumento para poner fin a la pobreza, promover el crecimiento económico y reducir las desigualdades (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La información referente a la alimentación con biberón mantiene una estrecha relación con el incremento de enfermedades como la diarrea; además, de interferir en la óptima alimentación con leche materna. La ENSANUT-ECU reporta que el 36.4% de los niños entre 0 y 5 meses ya se alimentan con biberón (ENSANUT, 2011).

6.5. Determinantes conocidos de la lactancia:

Según (Coruña, 2015, existen factores que tienen una influencia positiva para la instauración y el mantenimiento de la LM, que contribuyen a mejorar su duración, como son la

edad de la madre, su nivel de estudios, su estatus socioeconómico, la intención de brindar lactancia anterior al parto, haber acudido a clases de educación y asesoría en lactancia, el apego precoz, y la experiencia materna anterior en lactancia materna, entre otros.

6.6. Importancia de los factores sociales para el inicio y mantenimiento de la Lactancia

Exclusiva y Continua:

La lactancia materna (LM) exclusiva es el alimento de elección durante los primeros 6 meses, continuando hasta el año de vida o hasta que la madre y el niño deseen, ya que es la forma más natural y saludable de alimentar a los bebés. Está demostrado que la lactancia materna reduce el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y muerte durante el primer año de vida, disminuye el riesgo de padecer enfermedades gastrointestinales, respiratorias y urinarias y, de presentarse, que sean menos graves; además, ayuda a prevenir la obesidad y futuras enfermedades crónicas (Integral, 2015).

La OMS y la UNICEF recomiendan que la LM debe iniciarse no más allá de la primera hora después del nacimiento del bebé y deben ser alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida; es decir, que no deben incluirse otros alimentos durante este tiempo. Después de los seis meses estos deben empezar a recibir alimentos complementarios, claro está que estos deben ser adecuados para la edad y totalmente seguros, pero al mismo tiempo continuar con la LM hasta los 2 años e incluso más tarde (UNICEF, 2019).

El periodo que comprende entre el nacimiento y los dos años de edad es vital para el desarrollo, el crecimiento y la salud de una persona. La leche materna se adapta a la edad del niño que la toma. Esto quiere decir que a medida que el niño crece la leche aporta más calorías (Bastida, 2019).

La lactancia se ha consolidado como la práctica idónea para asegurar una nutrición infantil saludable. Entre estos factores, están claramente identificados los factores sociodemográficos que se asocian al inicio tardío y mantenimiento de la lactancia así como también actitudes, conocimientos y prácticas (Balogun, M., Okpalugo, O., Ogunyemi, A. y Sekoni, 2017). Por ejemplo, Las madres adolescentes, comparadas con las madres adultas, tienen menor probabilidad de iniciar la lactancia (Castillo, J., Rams. A., Castillo. A., 2009).

En el Ecuador se desconoce cuál es la relación del estatus laboral, nivel educativo y condición socioeconómica de las madres y la práctica de la lactancia materna exclusiva. En algunos contextos se ha demostrado que un mejor nivel educativo se asocia con una mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva en otros contextos incluido el Ecuador se ve que los mayores niveles educativos padecen de unas peores tasas de lactancia materna exclusiva; asimismo, se desconoce con exactitud la forma en que se asocia el nivel educativo y el estatus socioeconómico con la práctica de la lactancia materna en el Ecuador.

6.7. ENSANUT:

Esta Encuesta expuesta fue elaborada en 2 fases, la primera por medio de un proceso de actualización de muestreo ya que no se cuenta con toda la información requerida a nivel de Unidad Primaria de Muestreo - UPM, esto debido a que el marco está compuesto en su mayor parte por información proporcionada por la Censo de Población y Vivienda 2010. Así mismo, por la naturaleza de la encuesta, deben resguardarse cuotas de participación para diferentes poblaciones objetivo, ya que estas se ocultan entre las diferentes secciones del formulario.

La segunda fase abarca la repartición por cuotas, considerando la distribución de cada una de las poblaciones objetivo dentro de las UPM seleccionadas (INEC, 2018). Considerando

estos aspectos, el presente trabajo es un estudio analítico transversal que está enfocado en determinar la influencia sociodemográfica en la práctica de la Lactancia Materna en infantes de hasta 6 meses de edad en el Ecuador según datos proporcionados por la ENSANUT 2018.

Este trabajo de titulación encontró asociaciones entre las variables sociodemográficas y la práctica de la lactancia materna exclusiva a los seis meses en la población ecuatoriana, utilizando la información disponible en la base de datos de la ENSANUT 2018.

7. JUSTIFICACIÓN.-

La manera correcta de asegurar la salud y supervivencia de los niños es mediante el consumo de la LM. Si todos los niños fueran amamantados, anualmente se salvarían unas 820 000 vidas infantiles. Lamentablemente a nivel mundial, la leche materna exclusiva a menores de 6 meses solo es recibida por un 40% de estos lactantes.

La Organización Mundial de la Salud generalmente hace hincapié en la importancia de la lactancia natural o materna como la forma de nutrición más eficaz tanto para lactantes como para niños pequeños; estadísticamente, se ha comprobado que muchos son los beneficios atribuidos y/o asociados a esta práctica, para lo cual se debe orientar y apoyar esencialmente a las madres para que así sea posible un aumento significativo de la LME a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Cabe resaltar, que existen determinantes sociales que son considerados factores influyentes en la lactancia materna y generalmente son: culturales, políticos, ambientales y económicos, añadiéndole a estos, falta de recursos, de oportunidades, de abandono paterno, difícil estabilidad laboral, adolescente en estado de gestación, conflictos intrafamiliares, difícil acceso a la educación,

todos estos factores de alguna manera influyen en la negativa de ciertas madres al momento de dar de lactar a sus hijos/as (Lawrence, C. R., Carlson, E. A. y Egeland, 2006).

La Lactancia Materna, así como la humanidad misma, es muy antigua; actualmente somos conocedores del sin número de beneficios que esta tiene, esto gracias a las incontables investigaciones y artículos que nos dan a conocer sobre la misma. Se conoce que la leche materna posee múltiples así como variadas propiedades y ventajas para el niño y la madre. Indudablemente el mejor alimento para el recién nacido es la leche materna, debido a que sus componentes aportan los nutrientes necesarios para el desarrollo del lactante durante los seis primeros meses de vida, protegiéndolo así de diversas enfermedades y manteniéndolo en un estado de salud adecuado.

La LM es la única capaz de crear una especial unión entre la madre y su hijo, ya que es un momento íntimo y de unión en donde se establece un vínculo sublime que será eje principal en el equilibrio emocional y personal de cada uno de estos individuos. Se debe tener presente, que el amamantar no solo brinda beneficios de salud al lactante, sino también a la madre; ya que, disminuye el riesgo de sufrir en algún momento cáncer de ovarios y/o mama; así como, favorece a que el útero se contraiga después del alumbramiento (Claudia Angélica Quezada-Salazar, Aída Delgado-Becerra, Leyla María Arroyo-Cabrales, n.d.).

La O.M.S invita a que los niños exclusivamente sean amamantados los primeros 6 meses de vida con leche materna, y en lo posible esta sea prolongada hasta los dos años de edad, complementándose con otros alimentos. Lamentablemente, factores económicos, sociales, culturales y educativos entre otros, influyen y condicionan la decisión de las madres al momento amamantar a sus hijos, aun sabiendo los beneficios que la leche materna posee (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Los primeros meses y años de vida de la práctica de la lactancia materna ha demostrado ser un importante factor en la prevención de la aparición de algún tipo de enfermedad, sean estas a corto o largo plazo; es decir, en el caso de las primeras podrían ser infecciones respiratorias y/o gastrointestinales, desnutrición; en las de largo plazo, son las que se pueden presentar durante el transcurso de la vida como son: la obesidad, diabetes o algún cáncer (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Existen iniciativas y campañas de salud que fomentan la lactancia materna en nuestro país; sin embargo, no son tomadas en consideración por muchas madres de estos infantes.

Actualmente se llevan a cabo la implementación de varias políticas planes y normativas para fomentar la práctica de la lactancia materna sin embargo se desconoce en qué medida esas políticas normativas pueden aplicarse en los diversos contextos a nivel nacional. Se desconoce por ejemplo son las mujeres mejor educadas o aquellas que tienen mejores accesos a condiciones laborales más estables tienen que “pagar la penalidad” de no poder amamantar el tiempo suficiente a sus hijos.

Es importante intentar estimar cuáles son los efectos de las circunstancias sociales demográficas laborales de las madres y su efecto sobre la práctica de la lactancia materna. De esta manera pueden delinear políticas más asertivas que faciliten la apropiada regresarse un laboral de las madres en época de lactancia. En el Ecuador a raíz de la iniciativa de los hospitales amigos de la madre y del niño se han implementado estrategias para mejorar la adherencia lactancia materna entre ellas, garantizar la lactancia en la primera hora, aumenta significativamente las probabilidades de mantener la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y esto beneficia a corto y largo plazo a la población en general. Los beneficios para madre e hijo son innumerables y el personal de salud tiene el deber ético de apoyar esta práctica (MSP (ESAMyN)).

Ya que el éxito de las intervenciones en favor de la lactancia materna depende de los contextos individuales, algunas políticas planes y/ o programas en salud han tenido que contextualizarse para que sean más efectivas; por ejemplo: a la luz de esta evidencia científica, es necesario estimar el efecto de las características sociales y demográficas sobre la lactancia materna exclusiva para, de esta forma, contextualizarlas políticas, planes y programas en favor de la lactancia materna hacia grupos vulnerables al abandono de esta práctica.

Es por todo esto que se justifica el conocer el grado de asociación entre cada una de las características sociodemográficas y la práctica de la lactancia materna exclusiva a los seis meses es especialmente; y así, contribuir con la reducción de la morbilidad materno infantil.

8. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.-

La lactancia materna es una práctica humana susceptible a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales. Es el alimento natural exclusivo para el lactante hasta los seis meses de edad y con alimentación complementaria hasta los dos años o más, ya que contiene la mayoría de los nutrientes necesarios para su correcto crecimiento, desarrollo y “brinda beneficios importantes al bebé como lo es el proceso de vinculación afectiva”; además, de que la misma puede disminuir el riesgo de cáncer de mama, especialmente si una mujer amamanta durante más de 1 año.

Conociendo que estas asociaciones se han demostrado en otros contextos específicamente con respecto al nivel educativo y laboral de la madre: ¿cuál es la asociación entre las distintas características sociodemográficas de las madres de niños de seis meses de vida en el Ecuador y la práctica de la Lactancia materna exclusiva?

8.1 OBJETIVOS

8.1.1. Objetivo General:

- Identificar una posible asociación entre las condiciones socio demográficas y la práctica de la lactancia materna exclusiva (6 meses) en la población ecuatoriana encuestada mediante la ENSANUT 2018.

8.1.2. Objetivos Específicos:

- Describir los factores sociodemográficos y la práctica de la lactancia materna en niños de hasta 6 meses de edad.
- Identificar la presencia de características sociodemográficas adversas en los diversos ámbitos socioeconómicos de la población, entre quienes recibieron lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses y quiénes no.
- Evaluar la presencia de asociaciones significativas e independientes entre cada una de las características sociodemográficas maternas y la práctica de la lactancia materna exclusiva a los seis meses de vida.

9. MARCO TEÓRICO

El filósofo Jean Piaget, exponía que la pubertad se caracterizaba por los cambios físicos de este, pero acompañados también de cambios psicosociales; además, decía que una persona entre los 12 ha 20 años de edad adquiere la facultad de razonar desde cualquier ámbito que sea en tiempo presente hasta la formulación de proyectos futuros o a largo plazo; abarcando además, la medición de consecuencias de sus actos, la toma de decisiones, la capacidad de diferenciar sus propios intereses de los de otros. Sin duda alguna, el desafío por la que atraviesan los adolescentes desde

que inician su sexualidad sin una correcta orientación o información clara, precisa, concisa y sobre todo veraz, expone en ocasiones a embarazos ni planificados o no deseados (Joffe A., 1994).

La Agencia de Naciones Unidas - UNICEF, mediante su proyecto de vida de los/as jóvenes define como embarazo de riesgo, aquel que se da en mujeres de entre 13 y 19 años de edad, o en aquellas que aún no alcanzan la mayoría de edad legal; esto, debido a las posibles consecuencias que tiene sobre la salud, el estado psicosocial de la madre y el producto (OMS, 2009).

La trayectoria que tome un embarazo en adolescentes no sólo depende de características biológicas y/o psicológicas, sino también de las ejercidas por las personas de su entorno; por lo cual, esta adolescente lleva una carga emocional muy fuerte al cruzar por esta etapa, para esto se debe conocer el contexto sobre el cual ella se desarrolla (Turner RJ, Grindstaff CF, 1990).

9.1. Lactancia Materna Exclusiva y sus beneficios.-

La alimentación materna es la manera natural de proveer a los bebés los nutrimentos que necesitan para su desarrollo, crecimiento y óptima salud. Es considerada un alimento seguro al momento de consumirse, el cual contiene anticuerpos que protegen a los menores de enfermedades comunes, como neumonía, principal causa de muerte en niños a nivel mundial (Latham, 2002).

La lactancia materna es una forma de alimentación económica, ecológica, que previene enfermedades y garantiza el desarrollo psicológico, físico e intelectual de niños/as y de paso contribuye al desarrollo sostenible. Además, para el recién nacido es considerada como el alimento ideal e insustituible, por ser completo por contener anticuerpos que ayudan a proteger al niño de las enfermedades propias de la infancia, extendiendo de esta manera sus beneficios a largo plazo. La OMS recomienda la LM en los 6 primeros meses de vida como único alimento para niños/as

y que debe tratar de prolongarse hasta los 2 años de edad, complementándose con otros alimentos, asegurando una buena nutrición del niño/a en su crecimiento.

Esta práctica materna en los primeros meses y años de vida demuestra ser factor primordial para prevenir la aparición de enfermedades a corto plazo como infecciones, hasta aquellas crónicas que se presentan en el transcurso de la vida como diabetes, obesidad o ciertos tipos de cáncer. Según la ENSANUT 2012, la LME puede ayudar a prevenir ciertas enfermedades; ya que en Ecuador ascendieron al 25.3% obesidad y sobrepeso y en un 62,8% en adultos en una edad comprendida entre los 19 a 60 años.

Según la ENSANUT-ECU 2012, se conoció que el predominio de la LME y la Continua no lograron cumplir las metas establecidas por el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, el cual tenía por objetivo primordial incrementar en un 64% la prevalencia de estas en los primeros 6 meses de vida.

