



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Posgrado

Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

“LACTANCIA MATERNA Y FACTORES ASOCIADOS, UN ANALISIS CON ENFOQUE DE FAMILIA. PARROQUIA TOTORACOCHA 2020”

Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria

Autora: Md. Jenniffer Fernanda Ochoa Murillo
0302099767
jen_ochoa@hotmail.com

Directora: Md. Adriana Patricia Capelo Vázquez
0104657234

Cuenca – Ecuador

14-febrero-2022



RESUMEN

ANTECEDENTES: La leche materna un nutriente primordial para el lactante por sus beneficios. Su abandono genera preocupación por efectos negativos en la salud materno infantil.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de lactancia materna y factores asociados en las mujeres de la Parroquia Totoracocha, Cuenca 2020.

METODOLOGÍA: Estudio analítico transversal, en 310 madres de lactantes de 0 a 24 meses de edad, donde se determinó la prevalencia de lactancia materna (LM), sus tipos, factores sociodemográficos, conocimiento sobre LM, uso de sucedáneos, funcionalidad y estructura familiar. Se utilizó el programa SPSS.25; las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, para la asociación se obtuvo el riesgo relativo.

RESULTADOS: La prevalencia de LM fue 82,25%, lactancia materna exclusiva (LME) 62,58%, parcial 6.13% y artificial 31.29%. El abandono de LME se asoció a la instrucción superior RR1.36, IC95%:1.02-1.81, $p=0.035$ y al no inicio ideal de LM RR1.34, IC95%:1.00-1.78, $p=0.044$. Mientras que el trabajo RR1.70, IC 95%:1.02-2.84, $p=0.035$, bajo nivel de conocimientos RR1.67, IC95%:1.04-2.69, $p=0.033$ y lactancia artificial RR6.23, IC95%:2.00-19.41, $p=0.0001$, al abandono de lactancia materna continua. El uso de sucedáneos de la leche materna fue 73,5%, por decisión propia, hipogalactia y por recomendación de un profesional de la salud. Los resultados no son extrapolables, por realizarse en la unidad de salud.

CONCLUSIONES: La mayoría de las mujeres ofrecen LM a sus hijos, más de la mitad LME, un tercio lactancia artificial, siendo la lactancia parcial poco frecuente. La prevalencia de LM está determinada por factores sociodemográficos y por el uso de sucedáneos de la leche materna.

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna. Factores de riesgo. Destete precoz.



ABSTRACT

BACKGROUND: Breast milk is an essential nutrient for the child because of its benefits. Its abandonment generates concern about negative effects on maternal and child health.

OBJETIVE: To determine the prevalence of breastfeeding and associated factors in women of Totoracocha Parish, Cuenca 2020.

METHODOLOGY: A cross-sectional analytical study including 310 mothers of children from 0 to 24 months of age, in which prevalence of breastfeeding (BF), its types, sociodemographic factors, knowledge about BF, use of substitutes, functionality, and family structure were determined. The SPSS.25 program was used; qualitative variables were expressed in frequencies and percentages and for the association, the relative risk was obtained.

RESULTS: Prevalence of BF was 82.25%, exclusive breastfeeding (EBF) 62.58%, partial 6.13% and artificial 31.29%. The abandonment of EBF was associated with higher education RR1.36, 95%CI:1.02-1.81, $p=0.035$ and non-ideal initiation of BF RR1.34, 95%CI:1.00-1.78, $p=0.044$. Meanwhile, work RR1.70, 95%CI: 1.02-2.84, $p=0.035$, low level of knowledge RR1.67, 95%CI:1.04-2.69, $p=0.033$, and breastfeeding RR6.23, 95%CI:2.00-19.41, $p=0.0001$ to the abandonment of continuous breastfeeding. The use of breast milk substitutes was 73.5%, by choice, hypogalactia and by recommendation of a health professional. The results cannot be extrapolated, as they were performed in the health unit.

CONCLUSIONS: The most women offer BF to their infants, more than half of them breastfeeding, one third artificial breastfeeding, and partial breastfeeding is not very frequent. The prevalence of BF is determined by sociodemographic factors and the use of breast milk substitutes.

KEY WORDS: Breastfeeding. Risk factors. Early weaning.



ÍNDICE

CONTENIDO

1.1 INTRODUCCIÓN.....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
CAPITULO II.....	14
2 FUNDAMENTO TEÓRICO.....	14
2.1 Teoría General de Sistemas	14
2.1.1 Familia como sistema.....	14
2.1.2 Estructura y funcionalidad familiar	14
2.1.3 Teoría General de Sistemas y lactancia materna: propiedades de los sistemas.....	15
2.2 Lactancia Materna.....	16
2.2.1 Modelo conceptual: Determinantes	16
2.2.2 Tipos de LM.....	16
2.2.3 Fisiología de la LM	17
2.2.4 Composición de la leche materna.....	18
2.2.5 Beneficios de la LM	19
2.3 Factores asociados a la LM.....	19
2.3.4 Edad materna.....	19
2.3.5 Nivel de instrucción materna.....	20
2.3.6 Ocupación materna	20
2.3.7 Nivel de conocimientos sobre LM.....	20
2.3.8 Estructura y funcionalidad familiar.....	20
2.3.9 Sucedáneos de la leche materna	20
CAPITULO III.....	21
1.1 HIPÓTESIS.....	21



1.2 OBJETIVOS	21
1.2.1 Objetivo general	21
1.2.2 Objetivos específicos	21
CAPITULO IV	22
4. DISEÑO METODOLÓGICO	22
4.1 Tipo de investigación	22
4.2 Área de estudio	22
4.3 Universo y muestra	22
4.4 Criterios de inclusión	22
4.5 Criterios de exclusión.....	23
4.6 Jerarquización de variables	23
4.7 Operacionalización de las variables.....	23
4.8 Métodos técnicas e instrumentos para la recolección de datos	23
4.9 Plan de tabulación y análisis	24
4.10 Consideraciones éticas	25
CAPITULO V	26
5. RESULTADOS	26
CAPITULO VI	33
6. DISCUSIÓN.....	33
CAPÍTULO VII	36
7.1 CONCLUSIONES.....	36
7.2 RECOMENDACIONES	36
CAPÍTULO VIII	37
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
CAPÍTULO IX	44
9. ANEXOS	44



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Tabla 1. Procesos importantes de la dinámica familiar, FF-SIL.....	14
Figura 1. Componentes de un entorno propicio para la lactancia materna – un modelo conceptual	16
Tabla 2. Tipos de lactancia materna	17
Tabla 3. Principales componentes de la leche materna y sus acciones a nivel sistémico.....	18
Tabla 4. Beneficios de la Lactancia Materna.....	19
Tabla 5. Características sociodemográficas de 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.....	26
Tabla 6. Características familiares y nivel de conocimiento sobre la importancia de LM en 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.....	27
Tabla 7. Prevalencia de la LM según la edad del lactante en 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.....	28
Tabla 8. Prevalencia de LME, parcial y artificial, en 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.....	28
Tabla 9. Factores asociados al abandono de LME en 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.....	29
Tabla 10. Factores asociados al abandono de lactancia materna continua en 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.....	30
Tabla 11. Prevalencia y factores determinantes del uso de sucedáneos de la leche materna en 310 participantes. Totoracocha. Cuenca 2021.....	31



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

MD. Jenniffer Fernanda Ochoa Murillo en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "LACTANCIA MATERNA Y FACTORES ASOCIADOS, UN ANÁLISIS CON ENFOQUE DE FAMILIA. PARROQUIA TOTORACOCHA 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 14 de febrero de 2022.

Jenniffer Fernanda Ochoa Murillo

CI: 0302099767



Cláusula de Propiedad Intelectual

MD. Jenniffer Fernanda Ochoa Murillo, autora del trabajo de titulación "LACTANCIA MATERNA Y FACTORES ASOCIADOS, UN ANÁLISIS CON ENFOQUE DE FAMILIA. PARROQUIA TOTORACocha 2020", certifico que todas la ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de febrero de 2022.

Jenniffer Fernanda Ochoa Murillo

0302099767



DEDICATORIA

Leonardo, mi amado esposo por estar presente en cada momento. A mis padres Ana y Luis, por el infinito amor, sacrificio y confianza depositado en mi persona.