La OMS recomienda:

- Iniciar en la primera hora de vida la lactancia materna manteniéndola hasta los 6 meses como único alimento, y como complemento hasta los dos años, aportando de forma ideal los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable de los más pequeños del hogar.
- El alimento que necesita el bebé es la LM, ya que contiene nutrientes que favorecen su desarrollo y crecimiento, además de entrelazar el vínculo de amor entre madre e hijo/a.
- Las madres que laboran o estudian necesitan apoyo incondicional de su pareja, familia y patronos para que puedan continuar amamantando a su hijos/as; ya que ellas no son las únicas responsables de la LM y el éxito depende mucho del constante apoyo que les puedan

brindar las personas de su entorno. Mujeres que trabajan o estudian necesitan el apoyo de su pareja, familia y jefes, para continuar alimentando a su bebé con leche materna.

- Asistir a la Unidad de Salud más cercana, con la predisposición de solicitar y/o recibir charlas sobre la importancia de todo lo relacionado a la LM como alimento primordial de los lactantes hasta los primeros 6 meses de vida (Ministerio de Salud Pública).

Lo ideal sería que la LM sea el único alimento exclusivo sin ser alternado por otros tipos de alimentos o bebidas, a menos que estos sean soluciones rehidratantes, vitaminas o jarabes; esto, empezando durante la primera hora a partir del nacimiento, la LM debe ser a libre demanda del bebé y evitando las mamilas (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011).

9.2. Lactancia Materna Continua.-

Es cuando la lactancia dura más del tiempo normal en el que lo hacen la mayor parte de las madres de la sociedad y se la denomina también lactancia prolongada; es decir, que toma este nombre cuando el menor es amamantado hasta después de los 12 meses de edad. Se debe tener en cuenta que esta lactancia prolongada no es nueva dentro de la sociedad, ya existía desde la antigüedad y se dice que esta se extendía hasta que se considerara como completa la nutrición del menor.

El poco o nada de conocimiento de los beneficios que tiene la LM, en ocasiones se da debido a la falta de apoyo o asesoramiento adecuado a las madres, provocando que estas no tengan en consideración el mantener una lactancia prolongada. Aunque existen estudios que certifican que hay un número considerable de madres que permanecen invisibles a propósito, por el hecho de que ellas siguen amamantando a sus hijos hasta los 4 años más o menos.

La OMS recomienda LME hasta los 6 meses de edad y a partir de este tiempo deben empezar a recibir alimentos complementarios a la leche; es así, que tanto la OMS y la UNICEF recomiendan amamantar por lo menos los dos primeros años de vida.

Según recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría sobre LM, explica que los niños al menos durante 12 meses deben ser amamantados, y, luego de eso el tiempo que tanto la madre como el hijo deseen hacerlo; ya que, la LM continúa hasta después del año proporcionando nutrientes claves como: proteínas, grasas y gran parte de vitaminas. A continuación enumeraremos algunos de los beneficios de mantener la lactancia prolongada:

- Ayuda a disminuir la prevalencia de obesidad, pasando a ser factor protector de la diabetes tipo 1.
- Se debe tener en cuenta que niños entre los 16 ha 30 meses que aún son amamantados, son aquellos que cuentan con menos enfermedades o de corta duración, a diferencia de los que no son amamantados. Además de permitirles aliviar de mejor manera: choques, golpes, frustraciones y tensiones; así como, contar con un coeficiente intelectual más elevado, un mejor lenguaje, quizás obtener mejores calificaciones, y a la misma vez evitar el riesgo de desórdenes de conducta o algún tipo de ansiedad.

No existen documentos que indiquen que los alimentos suplementarios sean rechazados con más frecuencia por los niños amamantados que por los destetados y menos se puede certificar que estos aumenten el riesgo de caries. También, se debe tener en cuenta que el darle el pecho a un bebé no es solo sinónimo de nutrir, sino que además, le ofrecen seguridad y todo tipo de apoyo que este necesite.

Además, prolongar la lactancia también tiene beneficios para la madre:

- Retrasa el regreso de la fertilidad y les hace perder peso de manera más fácil.

- Reduce el riesgo de cáncer de ovarios, uterino, endometrio y mama, además, disminuye el uso de insulina en madres diabéticas.
- Protege contra la osteoporosis (Rioja Salud).

Garantizar la LME durante los primeros 6 meses de vida contribuye a la prevención de un millón y medio de muertes infantiles cada año, cubre 95% de los requerimientos del bebé hasta el cuarto mes, porcentaje que disminuye a 80% para el sexto mes y hasta 32.5% hacia los 12 meses de edad (Instituto Nacional de Estadística, 2008).

Se ha podido evidenciar en múltiples estudios que la leche materna tiene un efecto protector contra enfermedades infecciosas, en especialmente respiratorias agudas, gastrointestinales y otitis media durante la infancia y a priori a ella. Por eso se menciona que este efecto protector es debido a propiedades inmunológicas y antibacterianas, así como a la eliminación de exposición a patógenos que pudieran ser introducidos por medio de fórmulas, de manera que el riesgo de muerte por diarrea entre lactantes menores de 6 meses de edad, alimentados con LM parcial fue 8.6 veces mayor, en comparación con niños alimentados con LME. Para aquellos que no reciben lactancia materna, el riesgo fue 25 veces mayor (Debra H., 2005).

En el caso de enfermedades crónicas, la lactancia protege particularmente contra la enfermedad isquémica cardíaca y aterosclerosis, así como contra el riesgo de marcadores para diabetes, incluyendo una reducción en la respuesta a la insulina. De la misma forma influye positivamente en la salud de las madres, ya que, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, además de reducir la probabilidad de presentar obesidad en un futuro. Por ello, la OMS y la UNICEF recomiendan la leche materna como alimento exclusivo en los 6 primeros meses de edad y hasta los 2 años complementándola con otros alimentos. Sin embargo, la fórmula láctea a pesar

de no contar con los mismos beneficios que la materna está cobrando fuerza entre los consumidores (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2012).

Hace varias décadas atrás, la ciencia y la industria han trabajado en la producción de sustitutos de leche materna, con el objetivo de asimilarla en cantidad de nutrientes, pero a pesar de los esfuerzos no igualan la totalidad de las propiedades de la LM; cabe resaltar, que este sustituto es presentado como una alternativa para los lactantes que no pueden ser amamantados.

Normalmente las fórmulas lácteas con excepción de la soya se preparan a partir de la leche de vaca, pero a medida que los estudios científicos revelan nuevos componentes de la leche materna su formulación también cambia; ya que, estos nuevos descubrimientos tratan de que sean agregados a las nuevas fórmulas. Aunque se debe ser consciente de que la leche materna contiene elementos irremplazables, por lo cual, las diferentes fórmulas que salgan al mercado no tendrán los mismos nutrientes que la leche materna y por ende se desconocerán cuáles son los que específicamente le hacen falta al lactante que solo toma biberón (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 1995).

9.3. La Lactancia en el crecimiento y desarrollo del niño:

La LM garantiza el crecimiento, desarrollo y la oportunidad de gozar un comienzo en la vida, con igualdad de oportunidades; además, contribuyendo al desarrollo sostenible y poniendo fin al hambre, logrando seguridad alimentaria y mejorando la nutrición, así como también previniendo ciertas enfermedades y garantizando quizás un desarrollo psicológico, físico, inmunológico e intelectual de niños/as (IIIPA, 2014).

Considerada como el primer alimento natural y seguro, tenemos a la leche materna, la cual es primordial para garantizar crecimiento y buena salud de las niñas/os, ya que aporta toda la

energía y nutrientes necesarios en sus primeros meses de vida. Durante el primer año y hasta un tercio del segundo año de vida satisface una parte de sus necesidades, evitando la desnutrición, obesidad y deficiencia de micronutrientes. Además, cuenta con otros beneficios como son los de protegerles de alergias y alguna enfermedad de la piel (Unicef, 2019).

Normativas nacionales e internacionales como: Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), Constitución de la República del Ecuador (CRE), Código de la Niñez y Adolescencia (CONA), Ley Orgánica de Salud (LOS) y Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, establecieron que la lactancia materna es un derecho de las niñas/os para garantizar su supervivencia y constituir el medio más idóneo para asegurarles una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo. También es derecho de las mujeres contar con condiciones necesarias para proveer la lactancia de los mismos (MSP - Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

9.4. Importancia de la Lactancia en la Sociedad:

Cada uno desde el lugar que ocupa en la sociedad tiene la posibilidad de realizar su aporte para continuar y mantener los avances. Proteger, promover y apoyar la lactancia materna es una meta esencial para salvar vidas y seguir anotando triunfos. Para que eso suceda, es necesario prepararse, establecer objetivos, unir fuerzas y actuar. La lactancia materna implica menos residuos si se compara con la producción de fórmula que involucra las industrias de lácteos, farmacéuticos, plásticos y aluminio, y reduce el uso de combustibles fósiles y leña en el hogar. Con la lactancia materna tenemos una fuente saludable, viable, no contaminante, sostenible y natural de nutrición y sustento, que no utiliza muchos recursos (Lucas, n.d.).

9.5. Factores que se asocian a una mayor práctica de LME:

9.5.1. Edad Materna

Se asevera que el período de lactancia disminuye a menor edad materna, por lo que se considera que el equipo de salud debe tomar acciones de prevención. La alta incidencia de cesáreas es un problema a resolver, para que no afecte el inicio precoz del amamantamiento que favorece la LME durante los primeros 6 meses de vida. Los 2 factores asociados en este estudio de la lactancia exclusiva hasta los primeros 6 meses (experiencia previa exitosa, menor nivel de escolaridad). Sin embargo, llama la atención la importante diferencia en función del sexo del lactante, lo que no ha sido descrito previamente. Hecho que sugiere la necesidad de evaluar esta asociación en estudios de mayor representatividad. A pesar de que el sistema de salud no demostró diferencias en los análisis univariados, si se demostró una situación más favorable en el sistema público, al utilizar modelos multivariados (Barbosa *et. al.*, 2009).

Se considera que las madres menores de 20 y/o mayores de 35 años no inician o dejan antes del tiempo normal la LME y si estas últimas son primerizas demuestran estar más presionadas a abandonar la lactancia natural, a diferencia de las mayores a 20 años que demostraron tener más actitudes al momento de amamantar. Es debido a esto que se encontró que la edad si influye en la LM (Duchi R, 2018).

9.5.2. Nivel Educativo

La ineficacia de la LM se debe en un índice alto al bajo nivel académico de las madres o en su defecto, las preuniversitarias con un 25,5% son uno de los grupos más frecuentes en dejar de amamantar a su hijos/as antes de los 6 meses, siguiéndoles con un 20,4% las madres consideradas como estudiantes. En ocasiones los factores que influyen en el correcto acceso a la información de la importancia de la LM y el peligro de abandonarla precozmente se debe al bajo

nivel de escolaridad o grado educativo alcanzado; ya que, se considera que a mayor nivel de instrucción educativa por parte de las madres, mayor es el entendimiento y predisposición sobre la importancia de la LME (Guarango G, Moreira P, Maribel K, 2014).

Estudios realizados en diferentes países, han coincidido en que la LM se lleve a cabo con más normalidad y dure lo realmente necesario, cuando las madres han tenido como apoyo incondicional en esta fase de sus vidas a sus esposos o parejas. Por ejemplo; en Colombia un 82,4% da apoyo a su pareja durante el primer mes de nacido el bebé y un 78,6% cuando este tiene dos meses de nacido; en Cuba también demostraron dichos estudios que las madres que presentaban una relación conyugal estable exhibieron mayores resultados con relación a la LME. En Chile también influye mucho la relación de pareja en cuanto a la decisión positiva sobre la LME (Chávez *et. al.*, 2018).

9.5.3. Características del hogar

En cuanto a la relación entre el hogar y el lactante, ciertos estudios demuestran que los niños que comparten la cama con la madre de forma habitual son amamantados con mayor frecuencia, por lo cual la lactancia es mayor y, cuando estos duermen con sus madres el tiempo que son amamantados es 3 veces mayor que el de un lactante que duerme solo (McKenna JJ, Mosko SS, 1977).

En el 2018 el 72,70% de las niñas/os menores de dos años tomaron leche materna en su primera hora de vida; lo cual es considerado como un incremento significativo. Las madres que habitan la zona rural practican con más regularidad la lactancia en la primera hora de nacido de sus hijos/as. El 2014 el 57,6 % de niñas/os menores de dos años se alimentaron la primera hora

con leche materna, cuatro años más tarde este porcentaje se incrementó en un 75,6 % de niñas/os (Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC, 2018).

9.5.4. Estatus laboral

Certificar el derecho de las madres a mantener en su jornada de trabajo la LM; ya que, muchas de estas se ven en la obligación de abandonar la LM parcial o temporalmente debido a que deben reanudar sus actividades laborales y al no disponer de adecuadas instalaciones para recoger y/o extraerse la leche o en su defecto no poder amamantar. Es por eso que las madres necesitan en su trabajo o cerca del mismo, un espacio limpio, privado y seguro para poder amamantar a sus hijos y poder así continuar con la LME (Victoria, 2016).

Encontrar una manera de apoyar a las madres que estudian y trabajan en las afueras de sus casas; las cuales, en ocasiones se ven obligadas a suspender la LM de sus hijos/as antes de lo normal. A lo mejor se deberían adaptar espacios acogedores en los lugares antes mencionados, con cuidadores para que puedan tener cerca a sus hijos y así no tener que dejar de amamantarles (MSP, 2011).

9.5.5. Etnia

Se dice que las madres de la cultura indígena en un 77% si cumplen con la lactancia materna durante los primeros 6 meses de edad del niño; en cambio, las madres mestizas, afros y montubias practican la lactancia en menor porcentaje según datos proporcionados por la Encuesta de Salud y Nutrición 29 del 2011/2013. Así mismo, dicha encuesta determinó que la LM es llevada en un alto porcentaje en el área rural con un 58,9%, mientras que en la zona urbana se la práctica con un 35,9% (S Valenzuela Galleguillos, 2016).

9.5.6. Afiliación a un seguro

El Seguro General Obligatorio forma parte del sistema nacional de seguridad social y, como tal, su organización y funcionamiento se fundamentan en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia.

Todas las personas que perciben ingresos por la ejecución de una obra, prestación de un servicio físico o intelectual, con relación laboral o sin ella, tienen derecho a solicitar la protección del Seguro General Obligatorio:

- a. El trabajador en relación de dependencia.
- b. El trabajador autónomo.
- c. El profesional en libre ejercicio.
- d. El administrador o patrono de un negocio.
- e. El dueño de una empresa unipersonal;
- f. El menor trabajador independiente; y,
- g. Las personas que realicen trabajo del hogar no remunerado.
- h. Las demás personas obligadas a la afiliación al régimen del Seguro General Obligatorio en virtud de leyes o decretos especiales.

Así mismo, son sujetos obligados a solicitar la protección del régimen especial del Seguro Social Campesino, los trabajadores dedicados a la pesca artesanal y/o habitantes rurales que laboran habitualmente en el campo, por cuenta propia o de la comunidad, que no reciben remuneraciones de un empleador público o privado, menos contratan personas extrañas a la comunidad (Ministerio del Trabajo, 2017).

9.5.7. Problemática social y lactancia materna:

El poner fin a la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida del bebé, generalmente se debe a la presión social y/o comercial, debido a las agresivas campañas de publicidad de productores de fórmula. La incorrecta orientación médica de los trabajadores de salud que carecen de conocimientos adecuados y capacitación en apoyo a la lactancia materna agravan a menudo estas presiones. Además, el hecho de que las mujeres deban volver a sus jornadas laborales después del parto, es uno de los mayores factores que influyen en la decisión de que estas dejen de amamantar a sus hijos antes de tiempo; así mismo, consideramos que estas madres que cumplen con un horario de trabajo deben de ser apoyadas por las autoridades u organismos pertinentes para que puedan continuar dando de lactar a sus hijo/as (Unicef, n.d.).

9.5.8. Costos de la no práctica de la lactancia materna:

Según un estudio realizado por el equipo de investigadores de la doctora González de Cossío, se evidencian las inversiones económicas que generan las inadecuadas prácticas de la lactancia; es decir, que si se diera como debe de ser la LME esta podría ahorrarles muchos recursos que son utilizados en el sistema de salud; así como, en los hogares, porque se evitaría la atención de enfermedades de neonatos y a priori se disminuirían enfermedades que se llegasen a presentar en la adultez, esto siempre y cuando se tomen en consideración las recomendaciones emitidas por OMS. De acuerdo con la investigadora, este estudio se originó con la idea de conocer cuáles son las consecuencias de una inadecuada práctica de lactancia.

El estudio de este fenómeno “es un área importante para determinar el costo en enfermedades crónicas y alergias que sufren los niños que no son amamantados”, dijo (Báez Carmen, 2014).

9.5.9. Influencia de la industria en la práctica de la lactancia, especialmente en poblaciones vulnerables:

La distribución de muestras gratuitas por parte de las industrias que comercializan alimentos para el lactante, dejan como resultado una mayor alimentación con biberón. Los anuncios de sucedáneos de la leche materna los proyecta como el alimento que supera a la leche materna en cuanto a nutrientes y beneficios, ocasionando consecuencias negativas económicas pero sobre todo en la salud. Estados Unidos efectuó un estudio basado en la población en el 2008, descubriendo que un 67% de las madres recibieron muestras de fórmulas infantiles totalmente gratis, regalos que fueron asociados con una duración más breve de la lactancia materna. A diferencia de los productos de primera necesidad que han resistido las bajas del mercado, la industria de sucedáneos de leche materna va en crecimiento.

Las ventas mundiales de fórmulas para lactantes en el año 2014 llegaron alrededor de 44.800 millones de dólares estadounidenses; para el 2019, se proyecta el incremento de este valor a 70.600 millones de dólares. Ventas que al por menor indican que el medio publicitario empleado ha sido eficaz, lo cual destaca la importancia de contar con leyes y reglamentos nacionales integrales para frenar las prácticas de comercialización inapropiadas, que contemplen un seguimiento adecuado y sanciones pertinentes (Organización Mundial de la Salud, 2016).

10. HIPÓTESIS.-

Existen asociaciones significativas e independientes entre las categorías de las distintas variables sociodemográficas y la práctica de la lactancia materna exclusiva en niños menores a seis meses en la población ecuatoriana encuestada en la ENSANUT 2018.

11. METODOLOGÍA.-

a. Diseño Muestral:

Para realizar la comparación del diseño muestral se tomó como referencia a la Encuesta Nacional sobre la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población de Niños Ecuatorianos menores de Cinco Años – DANS (1986); la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil – Endemain (2004); la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT (2012); y (2018). Para una mejor comparación, en la tabla 1, se presentan las cuatro encuestas en función de los siguientes atributos del diseño muestral:

En síntesis, en cuanto a la tabla comparativa podemos darnos cuenta que todo gira en torno al (CVP) Centro de Población de Vivienda en cada una de las fuentes como son:

- Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana Menor de Cinco Años (DANS).
- Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN).
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador (ENSANUT).

Podemos verificar que cada una de ellas se enfoca de alguna manera en determinar lo mismo; es decir, que el dominio de DANS abarca todo el Ecuador con excepción de Galápagos, la Endemain toma en consideración zonas urbanas y rurales en 22 provincias, la ENSANUT 2012 se basó en el estudio de las 24 provincias y en preferencia las zonas de influencia de Quito y Guayaquil, por último la ENSANUT 2018 estudió las 24 provincias del país y las zonas de Planificación. Este estudio lo hicieron con un marco de muestreo a partir de la información del CPV, aplicando una muestra probabilística con características diferentes en cada estudio y aplicando encuestas de acuerdo a la realidad de cada intervención.

Tabla 1. Comparación de diseño muestral

Ítem	DANS 1986	Endemain 2004	Ensanut 2012	Ensanut 2018
Dominio de estudio	Nacional a excepción de Galápagos.	Urbana y rural, por regiones y provincias (22).	Provincias (24) y zonas de influencia de Quito y Guayaquil.	Provincias (24) y Zonas de Planificación.
Marco de muestreo	No se especifica, sin embargo en otras fuentes se hace mención a la información del CPV 1982	Construido a partir del CPV 2001.	Construido a partir del precenso del CPV 2010.	Construido a partir de los resultados del CPV 2010 y sus actualizaciones parciales en el periodo 2010-2017.
Tipo de Diseño muestral	Muestra probabilística, regionalizada, de conglomerados y estratificada.	Probabilístico, estratificado y multietápico.	Probabilístico, estratificado, trietápico de conglomerados.	Probabilístico, estratificado, trietápico de conglomerados.
Estratificación	División del país en dos grandes regiones ecológico-demográficas que a su vez se dividieron en 3 subestratos: (i) 1 cantón correspondiente a las áreas metropolitanas de Quito y Guayaquil; (ii) 7 cantones en áreas urbanas con más de 20.000 habitantes; y (iii) 7 en áreas con menos de 20.000 habitantes en concentración urbana.	17 estratos establecidos (regiones Insular y Amazónica, 10 provincias de la Sierra y 5 de la Costa).	Provincia urbano/rural (área 2000) y zonas de influencia de Quito y Guayaquil (50 estratos en total).	Provincia urbano/rural (área 2000) y estratificación socioeconómica (165 estratos en total).

Cabe señalar que la cobertura geográfica de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 es Nacional, urbano – rural, regional y provincial, a diferencia de la ENSANUT 2012 que fue nacional, urbano – rural y provincial. La Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil obtuvo en el país una cobertura muy significativa tanto por regiones, provincias y finalmente por parroquias urbanas y rurales; y finalmente la DANS contaba con una representatividad nacional a un nivel de costa y sierra. A continuación podremos observar un resumen de las características de la evolución Histórica de la cronología de la ENSANUT 2018.

Tabla 2. Cronología de la Ensanut 2018

Año	Principales hitos
1986 - 2018	<ul style="list-style-type: none"> Las cuatro encuestas comparadas presentan un tipo de muestreo probabilístico, sin embargo, cada con las particularidades detalladas anteriormente.
1986 - 2018	<ul style="list-style-type: none"> Su marco muestral es tomado del Censo de Población y Vivienda más próximo a la ejecución de la encuesta.
1986 - 2018	<ul style="list-style-type: none"> La DANS tiene una cobertura a nivel nacional, la Endemain por regiones y provincias; Ensanut 2012 nacional, urbano – rural y provincial y la Ensanut 2018-2019 nacional, urbano – rural y provincial.
1986 - 2018	<ul style="list-style-type: none"> Los objetivos de las encuestas en forma general buscan conocer la situación de salud de la población, y de forma particular las condiciones de las Mujeres en edad fértil, los niños menores de 5 años y efectividad de la aplicación de programas.
1986 - 2018	<ul style="list-style-type: none"> Los formularios de las tres encuestas presentan diferencias en secciones y preguntas; lo que ha permitido enfocar mejor las preguntas para obtener mejor información de las fuentes.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos

b. Muestra:

Muestreo Probabilístico. La Unidad Primaria de Muestreo (UPM) para la ENSANUT 2018, considerando cada dominio de diseño y basándose a este tiene un total del tamaño de muestra de 2592, equivalente al total del tamaño de la muestra de la UPM en todos los dominios.

- Consideraciones muestrales previo al análisis referencial:

Previo a cualquier análisis se llevó a cabo el cálculo de la muestra necesaria para identificar diferencias significativas en las variables sociodemográficas entre quienes recibieron lactancia materna exclusiva versus quienes no. Calculamos que una muestra aleatoria de 1106 individuos es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 3 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 63% (ENSANUT 2018). En porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 10%.

c. Población:

La ENSANUT tomó como objeto de estudio al total de los miembros del hogar de todo el país.

d. Tipo de estudio:

Estudio analítico transversal.

e. Mediciones:

1. Variable Dependiente principal: Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.
2. Variables Explicativas: Estado civil, nivel educativo, etnia, área de vivienda, tipo de vivienda, acceso a servicios de salud, recepción del bono del desarrollo humano, pobreza, quintil socioeconómico.
3. Variables Confusoras: Edad materna, edad del lactante, características antropométricas características del desarrollo infantil, antecedentes prenatales natales y posnatales.

Ver cuadro de Operacionalización de variables (cuadro 1) y matriz de variables (cuadro 2).

f. Plan de Análisis de Datos:

Estadística descriptiva:

Se describirán todas las variables de la siguiente manera: (i) las variables categóricas se describirán mediante valores absolutos y porcentajes. (ii) las variables numéricas discretas serán

descritas mediante la mediana y los rangos intercuartílicos. (iii) las variables numéricas continuas serán descritas por medio de la media aritmética y el desvío estándar.

- Estadística inferencial:

Se buscarán diferencias estadísticamente significativas entre todas las variables categóricas explicativas y la variable binomial “lactancia materna exclusiva a los seis meses” mediante el test del Chi2 o el test de exactitud de Fisher, según corresponda (Centro de ayuda XLSTAT).

- g. Operacionalización de variables del estudio:

1. Variables Dependientes:
2. Variable Explicativa:
3. Variables Confusoras:

Cuadro 1. Operacionalización de las variables.

VARIABLES DEPENDIENTES	ETIQUETA	PALABRA CLAVE PROPUESTA	CATEGORÍAS DE LA VARIABLE	BDD	ID
pedad_3.1	Edad cronológica	Edad materna	15 – 18 19 – 25 26 – 35 36 – 45 46 en adelante		idpers
	Educativo	Sabe leer y escribir	Si No Ninguno		
p_20 p_19.1 p_económico	Nivel de Instrucción	Escolaridad alcanzada	Condición socioeconómica	Centro de alfabetización Jardín de Infantes Primaria	idhog
				Educación Básica Secundaria Educación Media/ Bachillerato Superior no Universitario Superior Universitario Post-grado, Doctorado, PHD	
	Nivel económico	Economía	Bajo Medio Alto	ensanut_fl_personas.data	idviv
pestatus Laboral_0	Actividad	Ocupación	Ama de cas		
				Estudia Trabaja Estudia y trabaja Otro	
gr_etn	Autodefinición de Etnias	Etnia	Mestizos		idsector
				Montubios Afro-ecuatorianos Euro-ecuatorianos Negro Mulato Blanco Otro ¿cuál?	
Pse01	Es afiliado o aporta	Afiliado	IESS, Seguro General? IESS, Seguro Voluntario? Seguro Campesino? Seguro del ISSFA/ISSPOL		

Variables Explicativas	Etiqueta	Palabra clave propuesta	Categorías de la Variable	bbdd	ID
LME_454mes	LME hasta los 6 meses	Alimentado con leche materna Bebieron algo más que leche	Seguro de salud privado? Ninguno? Si No Si No	ensanut_f2_salud_niñez.d ata	id viv id hog id per id hijo
Variables Confusoras	Etiqueta	Palabra clave propuesta	Categorías de la Variable	bbdd	ID
Depr post parto_219	Tristeza post parto	Depresión	Si No Nada Poco Mucho		id viv
Ansiedad	Miedo post parto	Ansiedad	Si No Nada Poco Mucho		
f2_513	Varios trastornos al mismo tiempo	Comorbilidades	1 molestia 2 molestias Ninguna molestia. Diferentes molestias pero consecutivas.	ensanut_f2_mef.data	id hogar
f2_205	Control Atención personalizada	Control prenatal	Si No Si		
f2_502.3		Período Natal	No		
f2_504_1	Información	Control prenatal	Si No		id per
Discapacidad/ dificultad	Dificultad para desarrollar actividades cotidianas	Tipo de discapacidad	Tiene dificultad para ver, aunque sea con lentes? Tiene dificultad para oír, incluso si utiliza un audífono? Tiene dificultad para caminar o subir escaleras? Tiene dificultad para recordar o concentrarse? Tiene dificultad para bañarse o vestirse? Usando su lenguaje habitual, tiene dificultad para comunicarse; es decir, comprender o ser comprendido? No tiene ninguna discapacidad		

Cuadro 2. Matriz de Variables.

VARIABLE EXPLICATIVA	VARIABLE CONFUSORAS	VARIABLES INDEPENDIENTES
LME hasta los 6 meses	Tristeza post parto	Edad cronológica
	Miedo post parto	Educativo
	Varios trastornos al mismo tiempo	Nivel de Instrucción
	Control	Nivel económico
	Atención personalizada	Actividad
	Información	Autodefinición de Etnias
	Dificultad para desarrollar actividades cotidianas	Es afiliado o aporta

12. ASPECTOS BIOÉTICOS.-

El presente protocolo constó con la aprobación del Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, mediante Oficio N° SB-CEISH-POS-710, firmado en la ciudad de Quito a los ocho días del mes de abril de 2021. Al tratarse de un estudio que fundamentó su análisis en fuentes de información secundaria (base de datos ENSANUT 2018) no se catalogó como investigación en seres humanos. No obstante, es menester que el protocolo fue evaluado por el comité. Los aspectos éticos relacionados con la ENSANUT 2018 se encontraron en la página web del INEC: (ENSANUT-ECU, 2014).

13. RESULTADOS.-

Una vez que se obtuvo la muestra después de aplicar los criterios de inclusión y de exclusión y empleando la información de quienes tuvieron suficientes datos relacionados con las características sociodemográficas y la información de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, la muestra final estuvo constituida por 1327 díadas madre hijo de lactantes de ≤ 6 meses de edad.