AGRADECIMIENTO

Un sincero agradecimiento a la Médico Adriana Capelo y Magister Miriam Lucio quienes han dirigido mi trabajo de titulación aportado grandes conocimientos



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es la forma óptima de alimentar al lactante al aportar nutrientes para su crecimiento y desarrollo, garantizar la salud y cubrir más de la mitad de necesidades nutricionales durante el primer año de vida y un tercio en el segundo año de vida (1) (2). Protege de enfermedades alérgicas, respiratorias, gastrointestinales, previene la desnutrición, obesidad y déficit de micronutrientes (3), (4).

Es un proceso natural, espontaneo, placentero para la madre y el lactante, está determinado por factores biopsicosociales, cuya pronta identificación permiten intervenciones oportunas que favorece una LM segura y exitosa. Podría salvar la vida de más de 820.000 menores de 5 años cada año, la mayoría mayor a 6 meses (87%) al mejorar las tasas de lactancia, además, prevenir 20.000 muertes maternas adicionales por cáncer de mama (5).

Desde el enfoque de familia a través de la Teoría General de Sistemas (TGS), se entiende al proceso de LM como el resultado de la interacción exitosa de varios subsistemas (individuos) que conforman el sistema familiar, donde el lactante es un ser dependiente por excelencia y a su vez la familia forma parte de un sistema más grande llamado sociedad con la que se encuentra en constante interacción por sus límites semipermeables (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), recomiendan iniciar la LM oportunamente durante la primera hora de vida, lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses y lactancia materna continua (LMC) hasta los 2 años o más (7), (8), (9). Sin embargo, a nivel mundial, estas recomendaciones están lejos de cumplirse. Menos de la mitad son puestos al pecho dentro de la primera hora de vida, dos de cada cinco recibe LME y un porcentaje menor hasta los 2 años (5), (10).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), al igual que la OMS hacen un llamado al apoyo a la LM para un planeta más saludable, garantizando la salud de cada uno de sus integrantes desde la primera infancia, así como el desarrollo social, económico de individuos, de la sociedad y al cuidado del medio ambiente. En el



Ecuador, a través del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 “Toda una Vida” tiene como meta para el 2021 incrementar la LME al 64% (11).

Son escasos los estudios con enfoque sistémico que aborden esta problemática y evidencien la importancia de la interacción de los subsistemas conformados por el individuo, el núcleo familiar y la sociedad. Siendo oportuno un acercamiento que permita conocer la prevalencia de LM y de sus tipos (exclusiva, parcial y artificial); caracterizar a la población de mujeres en periodo de LM; e identificar factores asociados a la baja prevalencia, sirviendo de base para el desarrollo de programas de intervención oportuna y promoción de LM en los diferentes niveles de atención de salud.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, los recién nacidos puestos al pecho durante la primera hora de vida representan menos del 50%, en Latinoamérica y el Caribe esta situación se presenta en cinco de cada diez lactantes (52%) y en África central en cuatro de cada diez (40%) (11). Las cifras de LME oscilan entre 25 a 40%, solo el 38% de lactantes la reciben hasta los 6 meses y el 32% hasta los 24 meses. Bolivia, Perú y Chile presentan tasas de LME más altas 60%, 67% y 82% respectivamente, mientras que República Dominicana y Suriam las más bajas, 7% y 3% respectivamente. En Ecuador, el inicio ideal de la LM durante la primera hora de vida es de 72.7% (urbano: 70.48%, rural: 74.43%), de LME el 62.1% (urbano: 58.4%, rural: 70.1%) y de LMC a los 12 a 15 meses en el área urbana de 52.9% y rural de 70.5% (11). En países de ingresos altos el abandono de LM es mayor, mientras que, en las familias más pobres la LM es continua hasta los 24 meses (12).

Los factores que evidencian una mayor tasa de abandono de LM son: 1) factores maternos: edad <35 años (8), nivel de instrucción superior (9), la ocupación y el conocimiento deficiente sobre LM (12); 2) factores familiares: familiar no nuclear y disfuncional (9), (10); 3) factores sociales: uso de sucedáneos de la leche materna (13). En Bolivia y Perú los factores socioeconómicos juegan un papel importante, las mujeres del primer quintil, el más pobre, alimentan a sus hijos exclusivamente con LM durante el doble de tiempo que las mujeres del quinto quintil, el más rico (10). La LM es inversamente proporcional a la edad del lactante, disminuyendo de 38% a los 6 meses a 32% a los 21 meses (2). En el 2018, Ecuador tuvo una prevalencia de LM



de 62.11%, mayor en la etnia indígena, de bajos recursos, hijos de madres con educación básica (2).

Por lo antes expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de LM y sus factores asociados en las madres de lactantes de 0 a 24 meses de edad de la Parroquia Totoracocha?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La LM es catalogada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) como factor protector durante la infancia, es prioritario su estudio al formar parte de la línea de investigación sobre evaluación de desnutrición, área de aspectos nutricionales, sublínea LM (14). Forma parte del objetivo del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador PIANE 2018–2025 (11), con meta para el 2021 de incrementar la LME al 64% a través del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 “Toda una Vida”, asegurando las condiciones favorables para la protección integral y social desde el período de gestación, promoviendo el buen comienzo de la vida y el adecuado desarrollo infantil integral hasta los 5 años, con énfasis en los primeros mil días de vida (11).

Los beneficios que ofrece la leche materna son múltiples; en el lactante mejora su neurodesarrollo y proteger de patologías frecuentes de la infancia, niñez y adolescencia (15),(16); a largo plazo previene enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes e hipertensión, principales causas de muerte en el país (17); en la madre constituye un mecanismo de control de fertilidad y natalidad; para la familia y la sociedad es ecológico, económico, accesible, favorece la economía familiar y al sistema de salud al disminuir la morbilidad materno infantil (11). Es por ello que identificar los factores asociados a la baja prevalencia de LM, permite intervenir oportunamente, contribuyendo en la salud del individuo, la familia y la sociedad.

Es pertinente un primer acercamiento a la comunidad considerando sus particularidades socioculturales, con un enfoque de familia a través de la TGS. Su relevancia social servirá para nuevas investigaciones e intervenciones en programas de prevención y promoción. Los beneficiarios serán las futuras familias en período de LM y los profesionales de la salud. Los resultados se socializarán a través de la difusión en la revista de la Facultad de Ciencias Médicas.



CAPITULO II

2 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Teoría General de Sistemas

Propuesta por Ludwig Von Bertalanffy (1967), fundamenta su paradigma en la visión holística (6). Define al sistema como un “conjunto de elementos en interacción, donde el todo es más que la suma de las partes” (18). Sus premisas básicas son: a) los sistemas existen dentro de sistemas, b) los sistemas son abiertos y c) las funciones de un sistema dependen de su estructura (6).

2.1.1 Familia como sistema

El sistema familiar se constituye de seres humanos en constante interacción mediante la comunicación y conductas, que generan retroalimentación bidireccional; lo cual permite adaptarse a los cambios inevitables del desarrollo familiar y de su entorno (19).

2.1.2 Estructura y funcionalidad familiar

Para comprender el trabajo de los sistemas se debe reconocer sus componentes: 1) los integrantes, elementos que conforman un sistema; 2) la estructura, equivale al orden de sus integrantes; 3) el proceso, interacción entre los integrantes que regulan el sistema; 4) la función, al orden de los procesos; y 5) la funcionalidad, dinámica entre la estructura y la función dentro del sistema (19).

La funcionalidad familiar se entiende como los recursos de la familia para satisfacer las necesidades de sus integrantes y adaptarse a las situaciones de cambio (19), se obtiene a través del cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL, que mide procesos importantes de la dinámica familiar, considera 7 pilares vitales de las interacciones familiares formulando dos preguntas para cada categoría (20): (Tabla 1)

Tabla 1. Procesos importantes de la dinámica familiar, FF-SIL

Cohesión:	Grado de unión física y emocional de los miembros, pregunta 1 y 8.
Armonía	Equilibrio emocional de cada subsistema y la familia, pregunta 2 y 13.