Las principales características de esa población muestral fueron: la mediana (P25 a P75) de edad fue de 26 (21 a 32) años, la mediana (P25 a P75) de edad de lactante fue de 3 (2 a 4) meses, siendo del sexo masculino un 52% de los lactantes de esas diadas, el 81% de las madres de esas diadas tuvieron estado civil casado o en unión libre, En un 45% las madres tuvieron educación media o bachillerato, siendo el número (P25 a P75) de años de escolarización de 13 (9 a 13) años, en un 28% tuvieron acceso al seguro del IESS, mientras que, en un 66% no tuvieron ninguna cobertura de Seguridad Social, apenas el 7% recibió el bono del desarrollo humano. Además, menos de la mitad (49%) mencionaron vivir en casa propia y totalmente pagada, siendo su principal material predominante el tablón la duela el parquet o el tabloncillo y el mármol o marmetón junto con el cemento y ladrillo.

Con respecto a las características del nacimiento, los lactantes de esas guiadas recibieron apego inmediato y lactancia dentro de la primera hora en un 77%, durante el embarazo de estos lactantes hubo una mediana (P25 a P75) de 7 (5 a 9) controles prenatales, siendo en un 59% partos normales, con clampeo oportuno del cordón en un 63%, y un apropiado respeto a la cultura en un 70%, hubo controles postparto en un 60%, sin embargo, hubo algunos casos de fiebre, preeclampsia o eclampsia, hemorragias en un 12%, 10%, 9%; y, 17%. Con respecto a las complicaciones neonatales un 17% de estos lactantes tuvo una falta de llanto al nacer.

Tabla 1. Característica de toda la muestra.

Variable	Muestra total n = 1327
Edad materna (años), P50 (P25 a P75)	26 (21 a 32)
Edad del lactante (meses), P50 (P25 a P75)	3 (2 a 4)
Sexo de Lactantes	
<i>Masculino</i>	695 (52)
<i>Femenino</i>	632 (48)
Estado civil o conyugal	
<i>Casada/ unida</i>	1.048 (81)
<i>Separada</i>	92 (7)

<i>Soltera</i>	161 (12)
Nivel de Instrucción	
<i>Ninguno o Centro de Alfabetización</i>	15 (1)
<i>Educación Básica</i>	439 (34)
<i>Educación Media/ Bachillerato</i>	580 (45)
<i>Superior</i>	255 (20)
Escolaridad Materna	13 (9 a 13)
Cobertura de Salud	
<i>IESS, Seguro General</i>	366 (28)
<i>IESS, Seguro Voluntario</i>	11 (1)
<i>IESS, Seguro Campesino</i>	42 (3)
<i>IESS, Seguro del ISSFA/ ISSPOL</i>	27 (2)
<i>Seguro de Salud Privado</i>	6 (<1)
<i>Ninguno</i>	875 (66)
Recibe el Bono de Desarrollo Humano	
<i>Si</i>	96 (7)
<i>No</i>	1.206 (93)
Hijos muertos	
<i>0</i>	2 (6)
<i>1</i>	30 (88)
<i>2</i>	2 (6)
La vivienda que ocupa este hogar es	
<i>En arriendo</i>	298 (22)
<i>Anticresis y arriendo</i>	14 (1)
<i>Propia y la está pagando</i>	79 (6)
<i>Propia y totalmente pagada</i>	653 (49)
<i>Cedida</i>	264 (20)
<i>Recibida por servicios</i>	16 (1)
<i>Otra, cuál?</i>	3 (<1)
El material predominante del piso de la vivienda es	
<i>Duela/ parquet/ tabloncillo/ tablón</i>	89 (7)
<i>Cerámica/ baldosa/ vinyl</i>	423 (32)
<i>Mármol/ marmeton</i>	14 (1)
<i>Cemento/ ladrillo</i>	517 (39)
<i>Tabla/ tablón no tratado</i>	238 (18)
<i>Caña</i>	7 (<1)
<i>Tierra</i>	39 (3)
El apego inmediato, lactancia en la primera hora de vida	
<i>Si</i>	994 (77)
<i>No</i>	277 (22)
<i>No sabe/ no responde</i>	10 (1)
Esperaron al menos un minuto para realizar el corte del cordón umbilical	

<i>Si</i>	830 (63)
<i>No</i>	79 (6)
<i>No sabe</i>	418 (31)
Controles prenatales, P50 (P25 a P75)	7 (5 a 9)
Tipo de parto	
<i>Normal (vaginal)</i>	789 (59)
<i>Cesárea</i>	538 (41)
Respeto cultura parto	
<i>Buena</i>	110 (70)
<i>Regular</i>	18 (11)
<i>Mala</i>	3 (2)
<i>No sabe/ no responde</i>	26 (17)
Control post parto	
<i>Si</i>	653 (60)
<i>No</i>	438 (40)
Fiebre	
<i>Si</i>	143 (12)
<i>No</i>	1.013 (88)
<i>No sabe/ no responde</i>	3 (<1)
Preclampsia/ Eclampsia	
<i>Si</i>	119 (10)
<i>No</i>	1.036 (90)
<i>No sabe/ no responde</i>	4 (<1)
Hemorragia	
<i>Si</i>	108 (9)
<i>No</i>	1.044 (90)
<i>No sabe/ no responde</i>	7 (1)
Falta de llanto al nacer	
<i>Si</i>	202 (17)
<i>No</i>	952 (82)
<i>No sabe/ no responde</i>	8 (1)
Tristeza posparto	

Figura 1. Sexo de Lactantes.

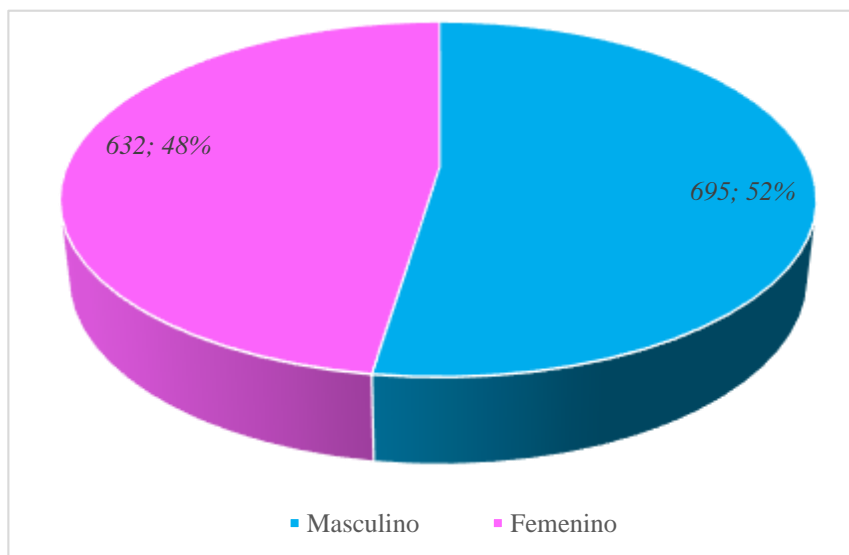


Figura 2. Estado civil o conyugal.

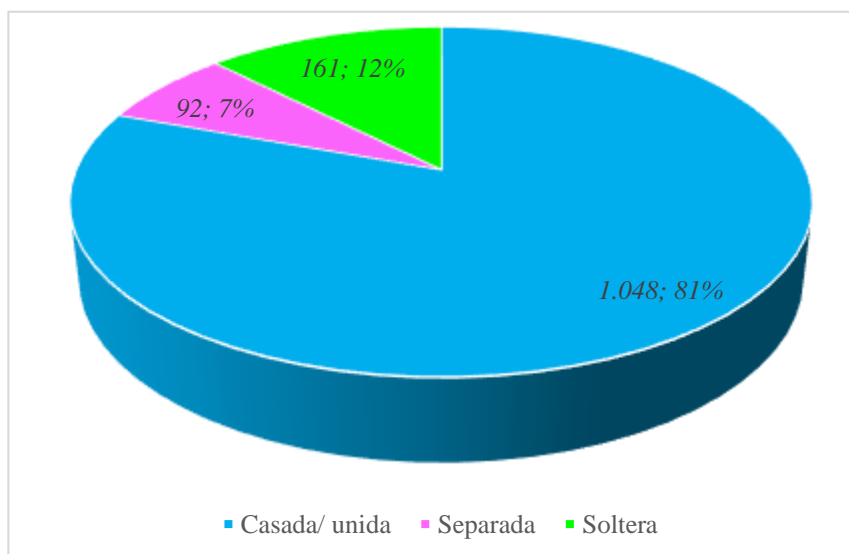


Figura 3. Nivel de Instrucción.

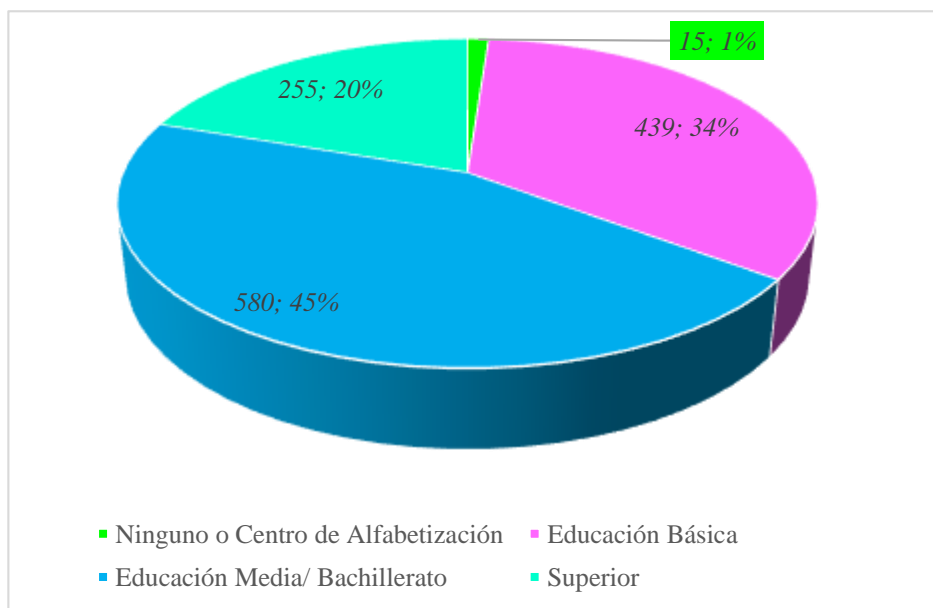


Figura 4. Cobertura de Salud.

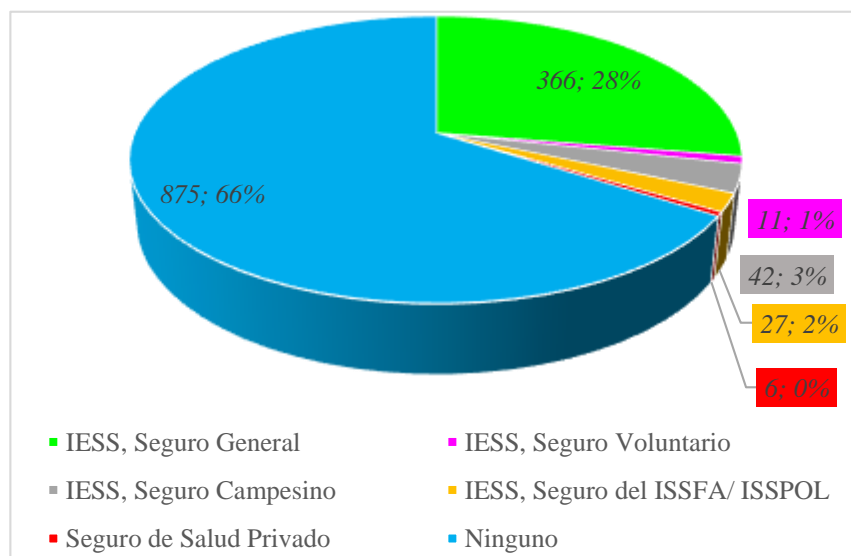


Figura 5. Recibe el BDH.

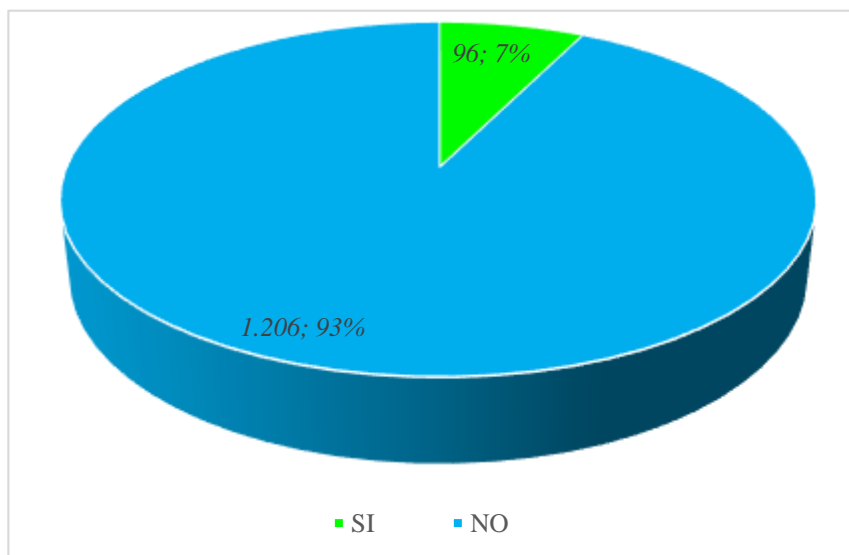


Figura 6. Hijos muertos.

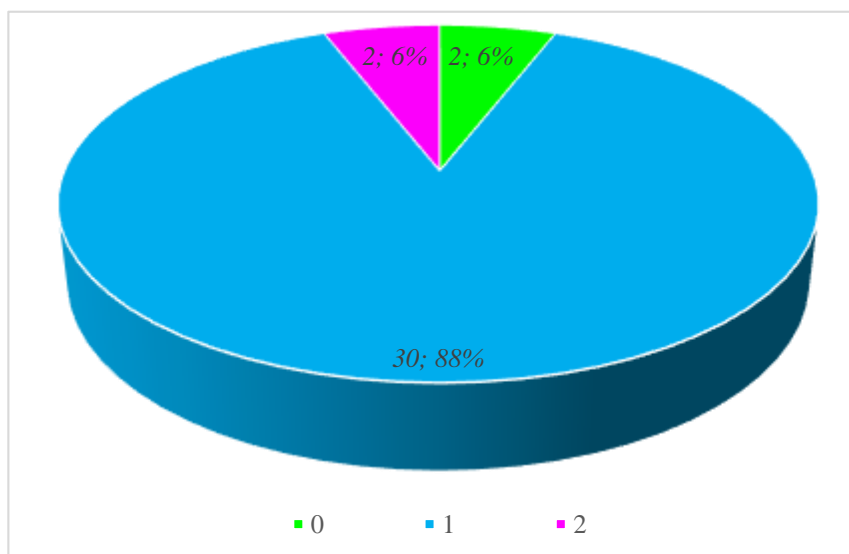


Figura 7. La vivienda que ocupa este hogar es.

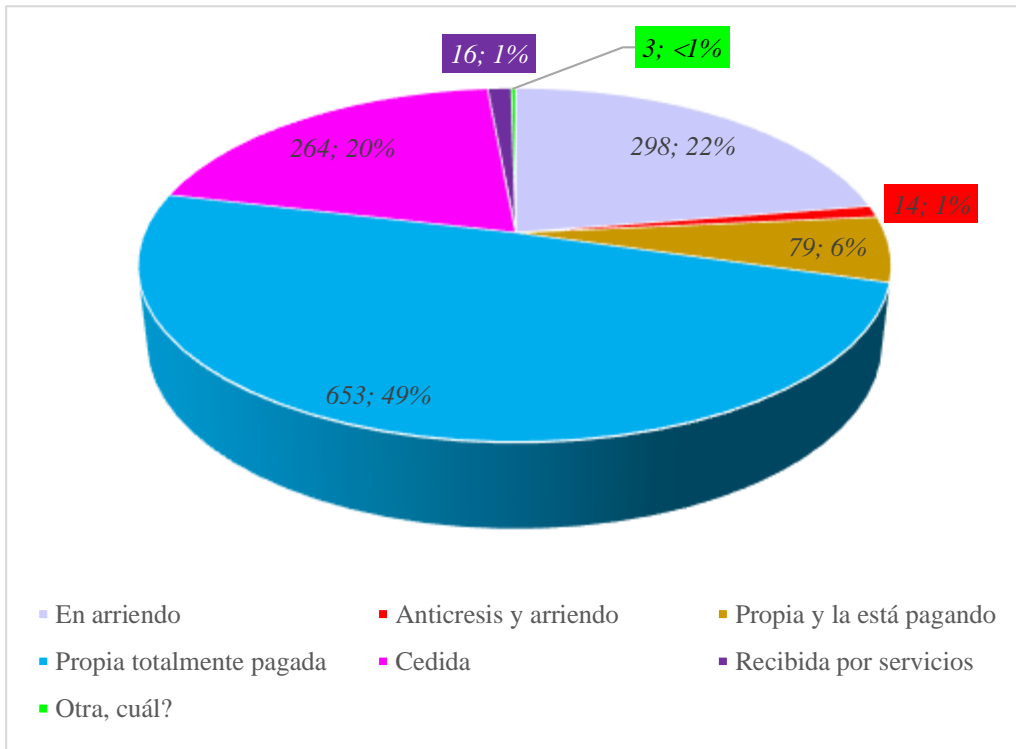


Figura 8. El material predominante del piso de la vivienda es.

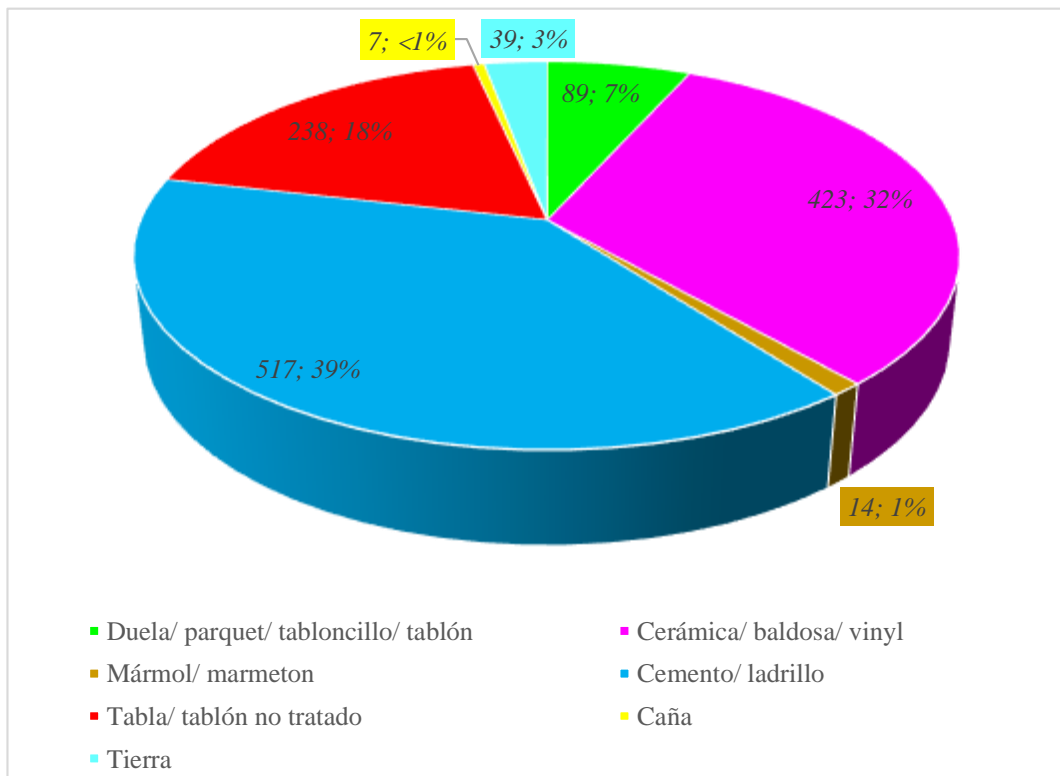


Figura 9. Lactancia en la primera hora de vida.

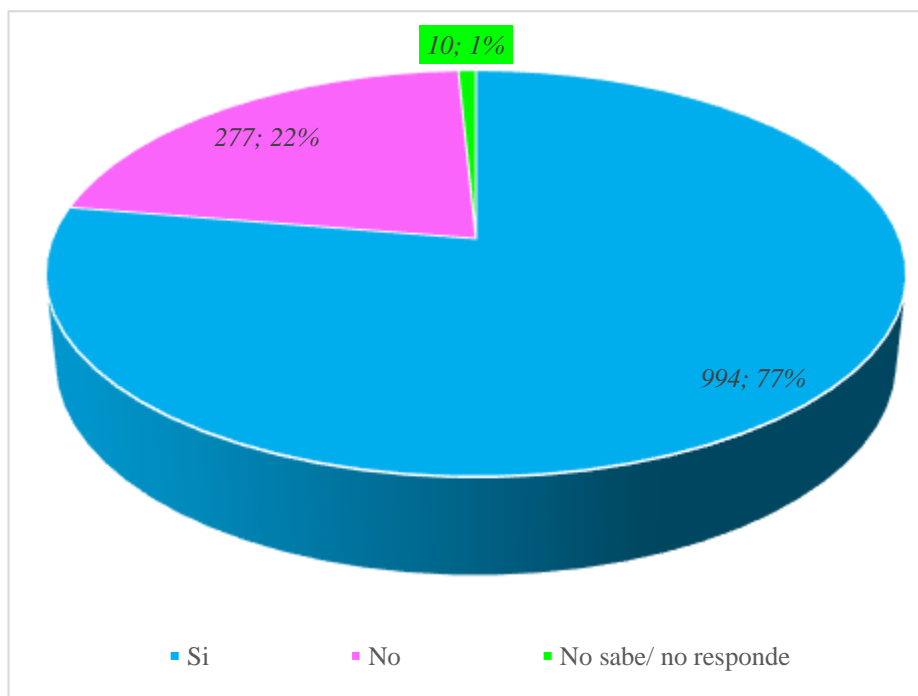


Figura 10. Tipo de parto.

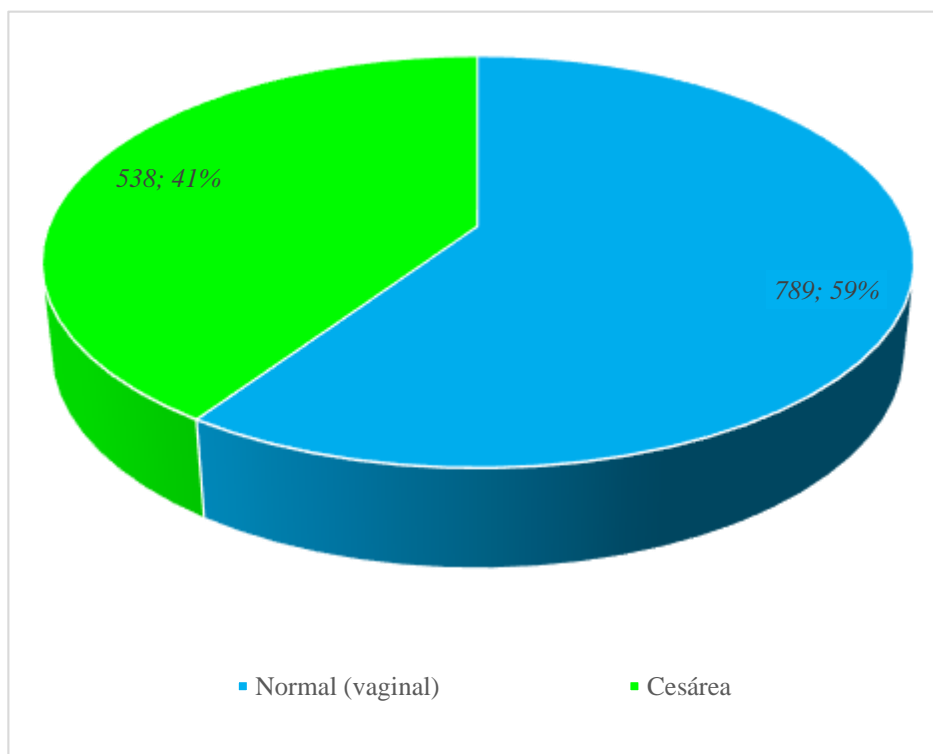


Figura 11. Respeto cultura parto.

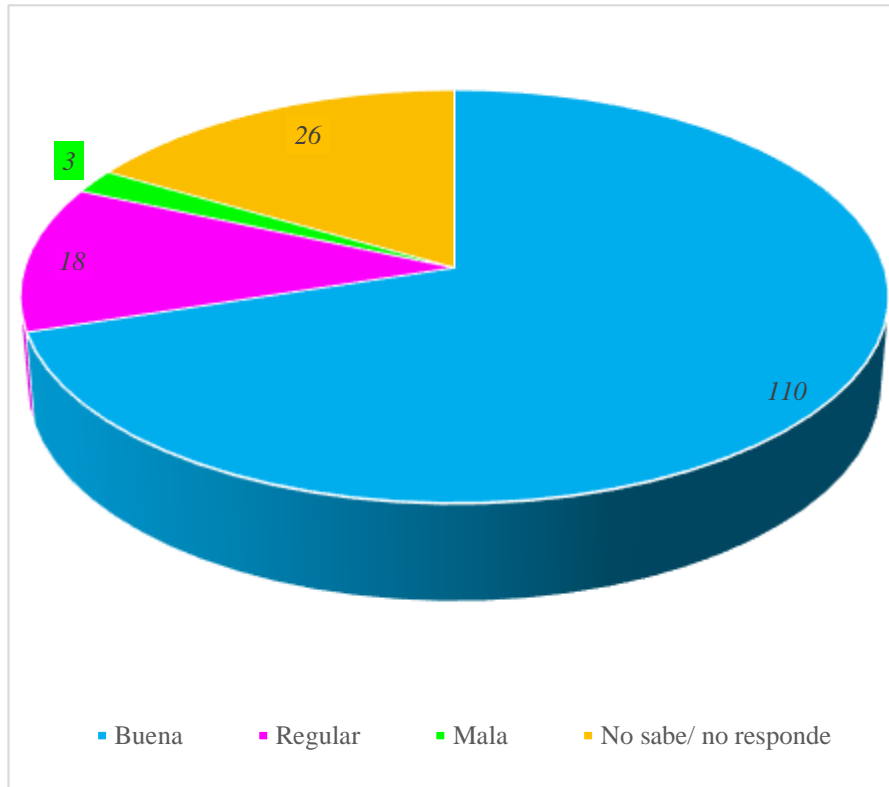
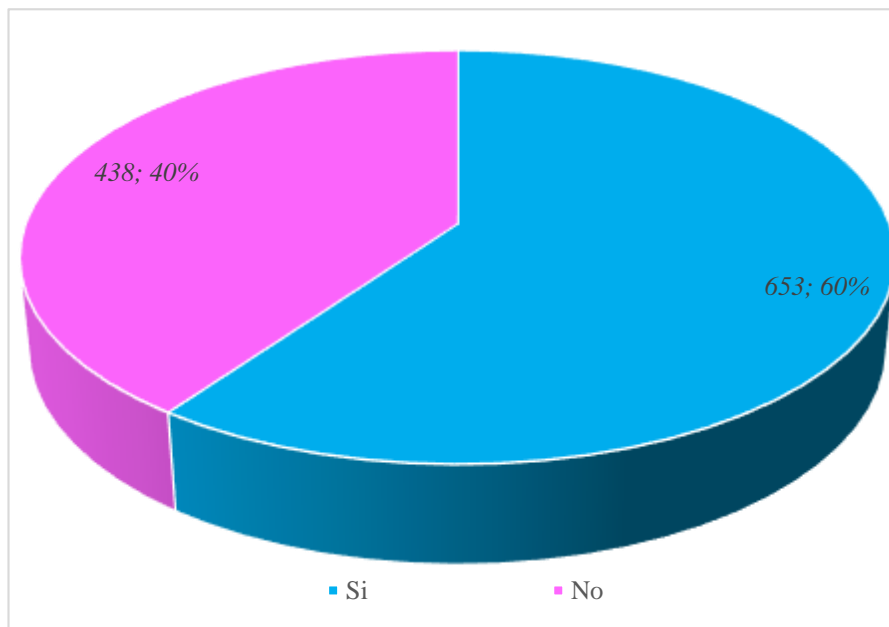


Figura 12. Control post parto.