Comunicación	Expresión de pensamientos y sentimientos, pregunta 5 y 11.
Adaptabilidad	Habilidad para reajustarse ante eventos estresantes, pregunta 6 y 10
Afectividad	Capacidad para demostrar afecto, sentimientos y emociones, pregunta 4 y 14.
Roles	Cumplimiento de responsabilidades compartidas del hogar, preguntas 3 y 9.
Permeabilidad	Capacidad para relacionarse con otros subsistemas, preguntas 7 y 12.

Fuente: Funcionamiento familiar FF-SIL 2016. (20)

Elaborado por: la autora

Según la estructura, la familia puede ser nuclear (compuesta por los dos padres), monoparental (solo uno, padre o madre), familia homoparental (compuesta por una pareja homosexual hombres o mujeres y sus hijos adoptados o biológicos), familia reconstituida (agregación de dos o más familias), familia adoptiva (padres no biológicos), familia sin hijos, familia extensa (más de dos generaciones) y ampliada (pariente con lazos de consanguinidad más lejanos u otra persona sin lazos) (19).

2.1.3 Teoría General de Sistemas y lactancia materna: propiedades de los sistemas

El individuo, la familia y la sociedad son subsistemas dinámicos, interrelacionados e interdependientes con características y particularidades que los definen y diferencian (sistemas abiertos), donde “el todo” determina la naturaleza de “las partes” (totalidad). Las partes no se comprenden si se consideran en forma aislada (18). La familia representa al núcleo de la sociedad (estructura), donde cada integrante interactúa manteniendo el sistema (homeostasis), es dentro de la familia (ambiente) donde se desarrolla y genera los procesos vitales del individuo (6). El proceso de LM empieza a partir de la concepción, donde la familia se prepara a la llegada del nuevo integrante (equifinalidad), es necesario el uso de recursos internos para adaptarse a la crisis normativa de adición (sinergia) y así cumplir las funciones universales de la familia: reproducción, afecto, protección y socialización (19). La LM depende de varios factores (complejidad) como; la salud integral materno-infantil (nivel individual);

estructura y funcionalidad familiar (nivel familiar); condiciones socioeconómicas, el sistema de salud y la sociedad (nivel social). Se lleva a cabo cuando la madre amamanta desde el primer minuto, con el apoyo de su familia y del personal de salud, en un proceso donde todos se benefician (retroalimentación) (19).

2.2 Lactancia Materna

La LM es la forma óptima de alimentar al lactante durante los primeros dos años de vida, al aportar nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, al garantizar la salud y cubrir más de la mitad de necesidades nutricionales durante el primer año de vida y un tercio en el segundo año de vida (1) (2). La OMS, la AAP y el ACOG recomiendan iniciarla oportunamente durante la primera hora de vida, ser exclusiva durante los primeros 6 meses y continuarla hasta los 2 años o más (8), (9), (10).

2.2.1 Modelo conceptual: Determinantes

Biológicamente la mujer es capaz de amamantar a sus hijos, sin embargo, su decisión y comportamiento están determinadas por múltiples factores. Las intervenciones para una lactancia exitosa consideran la importancia de políticas públicas sin dejar de lado el ambiente sociocultural y de mercado, así como el laboral a través de licencias de maternidad, ambientes amigables con la madre y el niño, la importancia del sistema de salud, entorno familiar, entre otros (21) (Figura 1).



Figura 1. Componentes de un entorno propicio para la lactancia materna- un modelo conceptual. **Fuente:** Grupo de Estudio de Nutrición Materno-Infantil 2016. (21)

Elaborado por: la autora

2.2.2 Tipos de LM

A continuación, según la OMS se define los siguientes tipos de LM (22) (Tabla 2):

**Tabla 2. Tipos de lactancia materna**

Lactancia exclusiva	materna	Administración de leche materna sin otros líquidos ni sólidos, con la excepción de soluciones de rehidratación oral, vitaminas, minerales o medicamentos.
Lactancia parcial	materna	A más de la leche materna, administración de leche de origen no humano, u otro tipo de líquido.
Lactancia artificial		A la lactancia complementada con leche artificial o de fórmula.

Fuente: OMS 2019 (22)

Elaborado por: la autora

2.2.3 Fisiología de la LM

Las glándulas mamarias se preparan para la lactancia a partir de las 16 semanas de gestación (diferenciación secretora), manteniéndose inactivas por la progesterona hasta las primeras horas posparto donde responden al estímulo de succión (activación secretora). Los grandes volúmenes se da a partir del quinto día y depende de la demanda infantil y vaciamiento completo del seno (23). El aumento de la permeabilidad de la vía paracelular y la secreción de factores protectores transforman al calostro en los siguientes 10 días en leche madura. El eje hipotálamo-hipofisiario regula los niveles de prolactina y oxitocina para el inicio y mantenimiento de la LM. La concentración plasmática de prolactina varía en relación al estrés psicosocial, sueño, ejercicio, estimulación del pezón y la relación sexual. La oxitocina es liberada por estimulación del pezón y por vías sensoriales, se le atribuye la producción de una mayor capacidad de respuesta a la receptividad, cercanía, apertura a las relaciones y crianza; tiene efectos antiestrés reductores de presión arterial, promueve el comportamiento materno y el vínculo madre-hijo (23); está marcadamente elevada después del parto cuando el lactante es colocado piel con piel y retorna a la línea bases si no hay succión.



2.2.4 Composición de la leche materna

Es isoosmótica en relación al plasma y se diferencia de otras leches en la concentración de iones monovalentes que son menores y mayor lactosa (Tabla 3).

Tabla 3. Principales componentes de la leche materna y sus acciones a nivel sistémico

Componente	Acción
Células vivas	
Glóbulos blancos	Sistema inmune
Citoblastos	Desarrollo y curación de órganos
Proteínas	
Aminoácidos	Crecimiento, desarrollo Sistema inmune Neuroprotector
Nucleótidos	Sueño
Oligosacáridos	Prebióticos Prevención de bacteriemia
Enzimas	Catalizadoras Absorción de hierro
Factores de crecimiento	A nivel intestinal, vasos sanguíneos, sistema nervioso y glándulas
Hormonas	Apetito Sueño Vínculo materno
Anticuerpos	Neutraliza microorganismos
MicroARN	Expresión genética Sistema inmune
Ácidos grasos de cadena larga	Desarrollo del sistema nervioso, cerebro y ojos
Vitaminas y minerales	Crecimiento saludable Función de órganos Formación ósea

Fuente: Composición de la leche materna y sus funciones sistémicas (4), (12), (24), (25).



Elaborado por: la autora

2.2.5 Beneficios de la LM

Son múltiples los beneficios de la LM, en la tabla 4 se enumera de acuerdo al tipo del LM.

Tabla 4. Beneficios de la Lactancia Materna

Lactancia Materna	Beneficios
Primera hora de vida	<ul style="list-style-type: none">• Protector contra enfermedades y muerte.• Colonización intestinal• Termorregulación
Lactancia materna exclusiva	<ul style="list-style-type: none">• Reduce la mortalidad por enfermedades de la infancia• Fomenta el desarrollo físico, psíquico y social.• Contribuye a la salud materna• Crea un vínculo potente de relaciones positivas y apego afectivo• Contribuye a la economía familiar• Amigable con el medioambiente
Lactancia materna continuada	<ul style="list-style-type: none">• Menos maloclusión dental• Mejora el coeficiente intelectual• Reduce incidencia de sobrepeso y obesidad• Crecimiento lineal• Retrasa la fertilidad puerperal

Fuente: Beneficios de la lactancia materna. (3), (26), (27), (28), (29), (30)

Elaborado por: la autora

2.3 Factores asociados a la LM

2.3.4 Edad materna

La edad mayor a 35 años está asociada al inicio y mantenimiento de la LM. Ramiro et al., (31) menciona que, a menor edad la lactancia disminuye debido a un ingreso monetario inestable, menor educación de la madre, ansiedad, inestabilidad marital y



falta de apoyo familiar, mientras que la edad mayor a madurez, preparación psicológica, experiencia previa como factores que favorecen la lactancia.