14. RESULTADOS DEL ANÁLISIS INFERENCIAL

Con respecto a las principales diferencias sociodemográficas perinatales y clínicas, entre aquellas diadas que practicaron la lactancia materna exclusiva versus aquellas que no, encontramos las siguientes: (i) un mayor porcentaje de madres casadas o en unión libre (83% versus 77%, p-valor<0.01), (ii) una menor proporción de madres con educación superior (18% versus 23%, p-valor = 0.10), (iii) un mayor porcentaje de mujeres sin acceso a ningún tipo de Seguridad Social ni pública y privada (70% versus 60%, p-valor=<0.01), (iv) un mayor porcentaje de diadas dentro de hogares que recibieron el bono del desarrollo humano (9% versus 5%. P-valor<0.01), (v) hubo diferencias en las características del tipo de hogar y del material predominante de la vivienda, (vi) dentro de las prácticas integradas en la atención del parto, estas se llevaron a cabo con mayor frecuencia entre las diadas que practicaron la lactancia materna exclusiva, así también, hubo un mayor porcentaje de lactantes nacidos por parto céfalo vaginal (64% versus 51% p-valor<0.01), sin embargo, hubo un menor porcentaje de diadas con control postparto (57% versus 64%, p-valor<0.01).

Tabla 2. Diferencias entre quienes recibieron LME y quienes no lo hicieron.

Variable	Lactancia materna exclusiva n = 732	Lactancia no materna exclusiva n = 430	p – valor
Edad materna (años), P50 (P25 a P75)	26 (21 a 31)	26 (21 a 32)	0.23*
Edad del lactante (meses), P50 (P25 a P75)	3 (2 a 4)	4 (2 a 5)	<0.01*
Sexo de Lactantes			
<i>Masculino, n (%)</i>	435 (52)	260 (53)	0.70**
<i>Femenino, n (%)</i>	402 (48)	230 (47)	
Estado civil o conyugal			
<i>Casada/ unida, n (%)</i>	679 (83)	369 (77)	<0.01*
<i>Separada, n (%)</i>	41 (5)	51(11)	
<i>Soltera, n (%)</i>	101 (12)	60 (12)	

Nivel de Instrucción			
<i>Ninguno o Centro de Alfabetización, n (%)</i>	9 (1)	6 (1)	<0.10*
<i>Educación Básica, n (%)</i>	290 (36)	149 (32)	
<i>Educación Media/ Bachillerato, n (%)</i>	371 (45)	209 (44)	
<i>Superior, n (%)</i>	145 (18)	110 (23)	
Escolaridad Materna	13 (8 a 9)	13 (9 a 9)	0.02*
Cobertura de Salud			
<i>IESS, Seguro General, n (%)</i>	193 (23)	173 (35)	<0.01**
<i>IESS, Seguro Voluntario, n (%)</i>	9 (1)	2 (<1)	
<i>IESS, Seguro Campesino, n (%)</i>	28 (3)	14 (3)	
<i>IESS, Seguro del ISSFA/ ISSPOL, n (%)</i>	20 (2)	7 (1)	
<i>Seguro de Salud Privado, n (%)</i>	4 (<1)	2 (<1)	
<i>Ninguno, n (%)</i>	583 (70)	292 (60)	
Recibe el Bono de Desarrollo Humano			
<i>Si, n (%)</i>	74 (9)	22 (5)	<0.01**
<i>No, n (%)</i>	748 (91)	458 (95)	
Hijos muertos			
<i>0, n (%)</i>	0 (0)	2 (100)	0.11**
<i>1, n (%)</i>	18 (60)	12 (40)	
<i>2, n (%)</i>	2 (100)	0 (0)	
La vivienda que ocupa este hogar es			
<i>En arriendo, n (%)</i>	180 (22)	118 (24)	0.73**
<i>Anticresis y arriendo, n (%)</i>	11 (1)	3 (1)	
<i>Propia y la está pagando, n (%)</i>	47 (6)	32 (7)	
<i>Propia y totalmente pagada, n (%)</i>	419 (50)	234 (48)	
<i>Cedida, n (%)</i>	169 (20)	95 (19)	
<i>Recibida por servicios, n (%)</i>	9 (1)	7 (1)	
<i>Otra, cuál?, n (%)</i>	2 (<1)	1 (<1)	
El material predominante del piso de la vivienda es			
<i>Duela/ parquet/ tabloncillo/ tablón, n (%)</i>	52 (6)	37 (7)	

<i>Cerámica/ baldosa/ vinyl, n (%)</i>	247 (29)	176 (36)	<0.01**
<i>Mármol/ marmeton, n (%)</i>	5 (1)	9 (2)	
<i>Cemento/ ladrillo, n (%)</i>	333 (40)	184 (37)	
<i>Tabla/ tablón no tratado, n (%)</i>	165 (20)	73 (15)	
<i>Caña, n (%)</i>	4 (<1)	3 (1)	
<i>Tierra, n (%)</i>	31 (4)	8 (2)	
El apego inmediato, lactancia en la primera hora de vida			
<i>Si, n (%)</i>	631 (79)	363 (76)	0.42**
<i>No, n (%)</i>	164 (20)	113 (23)	
<i>No sabe/ no responde, n (%)</i>	6 (1)	4 (1)	
Esperaron al menos un minuto para realizar el corte del cordón umbilical			
<i>Si, n (%)</i>	535 (64)	295 (60)	<0.01**
<i>No, n (%)</i>	58 (7)	21 (4)	
<i>No sabe, n (%)</i>	244 (29)	174 (36)	
Controles prenatales, P50 (P25 a P75)	7 (5 a 8)	7 (5 a 9)	0.04*
Tipo de parto			
<i>Normal (vaginal), n (%)</i>	537 (64)	252 (51)	<0.01**
<i>Cesárea, n (%)</i>	300 (36)	238 (49)	
Respeto cultura parto			
<i>Buena, n (%)</i>	55 (66)	55 (74)	0.34**
<i>Regular, n (%)</i>	10 (12)	8 (11)	
<i>Mala, n (%)</i>	3 (4)	0 (0)	
<i>No sabe/ no responde, n (%)</i>	15 (18)	11 (15)	
Control post parto			
<i>Si, n (%)</i>	391 (57)	262 (64)	0.01**
<i>No, n (%)</i>	293 (43)	145 (36)	
Fiebre			
<i>Si, n (%)</i>	93 (13)	50 (12)	0.35**
<i>No, n (%)</i>	634 (87)	379 (88)	
<i>No sabe/ no responde, n (%)</i>	3 (<1)	0 (0)	
Preclampsia/ Eclampsia			
<i>Si, n (%)</i>	77 (11)	42 (10)	0.27**
<i>No, n (%)</i>	649 (89)	387 (90)	
<i>No sabe/ no responde, n (%)</i>	4 (<1)	0 (0)	
Hemorragia			

<i>Si, n (%)</i>	63 (9)	45 (10)	0.07**
<i>No, n (%)</i>	660 (90)	384 (90)	
<i>No sabe/ no responde, n (%)</i>	7 (1)	0 (0)	
Falta de llanto al nacer			
<i>Si, n (%)</i>	135 (18)	67 (16)	0.15**
<i>No, n (%)</i>	590 (81)	362 (84)	
<i>No sabe/ no responde, n (%)</i>	7 (1)	1 (<1)	
Tristeza posparto			
* Mann-Whitney ** Chi ²			

Figura 1. Nivel de Instrucción.

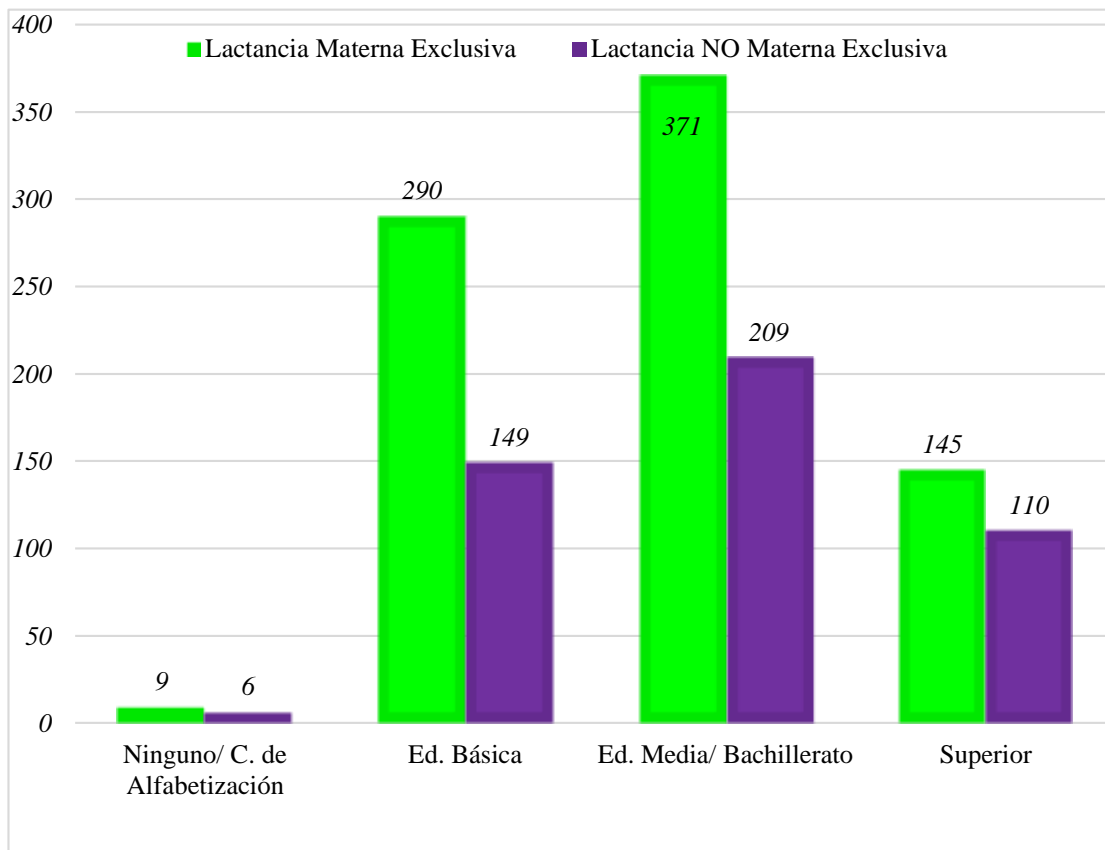


Figura 2. Cobertura de Salud.

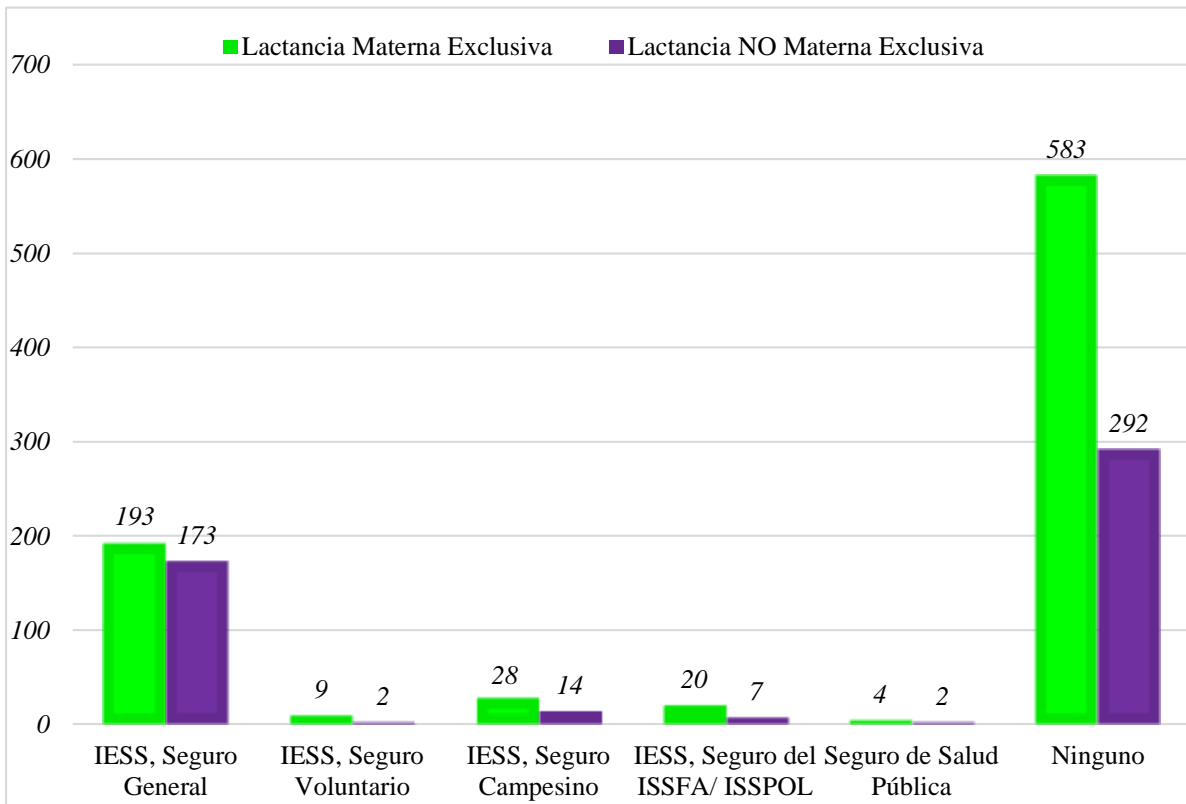


Figura 3. Recibe el Bono de Desarrollo Humano.

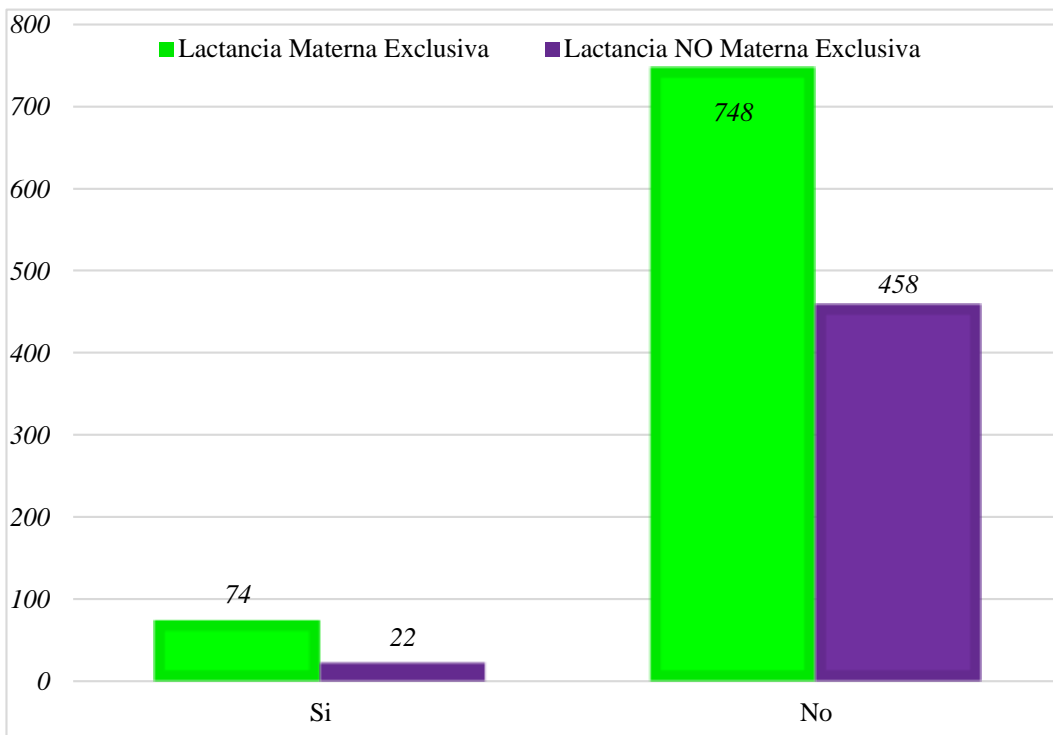


Figura 4. El apego inmediato, lactancia en la primera hora de vida.