2.3.5 Nivel de instrucción materna

Los datos son controversiales. A medida que incrementa el nivel de instrucción disminuye el período de LME (11); otros estudios refieren que un nivel superior favorece el entendimiento de la importancia y los beneficios de alimentar a los hijos de la mejor manera (32). Aunque, Olivera et al., (33) encontró que este entendimiento no dependen de variables demográficas como edad, estado civil o profesión.

2.3.6 Ocupación materna

La reincorporación al mundo laboral genera dificultades por la sobrecarga de tareas y el nuevo rol de proveedora del hogar, considerando como factor de riesgo de abandono (15), (34), así lo demuestra Campiño y Duque en un estudio en madres colombianas (35), (36).

2.3.7 Nivel de conocimientos sobre LM

Estudios no concluyentes. Ajete (37) reporta una práctica inadecuada de la madre al desconocer la edad óptima de introducción de alimentación complementaria y continuidad de LM, siendo la mediana de duración de 10 meses. Mientras Campiño y Duque (35) no encontraron asociación.

2.3.8 Estructura y funcionalidad familiar

Contar con una familia nuclear es un factor protector, el apoyo familiar ocupa el segundo lugar como facilitador, siendo la pareja el referente principal (82.4%). Ser madre adolescente y pertenecer a una familia extendida o monoparental son factores de riesgo (36), (38), (39). El 95% de lactantes con familias funcionales recibieron LM en un periodo mayor a 4 meses en comparación con los menores con familias disfuncionales quienes recibieron LM en un 63.16% en un período menor a 4 meses (37).

2.3.9 Sucedáneos de la leche materna

El uso de fórmulas lácteas en el posparto se asocia significativamente al abandono de la LME OR: 11,17 IC 95% 5.04-24.80, además, los lactantes que usaron sucedáneos de leche materna presentan casi 15 veces más mortalidad por neumonía y enfermedades respiratorias (28) y 3.5 veces más riesgo de obesidad infantil cuando el consumo es mayor a 6 meses (16).



CAPITULO III

1.1 HIPÓTESIS

La prevalencia de lactancia materna es menor en la mujer con edad menor a 35 años, con un nivel de instrucción superior, con ocupación remunerada, un conocimiento deficiente sobre lactancia, que forma parte de una familia disfuncional no nuclear y que usa sucedáneos de leche materna que en la mujer sin estas condiciones.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de lactancia materna y factores asociados en las mujeres de la Parroquia Totoracocha, Cuenca 2020.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de las madres de niños lactantes según edad, nivel de instrucción, ocupación, conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna, la estructura y funcionalidad familiar.
- Determinar la prevalencia según el tipo de lactancia materna: exclusiva, parcial y artificial.
- Identificar los factores asociados a la lactancia materna exclusiva y lactancia continua en la población diana.
- Identificar la prevalencia de uso de sucedáneos de leche materna y factores determinantes de este tipo de alimentación.



CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación

Estudio analítico transversal

4.2 Área de estudio

El territorio asignado a la unidad operativa UNE Totoracocha, delimitada al norte por el aeropuerto Mariscal Lamar, al sur Av. González Suarez, al este paseo Milchichig y al oeste Av. Guapondelig. Las participantes fueron captadas en la unidad de salud de manera aleatoria simple. La recolección de datos duró 7 meses, desde 1 de mayo al 30 de noviembre del 2020.

4.3 Universo y muestra

El universo estuvo constituido por mujeres, madres de lactantes de 0 a 24 meses de edad que acuden a la unidad de salud UNE Totoracocha. El cálculo de la muestra se realizó con la siguiente formula:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2} \quad n = \frac{1,96^2 * 0,259 * 0,74}{0,05^2} \quad n = 295$$

n: tamaño de la población desconocida

Z: intervalo de confianza 95%

d: margen aceptable de error 5%,

p: probabilidad a favor (25.9%)

q: probabilidad en contra (1-p)

La frecuencia esperada 25,9%, corresponde a la reincorporación al trabajo de la madre como un factor asociado a baja prevalencia de LM según el Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil ELOIN 2017 en Madrid (31). Al tamaño muestral obtenido se aumentó un 5% considerando las posibles pérdidas durante el estudio. 310 fueron las participantes. La selección fue aleatoria simple mediante la generación de un grupo de números al azar con la ayuda de un interfaz informático OpenEpi versión 3.01 (40).

4.4 Criterios de inclusión

Mujer, madre de lactantes de 0 a 24 meses de edad, que viva en la Parroquia Totoracocha durante el año 2020, que cuente con internet, un dispositivo móvil y que acepte participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.



4.5 Criterios de exclusión

Mujer con alguna patología grave que impida o contraindique la LM como: herpes activo en piel, tuberculosis, HIV, medicamentos tóxicos para el cáncer, consumo de alcohol y otro tipo de drogas y con recién nacidos con patologías graves.

4.6 Jerarquización de variables

Variable dependiente

- Lactancia materna

Variable independiente

- Funcionalidad familiar
- Conocimiento sobre lactancia materna
- Uso de sucedáneos de leche materna

Variable interviniente

- Edad
- Nivel de instrucción
- Ocupación
- Estructura familiar

4.7 Operacionalización de las variables (Anexo 1)

4.8 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La recolección de datos se realizó con una encuesta a través de una plataforma virtual mediante un formulario validado en otros estudios. La confiabilidad del formulario se obtuvo con una prueba piloto realizada en la unidad de salud Uncovía, con 30 madres de lactantes de 0 a 24 meses de edad, considerando las características sociodemográficas, criterios de inclusión y exclusión, previa autorización del Administrador Técnico de la unidad de salud (Anexo 2). Del primer formulario sobre el Funcionamiento familiar FF-SIL se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.96; del segundo test de conocimientos sobre LM un Kr 20 de 0.7; y del tercer test sobre prevalencia de LM de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018) un Kr 20 de 0.76. Se realizó cambios en la terminología de las preguntas adaptando al léxico de las participantes para su comprensión. Se solicitó autorización del Distrito de Salud 01D04 y Administrador Técnico de la unidad de salud UNE Totoracocha (Anexo 3) para iniciar con la investigación. La modalidad fue a través de medios virtuales con la plataforma de Google drive. Las participantes fueron captadas en el área de vacunación, de forma aleatoria simple mediante la generación de números al



azar en un interfaz informático. Al primer contacto se socializó el consentimiento informado (Anexo 4) y posterior a su firma, se envió el formulario a su móvil, el tiempo aproximado para completar la información fue de 10 minutos. Cada pregunta necesitaba de respuesta para ser finalizada con éxito; los datos se pasaron automáticamente a una hoja de Excel para su revisión y posterior tabulación. Un total 67 formularios fueron excluidos al no cumplir con los criterios. El seguimiento se realizó vía telefónica para constatar el envío del formulario y posibles dificultades. Las razones principales para la no participar: no disponer de internet y/o móvil.

Instrumento (Anexo 5)

1. *Datos sociodemográficos*: edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción y tipo de familia.
2. *Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL (20)*: mide procesos importantes de la dinámica familiar. De acuerdo al puntaje obtenido clasifica a la familia como:
 - Funcional: 70-57
 - Moderadamente funcional: 56-43
 - Disfuncional: 42-28
 - Severamente disfuncional: 27-14
3. *Test de conocimientos sobre LM*: en base a un estudio realizado por García L 2015 (41). Consta de 25 preguntas, 1 punto cada una, se clasifica al nivel de conocimiento en:
 - Bajo: 0-12
 - Medio: 13-19
 - Alto: 20-25
4. *Test de prevalencia de LM (ENSANUT 2018) (42)*: consta de 8 preguntas sobre la prevalencia de LM, LME, lactancia parcial, artificial, uso de sucedáneos de leche materna y determinantes de su uso.

4.9 Plan de tabulación y análisis

Los datos se procesaron en el programa SPSS statistics.25 mediante codificación numérica. Para los factores sociodemográficos se usó estadística descriptiva; de la variable cuantitativa edad se obtuvo el valor de la mediana y el desvío estándar; de las variables cualitativas estado civil, nivel de instrucción, ocupación, estructura familiar, funcionalidad familiar y conocimientos sobre LM se expresó en frecuencias y



porcentajes, al igual que la prevalencia según la edad del lactante y sus tipos (exclusiva, parcial y artificial) para el análisis e interpretación de resultados. Para la asociación de factores se obtuvo el riesgo relativo (RR) con su intervalo de confianza 95% y valor p del Chi cuadrado ($p < 0,05$). Para la variable cualitativa uso de sucedáneos de leche materna se expresó en frecuencias y porcentajes.

4.10 Consideraciones éticas

Confidencialidad: a cada participante se le asignó un código de identidad.

Balance riesgo-beneficio: Las participantes no obtuvieron beneficio por la información brindada, los beneficiarios son las futuras familias en período de LM. El riesgo se presentó al obtener información sobre la estructura y funcionalidad familiar, el cual se disminuyó al mantener la confidencialidad de su respuesta.

Protección de población vulnerable: al ser mujeres en período de LM con niños menores, el formulario se aplicó a través de medios electrónicos, evitando el contacto con la participante debido a las medidas adoptadas por la situación actual de la pandemia por la Covid-19.

Consentimiento informado: se socializó cada uno de sus puntos para su conocimiento, el mismo que fue entregado al primer contacto con la participante, respetando su autonomía.

Conflicto de intereses: declaro no tener ningún conflicto de interés.

Idoneidad del profesional: como posgradista en Medicina Familiar y Comunitaria estoy preparada académicamente para la presente investigación.



CAPITULO V

5. RESULTADOS

Tabla 5. Características sociodemográficas de 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.

Características de la madre	Media	DE
Edad (años)	28	6.35
Grupo etario	N (310)	%
14-16	2	0.65
17-19	21	6.77
20-34	228	73.55
35-49	59	19
Estado civil		
Casada	140	45.16
Divorciada	8	2.58
Soltera	53	17.10
Unión libre	108	34.84
Viuda	1	0.32
Nivel de instrucción		
Primaria	23	7.41
Secundaria	153	49.35
Tercer nivel	123	39.68
Cuarto nivel (posgrado, maestría)	11	3.54
Ocupación		
Ama de casa	136	43.87
Trabaja	137	44.19
Estudia	18	5.81
Estudia y trabaja	8	2.58
Ninguna	11	3.55

N, número; DE, desviación estándar.

Fuente: base de datos

Realizado por: la autora



El promedio de edad de las participantes fue 28 años ($DE \pm 6.35$), el 45.16% está casada, el 49.35% tiene un nivel de instrucción secundaria y el 44.19% trabaja (Tabla 5).

Tabla 6. Características familiares y nivel de conocimiento sobre LM en 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.

Estructura familiar	N (310)	%
Ampliada	31	10.00
Biparental	202	65.17
Extensa	58	18.71
Monoparental	19	6.12
Funcionalidad familiar		
Funcional	135	43.55
Moderadamente Funcional	145	46.78
Disfuncional	29	9.35
Severamente disfuncional	1	0.32
Nivel de conocimientos sobre LM		
Alto	22	7.10
Medio	185	59.67
Bajo	103	33.23

LM, lactancia materna

Fuente: base de datos

Realizado por: la autora

Según la tabla 6, el 65.17 % pertenece a una familia nuclear biparental, 46.78% son familias moderadamente funcionales y la madre tiene un conocimiento medio sobre LM (59.67%).



Tabla 7. Prevalencia de LM según la edad del lactante en 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.

	EDAD EN MESES			Total N (%)
	0 - 6 N (%)	7 - 12 N (%)	13 - 24 N (%)	
LACTANCIA				
MATERNA				
No	11 (20.00)	15 (27.00)	29 (52.00)	55 (17.74)
Si	123 (48.00)	77 (30.00)	55 (21.00)	255 (82.25)
TOTAL	134 (43.23)	92 (29.68)	30 (9.68)	310 (100.00)

Fuente: base de datos

Realizado por: la autora

En la tabla 7, la prevalencia de LM disminuye a mayor edad del lactante, pasando de 48% a la edad de 0 a 6 meses, a 29.68% a los 7 a 12 meses, a 9.68% a la edad de 13 a 24 meses.

Tabla 8. Prevalencia de LME, parcial y artificial, en 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.

TIPOS DE LACTANCIA	N (310)	%
Exclusiva		
No	116	37.42
Si	194	62.58
Parcial		
No	291	93.87
Si	19	6.13
Artificial		
No	213	68.71
Si	97	31.29

Fuente: base de datos

Realizado por: la autora

En la tabla 8, la prevalencia de LME fue de 62.58%, parcial de 6.13% y artificial de 31.29%.



Tabla 9. Factores asociados al abandono de LME en 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.

Factor asociado	Sin lactancia exclusiva N=116	Con lactancia exclusiva N=194	RR (IC 95%)	p*
Edad materna				
< 35 años	85 (73.28)	166 (85.57)	0.64 (0.47- 0.86)	0.007
≥ 35 años	31 (26.72)	28 (14.43)		
Instrucción superior ^a				
Si	59 (50.87)	75 (38.66)	1.36 (1.02-1.81)	0.035
No	57 (49.13)	119 (61.34)		
Ocupación ^b				
Trabaja	62 (53.45)	83 (42.78)	1.31 (0.98-1.74)	0.068
No trabaja	54 (46.55)	111 (57.22)		
Conocimiento sobre LM ^c				
No	44 (37.93)	59 (30.41)	1.22 (0.91-1.64)	0.173
Si	72 (62.07)	135 (69.58)		
Funcionalidad familiar ^d				
Disfuncional	15 (12.93)	15 (7.73)	1.38 (0.93-2.04)	0.134
Funcional	101(87.07)	179 (92.27)		
Estructura familiar ^e				
No nuclear	37 (31.90)	71 (36.60)	0.87 (0.64-1.19)	0.400
Nuclear	79 (68.10)	123 (63.40)		
Inicio ideal LM ^f				
No	54 (46.55)	68 (35.05)	1.34 (1.00-1.78)	0.044
SI	62 (53.45)	126 (64.95)		

RR, riesgo relativo; IC, intervalo de confianza, ^a Tercer y cuarto nivel de estudios, ^b Madres con una ocupación remunerada, ^c Nivel de conocimiento bajo (puntaje ≤ 12), ^d Disfuncional: con un puntaje del FF-SIL ≤ 42, ^e No nuclear: a la integrada solo por uno de los progenitores, familia ampliada o extensa, ^f Inicio ideal dentro de la primera hora de vida del lactante, * significancia <0.05



Fuente: base de datos

Realizado por: la autora

El abandono de LME fue mayor en la madre con instrucción superior RR1.36, IC95%:1.02-1.81, $p=0.035$ y que no inició LM dentro de la primera hora de vida del lactante RR1.34, IC95%:1.00-1.78, $p=0.044$. Factores como edad materna, ocupación, nivel de conocimiento, funcionalidad y estructura familiar no muestran asociación estadística significativa. (Tabla 9)

Tabla 10. Factores asociados al abandono de LMC en 310 participantes. Totoracocha, Cuenca 2021.

Factor asociado	Sin lactancia	Con	RR (IC 95%)	p
	N=55	lactancia N=255		
Edad materna				
< 35 años	45 (81.82)	206 (80.78)	1.05 (0.56- 1.97)	0.859
≥ 35 años	10 (18.18)	49 (19.22)		
Nivel de instrucción superior				
Si	24 (43.64)	110 (43.14)	1.01 (0.62-1.64)	0.945
No	31 (56.34)	145 (56.86)		
Ocupación				
Trabaja	36 (65.45)	127 (49.80)	1.70 (1.02-2.84)	0.035
No trabaja	19 (34.55)	128 (50.20)		
Conocimiento sobre LM				
No	25 (45.45)	78 (30.59)	1.67 (1.04-2.69)	0.033
Si	30 (54.55)	177 (69.41)		
Funcionalidad familiar				
Disfuncional	4 (7.28)	26 (10.20)	0.47 (0.18-1.20)	0.132
Funcional	51(92.72)	129 (89.80)		
Estructura familiar				
No nuclear	23 (41.82)	85 (33.33)	1.34 (0.83-2.17)	0.230
Nuclear	32 (58.18)	170 (66.66)		
Lactancia artificial				



Si	52 (94.55)	176 (69.02)	6.23 (2.00-19.41)	0.0001
No	3 (5.45)	79 (30.98)		

Fuente: base de datos

Realizado por: la autora

El trabajo materno RR1.70, IC 95%:1.02-2.84, $p=0.035$, bajo nivel de conocimientos RR1.67, IC95%:1.04-2.69, $p=0.033$ y lactancia artificial RR6.23, IC95%:2.00-19.41, $p=0.0001$ se asociaron al abandono de la LMC. Factores como la edad materna, nivel de instrucción, estructura y funcionalidad familiar no se asociaron significativamente. (Tabla 10)

Tabla 11. Prevalencia y factores determinantes del uso de sucedáneos de la leche materna en 310 participantes. Totoracocha. Cuenca 2021.