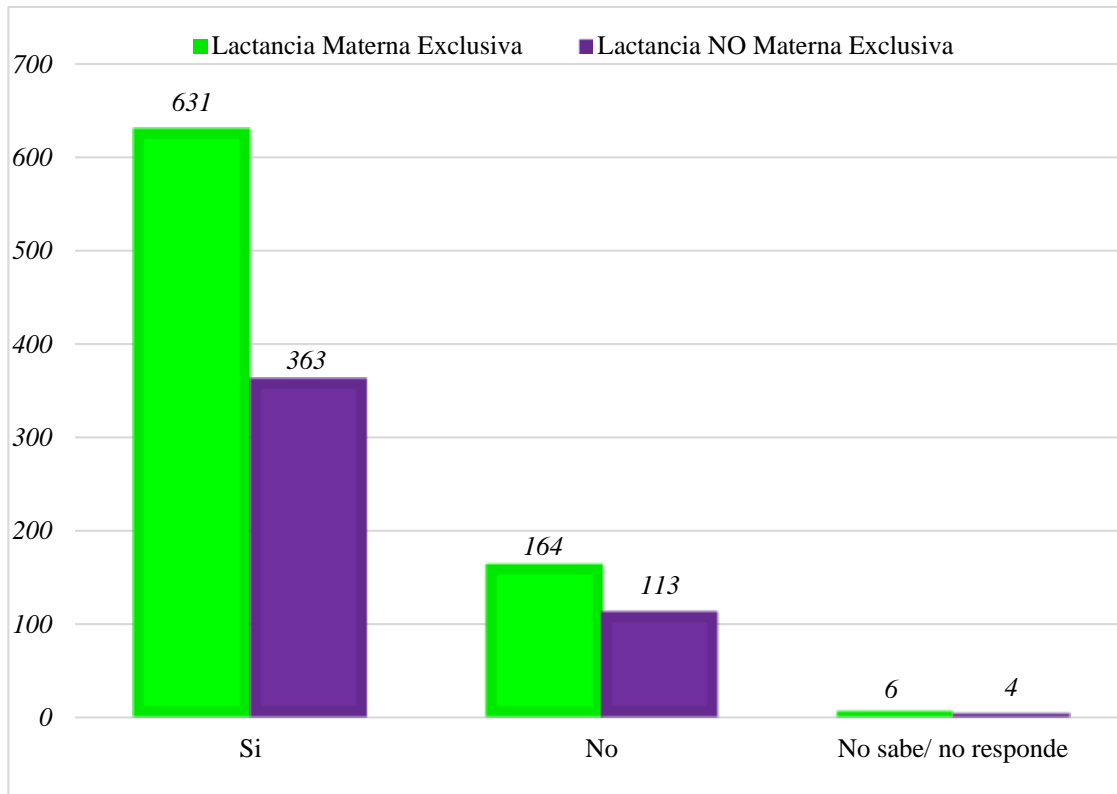


Figura 5. Tipo de parto.

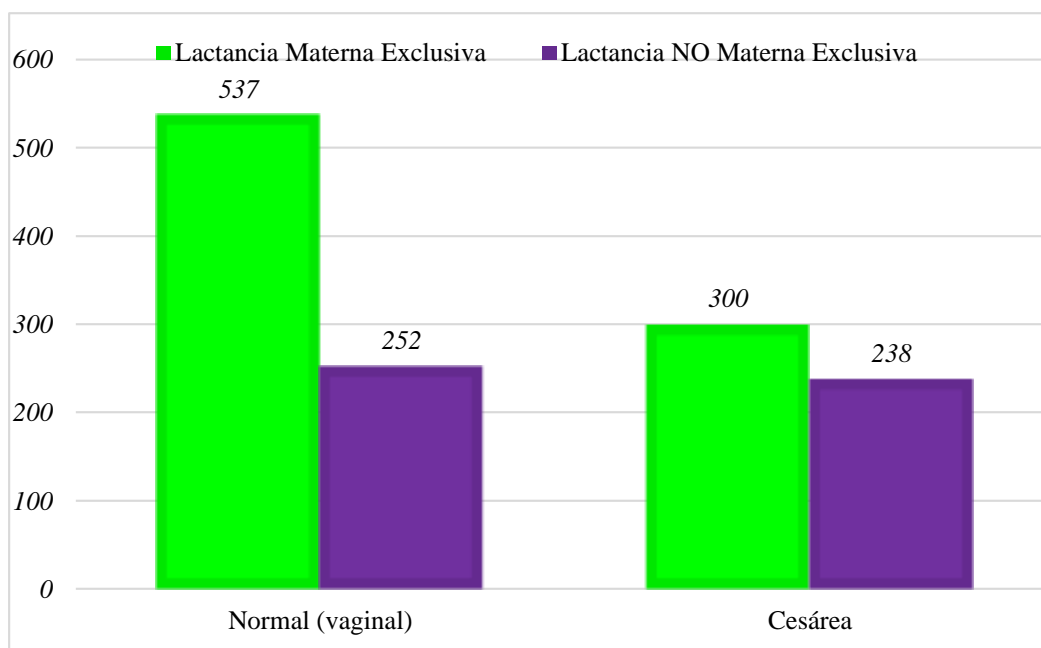


Figura 6. Respeto cultura parto.

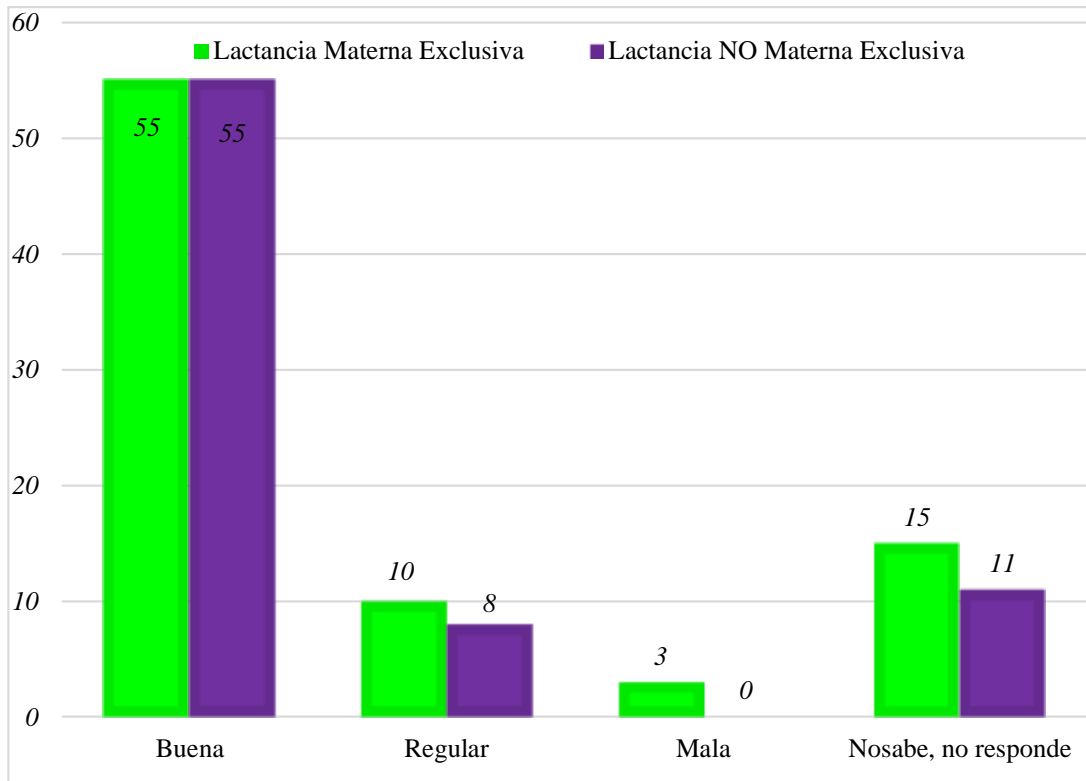
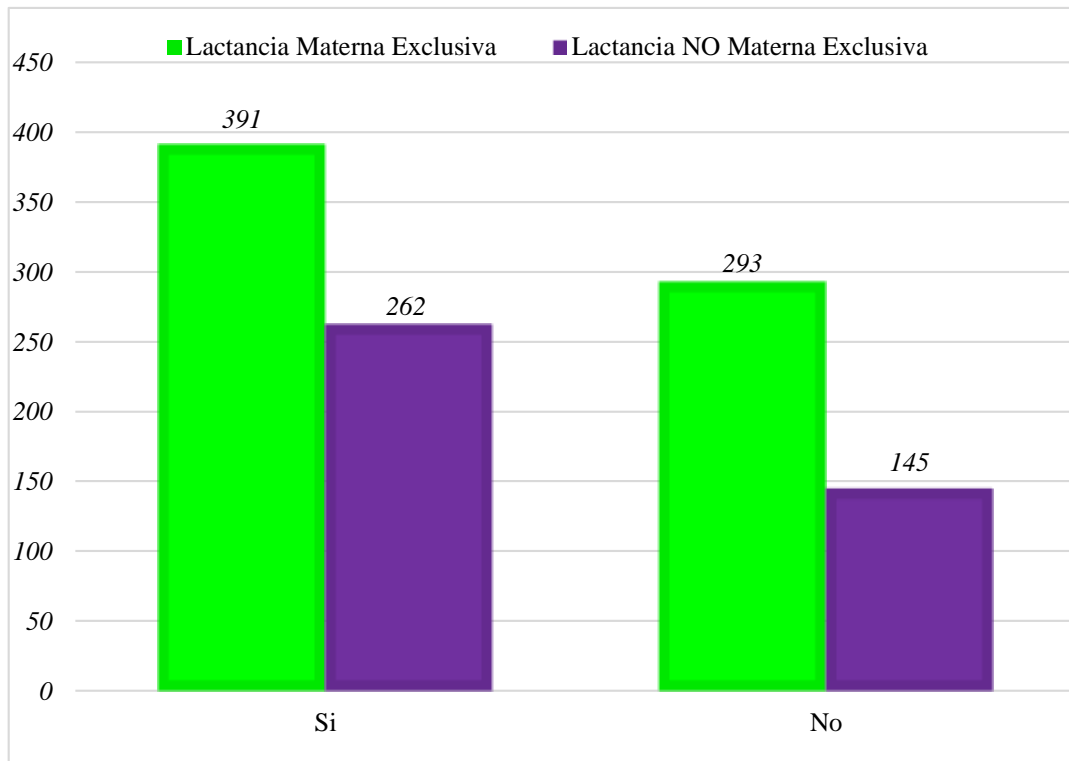


Figura 7. Control post parto.



15. DISCUSIÓN

15.1 Hallazgos Principales.-

En el presente trabajo encontramos diferencias entre las características sociodemográficas frente a las diadas madres e hijos que practicaron LME versus las que no lo practicaron o lo hicieron hasta los 6 meses o menos de este tiempo. Es decir, que se pudo demostrar que dentro de los datos que obtuvimos encontramos que; (i) el porcentaje de madres casadas es superior que aquellas que mantienen la unión libre; (ii) el nivel de estudios superior es inferior frente a las diadas que no practican la LME; (iii) claramente pudimos evidenciar que es superior en ambas condiciones el escaso acceso a algún tipo de Seguridad Social, ya sea este privado o pública por parte de las madres; (iv) hubo un porcentaje elevado entre las progenitoras que recibieron el Bono de Desarrollo Humano y quienes no lo hicieron; (v) también hubieron varias diferencias en las características, de acuerdo al lugar de vivienda que ocupan, así como el material predominante del piso de la misma; (vi) el porcentaje de lactantes nacidos por céfalo vaginal fue superior frente al de las madres que no practican la lactancia materna exclusiva, a diferencia del parto por cesárea que fue inferior al de las diadas que si practican la LME; (vii) el control post parto de estas madres fue de menor porcentaje que aquellas diadas que no practican la lactancia materna exclusiva.

Es así que podemos decir, que existen asociaciones significativas e independientes entre las diferentes características o categorías, tanto de las variables sociodemográficas como de la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en niños menores a seis meses.

15.2 Contraste con la literatura científica. -

Entre los factores determinantes más influyentes en la LM, se encontraron las características sociodemográficas de la madre en referencia a la edad, nivel de educación, estatus laboral de la madre, apoyo del padre después del parto, inicio oportuno de la lactancia después del minuto 30 de nacido y unido a esto el nivel socioeconómico (Sáenz & Camacho, 2007).

La LM desde el punto de vista de la UNICEF es considerada como el único alimento irremplazable en los lactantes, contribuyendo al crecimiento y desarrollo saludable hasta la adultez; esto, ayudaría de antemano a la reducción de la morbilidad en menores y disminuiría la gravedad de ciertas enfermedades infecciosas (UNICEF, 2016).

Según informa la OMS, la LM reduce la mortalidad infantil, por lo que se recomienda durante los primeros 6 meses de vida la lactancia materna exclusiva (LME) y después un adecuado refuerzo con alimentos complementarios por lo menos hasta los dos años (OMS, 2016).

En este sentido la práctica de LM está asociada a diferentes factores, que dependen de la personalidad y del contexto en que se desarrolle la madre. Entre los que se encuentran los sociales, biológicos, genéticos, psicológicos, familiares y culturales; sin embargo, la decisión de amamantar está más influenciada y condicionada por los factores sociales y culturales (Niño R., Silvia G., Atalah E., 2012).

El apego precoz, lactancia dentro de la primera hora, clampeo oportuno del cordón y alojamiento conjunto – se asoció a una interrupción más temprana de la lactancia materna exclusiva a lactantes menores de seis meses de edad. El tiempo promedio de días de lactancia en la muestra fue 126 días, lo que equivale a aproximadamente 4.2 meses en lactancia materna exclusiva (Ayala & Loor, 2019).