Prevalencia	N (310)	%
Sí	228	73.54
No	82	26.45
Factores determinantes		
Decidió amamantarlo(a) y también darle fórmula	74	32.45
Se quedó sin leche	63	27.63
El doctor u otro profesional de la salud le recomendó la fórmula	19	8.33
Se enfermó y no pudo amamantar	11	4.82
Eligió la misma fórmula con la que alimentaron a su hijo(a) en el hospital	9	3.94
Su hijo(a) tenía un problema de salud y encontró una fórmula que parecía ser el alimento adecuado	7	3.07
Decidió alimentarlo(a) solo con fórmula	6	6.63
Escuchó que la fórmula es mejor para su hijo(a)	3	1.31
Porque se la recomendaron amigos o familiares	3	1,31
Vio anunciada la fórmula y quiso probarla	2	0.87
Otro	31	13.59

Fuente: base de datos

Realizado por: la autora



El uso de sucedáneos de la leche materna fue de 73.54%, tres fueron las razones principales para su uso: como complemento; hipogalactia y por recomendación de un médico u otro un profesional de la salud. (Tabla 11)



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

El promedio de edad de las participantes fue de 28 años ± 6.35 , el 45.16% está casada, 49.35% tiene un nivel de instrucción secundaria, 44.19% trabaja, 65.17% tiene una familia nuclear biparental, 46.78% una familia moderadamente funcional y el 59.67% poseen un nivel medio de conocimiento sobre LM.

La prevalencia de LM fue de 82.25%, uno de cada dos lactantes recibe LME y uno de cada cinco LMC hasta los 24 meses, tendencia similar a la observada en la región de las Américas, donde la prevalencia disminuye conforme avanza la edad del lactante (2). El 62.58% de las madres dan a sus hijos LME, cifra similar a las estadísticas nacionales (62.1%) (43), aproximándose a la meta propuesta para el 2021 del 64% (11). La prevalencia de lactancia parcial y artificial fue del 6.13% y 31.29% respectivamente, evidenciando la necesidad de políticas públicas y de ámbito biopsicosocial de intervención oportuna para este problema de salud.

El nivel de instrucción de la madre repercute en la prevalencia de LME (11). El 50.87% de las madres con un nivel de instrucción superior no ofrece LME, hallazgo estadísticamente significativo RR1.36, IC95%:1.02-1.81, $p=0.035$. Campiño y Duque (35) mencionan que se deba a sus oportunidades en el ámbito laboral. Argón, Cubilla y Torres (32) refieren que la escolaridad favorece el entendimiento de la importancia y los beneficios de alimentar a los hijos de la mejor manera. Sin embargo, Olivera et al., (33) no encontró asociación entre estos factores. Se necesita más estudios que incluya a un mayor número de participantes tomando en consideración las variables de confusión.

Un 60.6% de madres iniciaron LM durante la primera hora de vida. La demora en el inicio de LM se asoció significativamente a su abandono RR1.34, IC95%:1.00-1.78, $p=0.044$. Smith et al., (26) menciona que, cuanto mayor sea este tiempo de espera, mayor es el riesgo de muerte para el lactante, esperar 2 a 23 horas aumenta en 1.3 veces el riesgo y esperar 24 horas o más, aumenta en 2 veces. Dentro de las barreras que podrían estar implicadas: la separación de la madre y el bebé en las primeras horas; el cansancio posparto prolongado: la cesárea; y las normas culturales que llevan a desechar el calostro y dar otros alimentos y líquidos tradicionales (27).



Situación que evidencia la necesidad de control de cumplimiento de las políticas públicas de salud que aseguran una LM oportuna y exitosa.

El trabajo materno es un factor de riesgo de destete prematuro RR1.70, IC 95%:1.02-2.84, $p = 0.035$, un 65.45% de las madres no continuaron amamantando a sus hijos según las recomendaciones de la OMS. La reincorporación laboral es el factor de riesgo principal, así lo demuestra también Ramiro et al., (31), Campiño y Duque (35) y Oribe et al., (38). La dificultad para combinar LM con el trabajo eleva el riesgo de optar por una lactancia parcial o artificial, Díaz et al., (44). La licencia de maternidad menor a seis semanas aumenta cuatro veces la probabilidad de que no se inicie la LM o que esta se interrumpa tempranamente (45). Los espacios que apoyan y permiten la extracción de leche materna son intervenciones de bajo costo que reducen el ausentismo laboral, mejoran el desempeño, la fuerza laboral y aumentan la LM (28). Pérez y Moreno (15) refieren como posibles barreras percibidas por la madre: la pérdida de su libertad, la dependencia que generan los hijos, no disponer tiempo suficiente para sí misma y la pareja, repercusiones en la trayectoria profesional y dificultades en la conciliación de la vida familiar y laboral. La inadecuada implementación y monitoreo de las medidas regulatorias para proteger, promover y apoyar al derecho de la LM sugerido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) podría estar implicada.

Otro factor asociado al abandono de LMC es un nivel bajo de conocimientos de LM RR1.67, IC95%:1.04-2.69, $p=0.033$. Existe evidencia adecuada de que las intervenciones para apoyar la LM y la educación formal cambian el comportamiento de la madre desde la concepción (8). Se debería trabajar en grupos de apoyo y asesoría en todos los niveles de atención de salud.

Aunque no se prefirió el uso de fórmula, el 34.1% de las madres la consideraron como opción para reemplazar o suplementar la alimentación del lactante, relación estadísticamente significativa con el abandono de LMC RR6.23, IC95%:2.00-19.41, $p=0.0001$. Las principales razones mencionadas son: como complemento (32.45%); por problemas de hipogalactia y agalactia (27.63%); y por recomendación de un profesional de la salud (8.33%). Las posibles explicaciones se deben a factores propios de la percepción de barreras que obedecen a experiencias pasadas, falta de conocimiento sobre la técnica de amamantamiento, el escaso acompañamiento y



apoyo a la madre lactante, la influencia de marketing y recibir muestras gratuitas (31), (34), (38), (44), (46), (47). Campiño y Duque (35), mencionan al uso de biberón como un generador de problemas de hipogalactia y rechazo del seno materno. Los niños alimentados con fórmula presentan casi 15 veces más mortalidad por neumonía y enfermedades respiratorias (28). Su uso está presente a pesar de los efectos secundarios en la salud, además, deja una huella ecológica importante, se necesita energía para su fabricación, materiales de envasado, combustible para su transporte, entre otros (28). Odom et al., (48), McFadden et al., (49) demuestran la importancia del rol de los profesionales de salud como apoyo para abordar las preocupaciones de la madre durante la LM.

Limitaciones: no se incluyó a madres con enfermedades graves posparto o niños pretérmino; aquellas que no disponen de internet y/o un aparato electrónico para acceder al formulario; y la imposibilidad de generalizar los resultados a toda la población por tratarse de un estudio realizado en la unidad de salud. Los posibles sesgos se presentaron durante el proceso de selección de la muestra, a pesar de que fue aleatoria simple, se incluyó únicamente la población que acude a la unidad de salud. Respecto a la modalidad de recolección de datos a través de medios electrónicos como una estrategia desarrollada por tratarse de una población vulnerable en respuesta a la pandemia por la COVID 19.

Implicaciones: La importancia de visualizar al proceso de LM a través de un enfoque holístico, desarrollando intervenciones que generen un impacto a nivel individual, familiar y social, con resultados prometedores.



CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

- El promedio de edad de la madre es de 28 años, casada, instrucción secundaria, con ocupación remunerada, un nivel medio de conocimiento sobre LM y una familia nuclear biparental moderadamente funcional.
- La mayoría de las mujeres ofrecen LM a sus hijos, más de la mitad de las madres ofrece LME, tres de cada diez lactancia artificial, siendo la lactancia parcial poco frecuente.
- El inicio ideal de la lactancia durante la primera hora de vida ayuda a establecer la LME y se relaciona con mayor duración de la misma. Se evidenció que madres con un nivel de instrucción superior dan menos LME que aquellas con un nivel menor, sin embargo, los resultados no son concluyentes debido a factores de confusión relacionados al ámbito laboral y al conocimiento de la importancia de la LM, se necesitan más estudios.
- Se demostró que la prevalencia de LMC es baja en aquellas madres que desempeñan una actividad laboral y que usan sucedáneos de la leche materna, ya sea como complemento y/o remplazo de la misma.
- Siete de cada diez madres usan sucedáneos de la leche materna como complemento de la alimentación del lactante, por problemas de hipogalactia y porque fue recomendada por un profesional de la salud.

7.2 RECOMENDACIONES

- Estudiar la prevalencia de LM en grupos vulnerables como los niños prematuros y madres con enfermedades graves.
- Programas de intervención para el apoyo y asesoría a las familias en periodo de LM.
- La importancia del primer nivel de atención en la asesoría y seguimiento de las madres en periodo de lactancia es clave, sumado al trabajo y coordinación conjunta con el resto de niveles de atención.
- Trabajar en el cumplimiento de las políticas públicas orientadas a una lactancia materna exitosa en todos los niveles de atención de salud.



CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Cuidado integral desde el nacimiento hasta los 6 meses. Ecuador: MSP; 2017 p. 1-96
2. Cevallos F, Vásquez G, Callay S, Falconí G. Lactancia Materna: derecho que garantiza el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. MSP[Internet]; 2020 ;1(1) :1-28. Disponible en : https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/02/boletin_lactancia_materna_20feb-1.pdf
3. Lodge C, Tan D, Lau M, Dai X, Tham R, Lowe A, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr [Internet]; 2015;104:38-53. Doi: 10.1111/apa.13132. PMID: 26192405. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26192405/>
4. Beck K, Weber D, Phinney B, Smilowitz J, Hinde K, Lönnerda B, et al. Comparative Proteomics of Human and Macaque Milk Reveals Species-Specific Nutrition during Postnatal Development. J Proteome Res [Internet]; 2015;14(5):2143-57. Doi: 10.1021/pr501243m. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25757574/>
5. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Breastfeeding: A Mother's Gift, for Every Child. USA [Internet]; 2018;1-20. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/breastfeeding-a-mothers-gift-for-every-child/>
6. Cardona C. Generalidades. En: Teoría General de sistemas. Fondo editorial Areandino. [Internet]; 2017 [citado 8 de febrero de 2021]. 7-9. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1287/Teor%C3%ADa%20General%20de%20sistemas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Rodríguez K, Tapia J. La lactancia humana como práctica bio-psico-cultural. Cuad Antropol [Internet]; 2019;29(1):1-37. Doi: 10.15517/cat.v1i1.34090. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6783811>
8. Bibbins K, US Preventive Services Task Force. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA [Internet]; 2016;316(16):1688-93. Doi: 10.1001/jama.2016.14697. Disponible en: <http://respyn2.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/339/311>



9. Committee Opinion. Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice. ACOG [Internet]; 2016;658:1-7. Disponible en : <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/optimizing-support-for-breastfeeding-as-part-of-obstetric-practice.pdf>
10. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países [Internet]. España; 2016: 1-9. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
11. Ministerio de Salud Pública. Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025. Ecuador: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública [Internet]; 2018:1-110. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf>
12. Victora C, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet [Internet]; 2016;387(10017):475-90. Doi 10.1016/S0140-6736(15)01024-7. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)
13. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. OMS [Internet]; 2017;1:1-25. Disponible en : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255194/WHO-NMH-NHD-17.1-spa.pdf?ua=1>
14. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. MSP [Internet]; 2017: 1-38. Disponible en: <https://www.healthresearchweb.org/files/Prioridades20132017.pdf>
15. Pérez M, Moreno A. Motherhood and Breastfeeding: a Gender Perspective. Rev Int Éticas Apl [Internet]; 2017;25(1):143-55. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/676057>
16. Sandoval L, Jiménez M, Olivares S, de la Cruz Olvera T. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. Aten Primaria [Internet]; 2016;48(9):572-8. Doi: 10.1016/j.aprim.2015.10.004. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876027/>



17. Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2017. INEC [Internet]; 2018: 1-64. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Presentacion_Nac_y_Def_2017.pdf
18. Feixas G, Muñoz D, Compañ V, Montesano A. El Modelo Sistémico en la Intervención Familiar. [Internet] [Tesis]. [Barcelona, España]: Universidad de Barcelona; 2016. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf
19. Armas N, Díaz L. Entre voces y silencios, las familias por dentro. Ediciones Américas. Ciclo vital individual. Cap 3. [Internet]; 2007: 46-60. Disponible en: https://www.academia.edu/30021258/ENTRE_VOCES_Y_SILENCIOS_LAS_FAMILIAS_POR_DENTRO_Gu%C3%ADa_para_el_trabajo_con_familias_Carcel%C3%A9n_Red_HCJB_Global_Ex_Presidenta_de_la_Sociedad_Ecuatoriana_de_Medicina_Familiar
20. Fuentes A, Merino J. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. Ajayu [Internet] [Tesis] [Chile]: Universidad de la Concepción; 2016 ;14(2) :247-83. ISSN 2077-2161. Disponible en : <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v14n2/v14n2a3.pdf>
21. Gillespie S, Haddad L, Mannar V, Menon P, Nisbett N; Grupo de Estudio de Nutrición Materno-Infantil. ¿Por qué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de lactancia materna? Lancet [Internet]; 2016 ; 20160 (387): 491-504. ISBN:978-9929-701-07-6 Disponible en : [http://ibfan-alc.org/noticias/The%20Lancet%202016%20Lactancia%20Materna_WEBFINAL_Spa%20\(1\)%20\(1\).pdf](http://ibfan-alc.org/noticias/The%20Lancet%202016%20Lactancia%20Materna_WEBFINAL_Spa%20(1)%20(1).pdf)
22. Organización Mundial de la Salud. Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. Manual del participante. [Internet]; 1993:1-194. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf.
23. Lawrence R. Physiology of Lactation. En: Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. Elsevier [Internet]; 2016: 56-90. Disponible en : <https://iums.ac.ir/files/vch/files/laranc.pdf>



24. Moukarzel S, Bode L. Human Milk Oligosaccharides and the Preterm Infant. *Clin Perinatol* [Internet]; 2017;44(1):193-207. Doi 10.1016/j.clp.2016.11.014. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28159206/>
25. Alsaweed M, Lai C, Hartmann P, Geddes D, Kakulas F. Human milk cells and lipids conserve numerous known and novel mirnas, some of which are differentially expressed during lactation. Zheng Y, editor. *PLOS ONE* [Internet]; 2016;11(4):1-23. Doi 10.1371/journal.pone.0152610. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0152610>
26. Smith E, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond K, et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. Simeoni U, editor. *PLOS ONE* [Internet]; 2017;12(7):1-16. Doi 10.1371/journal.pone.0180722. Disponible en : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180722>
27. NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health* [Internet]; 2016;4(4):266-75. Doi 10.1016/S2214-109X(16)00040-1. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27013313/>
28. Rollins N, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter C, Martines J, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet* [Internet]; 2016;387(10017):491-504. Doi 10.1016/S0140-6736(15)01044-2. Disponible en : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01044-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/fulltext)
29. Victora C, Lessa B, Loret C, Quevedo L, Tabares R, Gigante D, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health* [Internet]; 2015;3(4):199-205. Doi 10.1016/S2214-109X(15)70002-1 Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25794674/>
30. Sankar M, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* [Internet]; 2015;104(1):3-13. Doi 10.1111/apa.13147. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26249674/>