15.3 Implicaciones para la práctica clínica. -

Las implicaciones para la práctica clínica del presente trabajo final de titulación se centran en la identificación de poblaciones en riesgo del abandono de esta importante práctica, los trabajadores de la salud son agentes importantes en la detección de poblaciones en riesgo. El rol de los trabajadores de la salud como identificadores de estas poblaciones permite la corrección de ambientes adversos para que se permita a las díadas madre e hijo para que practiquen la lactancia

materna exclusiva. Es importante que los trabajadores de la salud se involucren junto con los tomadores de decisión y los profesionales de la salud pública en identificar poblaciones en riesgo.

La directriz y el parámetro de cumplimiento de la Normativa ESAMYN establecen que el equipo de salud es el llamado a promover el amamantamiento en la sala de parto, recomendado inicien la lactancia o den el seno por primera vez durante la primera hora después del parto (MSP, 2017).

De acuerdo a lo descrito por los autores Laderwing, P. y London, M., (2006) la primera toma o la alimentación inicial del recién nacido debe realizarse durante los primeros 20 o 30 minutos, ya que esto representa beneficios tanto para la madre como es la producción de oxitocina que contribuye a disminuir una pérdida hemática excesiva, durante el amamantamiento precoz en el recién se estimula el peristaltismo, favorece a la eliminación de bilirrubina y fortalece el vínculo de la diada. Recomiendan que los trabajadores de la salud motiven a las madres a iniciar el amamantamiento precoz ya que representa una buena oportunidad para que el personal de salud pueda valorar presencia de ruidos intestinales, ausencia de distensión abdominal, reflejos de succión, deglución y tolerancia.

15.4 Implicaciones para la salud pública. -

La adopción de políticas, planes, programas de salud pública en favor de la lactancia; y, en alusión a la ley de fomento a la lactancia materna exclusiva debe ser el norte de los decisores y gestores de la Salud pública a nivel local y nacional. La lactancia materna no tiene parangón como forma de proporcionar un alimento idóneo para los lactantes.

Los factores socioeconómicos se presentan en la literatura fuertemente asociado en algunos estudios, afectando positiva o negativamente, según las distintas realidades. Por ejemplo, una falta de adherencia en aquellas madres con un nivel socioeconómico más bajo en una primera instancia

asociado a la baja adherencia a control prenatal y con ello falta de educación sobre LME, situación que se revierte con el tiempo dado la falta de recursos para adquirir fórmulas lácteas (Valenzuela, Vásquez, Gálvez, 2016).

La investigación ha evidenciado que ciertas determinantes sociodemográficas están asociadas con la LME en lactantes de 6 meses de edad, como por ejemplo es el caso del bajo índice de estudios superiores de las madres, el no contar con un seguro, ni público menos privado, no recibir el bono de desarrollo humano y hasta el hecho de ser madres solteras, todo esto influye en que estas puérpera se vean en la necesidad de dejar de amamantar a sus hijos antes de que cumplan los primeros 6 meses de edad, cuando debería ser al contrario y además con una alimentación complementaria adecuada, hasta de dos años de vida o más.

15.5 Fortalezas del presente trabajo final de titulación. -

Una de las fortalezas de este trabajo final de tesis es que constituye un Estudio de tipo analítico transversal, basado en los resultados proporcionados por la ENSANUT 2018 (INEC, 2018), teniendo como muestra a toda la población en estudio referente a la lactancia materna exclusiva a nivel nacional. Este estudio nos permitió verificar que existe una asociación causal entre las variables analizadas, permitiendo identificar diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y quienes recibieron lactancia materna exclusiva versus quienes no. Así mismo, se reconoce la importancia de las diferentes características de las variables, que fue argumento primordial en el desarrollo de esta investigación.

15.6 Debilidades del presente trabajo final de titulación. -

Consideramos que la debilidad más fuerte que pudo haber tenido nuestro trabajo final, fue la limitante de no haber podido estar en campo verificando ciertas características de las variables;

es decir, que tuvimos que desarrollar el trabajo con valores ya plasmados en documentos oficiales o por decirlo de otra manera en estudios de años atrás, quizás esto no nos permitió validar información nueva o actualizada.

Nuestro trabajo como lo especificamos anteriormente fue de corte transversal, el cual fue elaborado de forma retrospectiva; es decir, que fue en base a información ya dada, pero que al mismo tiempo nos permitió medir diferentes variables relacionadas a los factores sociodemográficos y la influencia de estos en los primeros seis meses de LME. La información que nos proporciona un estudio de corte transversal generalmente se recoge en el presente de la investigación que se esté llevando en ese momento, pero en este caso, lo hicimos partiendo ya de características, conductas o experiencias pasadas, lo que consideramos una debilidad quizás por el hecho de lo interesante del tema.

16. CONCLUSIONES:

La relación entre factores sociodemográficos se ve íntimamente conectada con el abandono de las madres a la práctica de la LME dentro de los primeros seis meses de vida de los lactantes; ya que, el ser madres solteras, de bajos recurso económicos, con un bajo nivel académico o en muchos casos por no recibir un bono de ayuda solidaria y además no contar con ningún tipo de seguro médico, hace que las madres se vean en ocasiones obligadas a dejar de amamantar a sus según las recomendaciones.

La LME es fundamental para cerciorar una buena salud en los primeros años de vida de los lactantes; por lo cual, los adultos pasamos a ser responsables de apoyar y estar a la par de estos nuevos retos; en especial, cuando nos referimos a adolescentes embarazadas, que se saltan las etapas y les toca ya no solo ver por su salud sino por la de otro ser que llevan dentro de ellas.

La lactancia materna, es importante tanto en el ámbito de salud, como en el emocionalmente. La unión entre madre e hijo, se fortalece al momento en que la primera se realiza como madre y siente a su bebé cerca de ella en el instante en el que él está siendo amamantado, es en ese momento que se debe sentir confianza y seguridad entre ambos.

17. RECOMENDACIONES:

Educar a las puérperas sobre la correcta práctica de la LM y la importancia de esta dentro de la alimentación y bienestar del lactante por lo menos los primeros 6 meses de vida desde que nace, sin importar los factores sociodemográficos que le rodean; como por ejemplo, bajo nivel económico, el hecho de ser madres solteras o no tener un nivel académico superior.

Reforzar actividades de promoción de la salud en las madres con riesgo sociodemográfico de abandonar la práctica de la lactancia materna, lo que incluye, fomentar el apego, facilitar el apoyo de los padres, mejorar las políticas laborales para que las madres tengan todas las facilidades de amamantar.

Inculcar en las madres que la importancia de la LME en los lactantes siempre estará ligada tanto a factores económicos como sociales, pero deben ser conscientes sobre la importancia de esta en niños menores de 6 meses.

Iniciar la lactancia materna justo luego del nacimiento, fortalece el vínculo madre e hijo; el inicio de la succión aumenta, y la adaptación del recién nacido al medio externo.

Promover la LM seguidamente del nacimiento, ayudará y encaminará a qué; madres e hijos, fortalezcan esos lazos afectivos entre ellos; ya que, es ahí cuando esta relación se vuelve más íntima.

Fortalecer y promover la LME en madres con un índice superior educativo y con un nivel social o económico mayor, pero donde lamentablemente la lactancia disminuye los primeros 6 meses (Cevallos *et. al.*, 2020).

Mejorar en el Sistema de Salud, la información pertinente a mujeres en gestación sobre: LM, control prenatal, alimentación del lactante con leche materna, cuidados generales sobre el bebé; planificación familiar, actividades físicas, de estimulación prenatal y todo cuanto sea importante en esta fase (MSP, 2015).

18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.-

Ayala Carrillo, J. y Loor García, V. (2019). *Influencia de la Percepción de Producción Insuficiente de Leche en el inicio y duración de la Lactancia Materna Exclusiva en las Puérperas y Lactantes*. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16889>

Báez Carmen. (2014). *Resaltan la importancia de la lactancia materna*.

<http://www.cienciamx.com/index.php/ciencia/salud/904-que-implica-una-practica-inadecuada-de-lactancia>.

Balogun, M., Okpalugo, O., Ogunyemi, A. y Sekoni, A. (2017). *Conocimiento, actitud y práctica de la lactancia materna: un estudio comparativo de madres en comunidades urbanas y rurales de Lagos, suroeste de Nigeria*. https://doi.org/10.4103/nmj.nmj_289_16.

Barbosa, BM., Palma, D., Domene SMA, Taddei JAAC, L. F. (2009). *Factores de riesgo asociados al destete precoz y al período de destete en lactantes matriculados en guarderías*.

Bastida. (2019). *Por qué se aconseja lactancia materna hasta los dos años o más*. Armando.

Centro de Ayuda Xlstat. Prueba de Chi-Cuadrado y Prueba Exacta de Fisher en Excel.

<https://help.xlstat.com/s/article/prueba-de-chi-cuadrado-y-prueba-exacta-de-fisher-en-excel?language=es>

Coruña, U. de. (2015). *Lactancia Materna y sus Determinantes*.

Chávez Merlos, A., Sánchez G. R., Ortíz O. H. I., Peña Ortega, B., B. A. R. (2018). *Causas de abandono de la lactancia materna*. <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no45-2/RFM45202.pdf>.

Debra H. (2005). *Beneficios de la lactancia materna*. Allen J.

Duchi R, R. E. (2018). *Factores biopsicosociales influyentes en el abandono de la lactancia materna exclusiva*. [dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32106/1/Proyecto de Invetigacion.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32106/1/Proyecto%20de%20Investigacion.pdf).

ENSANUT-ECU. (2011). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Tomo I, 114.

ENSANUT-ECU. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. I.

Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF), C. de L. M. (1995). *La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca*.
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2016). Disponible en:

https://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdf.

Guarango G, Moreira P, Maribel K, V. (2014). *Factores biopsicosociales influyentes en el abandono de la lactancia materna factores asociados al destete precoz y su relación con el estado nutricional en niños de 0-6 meses nacidos*.

Importancia de la lactancia materna. [Http://www.imss.gob.mx/_maternidad2/eres-mama/lactancia-materna](http://www.imss.gob.mx/_maternidad2/eres-mama/lactancia-materna). (n.d.).

INEC. (2018). *Evolución histórica de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*.

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>

Instituto Nacional de Estadística, G. e I. (INEGI). (2008). *Mujeres y Hombres en México*.

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100916.pdf.

Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y*

Nutrición. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/.

Integral, P. (2015). *Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas*. 9.

Joffe A. (1994). *Principios y práctica de la pediatría*. 763–805.

Castillo Belén, J., Rams Veranes, A., Castillo Belén, A., R. R. R. y A. C. L. (2009). *Lactancia materna e inmunidad. Impacto social*.

Ladewing, P, London, M., Moberly, S., y Olds, S. (2006). *Enfermería maternal y recién nacida*. Madrid: McGraw Hill.

Lance. (2014). *Lactancia materna en el siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efecto a lo largo de la vida*. ROLLINS.

Latham, M. (2002). *Nutrición Humana en el Mundo en desarrollo*. Capítulo 7

(<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index.html>).

Lawrence, C. R., Carlson, E. A. y Egeland, B. (2006). *El impacto del cuidado de crianza en el desarrollo. Desarrollo y psicopatología*. 57–76.

Lucas, N. (n.d.). *Centro Pediátrico del Oeste (CPO)*. Asociación Civil Argentina de Puericultura.

McKenna JJ, Mosko SS, R. C. (1977). *Compartir la cama promueve la lactancia materna*.

<https://www.google.com/search?client=firefox-b->

[d&q=%E2%80%A2%09McKenna+JJ%2C+Mosko+SS%2C+Richard+CA.+Bedsharing+](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=%E2%80%A2%09McKenna+JJ%2C+Mosko+SS%2C+Richard+CA.+Bedsharing+)

- promotes+breastfeeding.+Pediatrics.+1997+Aug%3B100%282+Pt+1%29%3A214-9.
- Ministerio de Salud. *La Lactancia Materna*. <https://www.salud.gob.ec/lactancia-materna/>
- Ministerio de Salud Pública. Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño. (7 de Marzo de 2017). Plataforma digital MSP. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-ydel-nino-esamyn/>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Manual de seguridad del paciente usuario*.
- MINISTERIO DEL TABAJJO. (2017). *Ley de Seguridad Social*. <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/Ley-de-Seguridad-Social.pdf>.
- MSP - Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). *Normas para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales en los sectores público y privado en el Ecuador*.
- Ministerio de Salud Pública. *Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN)*. <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>
- MSP. (2015). *Control Prenatal Guía de Práctica Clínica*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normalización
- Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Chilena de Pediatría*. 2012; 83 (2) 161-169. Doi: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062012000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Lactancia materna exclusiva*.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La Lactancia Materna en el Siglo XXI*.

- <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/lactanciamaternaensigloxxi-april15.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Inicio temprano de la lactancia materna*.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2012). *¿Hasta qué edad puede un bebé mantenerse bien alimentado con solo ser amamantado?*
<http://www.who.int/features/qa/21/en/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Embarazo en adolescentes: Un problema culturalmente*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *10 datos sobre la lactancia materna, recomienda la OMS*.
<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index.html>.
- Quezada-Salazar, C., Delgado-Becerra, A., Arroyo-Cabrales, L., M. A. D.-G. (n.d.). *Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes*. 65(1).
- Sáenz Lozada, M. L., & Camacho Lindo, Á. E. (25 de Octubre de 2007). Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. *Revista salud pública*, 9(4), 587-594. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2007.v9n4/587-594/>
- Salomé Valenzuela Galleguillos, Estefany Vásquez Pinto, Pablo Gálvez Ortega (2016). *Factores que Influyen en la Disminución de Lactancia Materna Exclusiva Hasta Los 6 Meses de Vida: Revisión Temática y Contexto en Chile*.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjh5rfg7ejzAhWzTTABHbQPBN0QFnoECDMQAQ&url=http%3A%2>

- F%2Frepositorio.uchile.cl%2Fbitstream%2Fhandle%2F2250%2F143158%2FFactores-que-influyen.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AOvVaw3GaxL4NpMUZDFselM9hiwd
- Scielo. (2014). *Promoción de la lactancia materna exclusiva: una necesidad permanente*. URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000200015
- Scielo. (2019). *Lactancia materna e inmunidad. Impacto social*. URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100013S
- Turner RJ, Grindstaff CF, P. N. (1990). *Apoyo social y resultados en el embarazo adolescente*. IN Comportamiento Social en Salud. 43–57.
- Unicef. (2019). *Niños, alimentos y nutrición*.
- Unicef para cada niño. (n.d.). *Nutrición*. <https://www.unicef.org/spanish/nutrition/>.
- Valenzuela Galleguillos. (2016). *Factores que influyen en la disminución de la Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses de vida*. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/143158>.
- Victora, C. (2016). *Lactancia materna en el siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efecto a lo largo de la vida*. 475–490.