31. Ramiro M, Ortiz H, Cadeño C, Esparza M, Cortés O, Terol M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatría* [Internet]; 2018;89(1):32-43. Doi 10.1016/j.anpedi.2017.09.002. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317303144>
32. Aragón M, Cubillas I, Torres Á. Maternidad en la adolescencia y lactancia. *Rev Enferm Docente* [Internet]; 2015;104(1):49-54. ISSN 2386-8678. Disponible en : <http://www.index-f.com/edocente/104pdf/10449.pdf>
33. Olivera M, Pérez V, Piñón A, Naranjo C, Mejía J, Reyna E. Grado de conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas primigestas. *Rev Repert Med Cir* [Internet]; 2018;27(1):13-7. Doi 10.31260/RepertMedCir. Disponible en : <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/126/155>
34. Sack R. Lactancia Materna y Trabajo: ¿Un derecho reconocido a la mujer?. España: Instituto Interdisciplinario de la Mujer [Internet]; 2015;1:177-36. Doi 10.1111/apa.13147. Disponible en: <http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/aljaba/v19n1a06sack.pdf>
35. Campiño S, Duque P. Lactancia materna: factores que propician su abandono. *Arch Med (Manizales)* [Internet]; 2019;19(2):331-41. Doi 10.30554/archmed.19.2.3379.2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273860963013/html/index.html>
36. Becerra F. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev Fac Med* [Internet]; 2015;63(2):217-27. Doi 10.15446/revfacmed.v63n2.44051. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000200006
37. Ajete B. Conocimientos, Actitudes y Prácticas Alimentarias de Madres con Niños de 6 a 24 meses en Cuba. *Rev Salud Pública Nutr* [Internet]; 2017;16(4):10-9. Doi 10.29105/respyn16.4-2 Disponible en : <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/339/311>
38. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna



- exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit* [Internet]; 2015;29(1):4-9. Doi 10.1016/j.gaceta.2014.08.002. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000100002
39. Gombau L. Programas de lactancia materna en unidades de atención primaria y especializada. *Scielo* [Internet]; 2015;9(2):1-4. Doi 10.4321/S1988-348X2015000200010. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200010
40. Dean A, Sullivan K, Soe M. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versión 3.01. Generador de números aleatorios. 2013. Disponible es: <https://www.openepi.com/Random/Random.htm>
41. García L. Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima enero 2015. [Internet] [Tesis] [Perú]: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2015;1-64. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4029/Garcia_cl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Mujeres en edad fértil (MEF de 10 a 49 años), salud de la niñez y lactancia materna. INEC [Internet]; 2018;1-21 Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
43. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Salud materna y neonatal. INEC [Internet]; 2018 ;7-8. Disponible en : https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf
44. Díaz M, Ruzafa M, Ares S, Espiga I, Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]; 2016;90(1):1-18. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100416



45. Labbok M. The Evidence for Maternity Protection – Research Brief [Internet]; 2015; 1- 5. Disponible en: <https://waba.org.my/stockholm-symposium/wp-content/uploads/2015/09/The-Evidence-for-Maternity-Protection-Miriam-20-Aug15-Final.pdf>
46. González G, Borre Y, Reyes L, Oviedo H, Barrios L, Carbonó L, et al. Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia. *Investig Enferm* [Internet]; 2015;17(2):37-50. Doi 10.11144/Javeriana.ie17-2.fidt. Disponible en : <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145239088002.pdf>
47. Hawley N, Rosen R, Strait E, Raffucci G, Holmdahl I, Freeman J, et al. Mothers' attitudes and beliefs about infant feeding highlight barriers to exclusive breastfeeding in American Samoa. *Women Birth* [Internet]; 2015;28(3): e80-6. Doi 10.1016/j.wombi.2015.04.002. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25935567/>
48. Odom E, Li R, Scanlon K, Perrine C, Grummer L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics* [Internet]; 2013;131(3):726-32. Doi 10.1542/peds.2012-1295. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23420922/>
49. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]; 2017; 2:1-239. Doi 10.1002/14651858.CD001141.pub5. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28244064/>
50. Unidad de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Ecuador [Internet]; 2019;1-13. Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_informe_pdfs/dpe_ecuador-_25_09_19.pdf
51. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) [Internet]. 2021;1-12 Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2021/Febrero-2021/Boletin%20tecnico%20de%20empleo_feb21.pdf



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad (19)	Tiempo de existencia en años, desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Biológica	Años cumplidos	Adolescencia media: 14 a 16 Adolescencia tardía: 17 a 19 años Adulto joven: 20 a 34 años Adulto medio: 35 a 49 años.
Nivel de instrucción (50)	Máximo nivel educativo alcanzado hasta el momento.	Académica	Nivel educativo alcanzado	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Tercer nivel Cuarto nivel
Ocupación (51)	Funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo.	Social	Ocupación referida por el encuestado	Estudia Trabaja Ama de casa Estudia y trabaja Ninguno
Estructura familiar (19)	Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los	Social	Clasificación estructural familiar.	Biparental Monoparental Ampliada Extensa



	modos en que interactúan sus miembros en la familia.			
Funcionalidad familiar (20)	Recursos que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus integrantes y adaptarse a las situaciones de cambio.	Social	Puntaje FF-SIL	Funcional: 70 a 57 Moderadamente funcional: 56 a 43 Disfuncional: 42 a 28 Severamente disfuncional: 27 a 14.
Conocimiento sobre lactancia materna (41)	Grado de conocimiento de la madre sobre la lactancia materna de acuerdo a lo aprendido previamente.	Biopsicosocial	Puntaje obtenido en el Test de conocimientos sobre lactancia materna	Bajo: 0 a 12 Medio: 13 a 19 Alto: 20 a 25
Prevalencia de la LM (42)	Es la proporción de madres que alimentan a sus hijos/as con leche materna.	Nutricional	Prevalencia LM= (Número de madres que dan de lactar a sus hijos / total de madres en periodo de LM) x 100	¿Aún le da pecho? Si No



Prevalencia de la lactancia materna Exclusiva (LME) (42)	Cuando el único alimento proporcionado se basa en leche materna, aceptando el uso de sales de rehidratación oral, gotas, jarabes, vitaminas, minerales o medicamentos en los primeros 6 meses de vida según las recomendaciones de la OMS.	Nutricional	Prevalencia LME= (Número de madres que dan LME/ total de madres en periodo de LME) x 100	Si No
Lactancia materna parcial (42)	Cuando a más de la leche materna se agrega agua o líquidos a base de agua más frutas durante los 6 primeros meses de vida.	Nutricional	Prevalencia LM parcial= (Número de madres que dan LM parcial/ total de madres en periodo de LME) x 100	Aparte de la leche materna seleccione que le dio de beber Agua simple/sola Agua con azúcar, miel Suero casero (agua con sal y azúcar) Té u otra infusión Miel sola Leche (que no fuera de pecho ni fórmula) Fórmula



				Jugo de fruta Otro (especifique)
Lactancia artificial (42)	Leche materna más leche artificial o de fórmula	Nutricional	Prevalencia LM artificial= (Número de madres que dan LM artificial/ total de madres en periodo de LME) x 100	Aparte de la leche materna seleccione que le dio de beber Agua simple/sola Agua con azúcar, miel Suero casero (agua con sal y azúcar) Té u otra infusión Miel sola Leche (que no fuera de pecho ni fórmula) Fórmula Jugo de fruta Otro (especifique)
Sucedáneos de la leche materna (42)	Es todo alimento comercializado o presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin.	Nutricional	Prevalencia de uso de sucedáneos de leche materna= (Número de madres que usan sucedáneos	¿Alguna vez ha usado leche de fórmula? Si No



			de leche materna/ total de madres en periodo de LM) x 100	
--	--	--	---	--

Realizado por: la autora

ANEXO 2. OFICIO DIRIGIDO AL ADMINISTRADOR TÉCNICO DEL CENTRO DE SALUD UNCOVIA

Cuenca, 18 de noviembre del 2019

DR. JUAN CARLOS ESPINOZA
ADMINISTRADOR TÉCNICO DEL CENTRO DE SALUD UNCOVIA

De mi consideración,

Reciba un cordial saludo de parte de **Jennifer Fernanda Ochoa Murillo** posgradista en Medicina Familiar y Comunitaria, deseándole éxitos en sus funciones diarias. El motivo de la presente es para solicitarle apertura para la realización de una encuesta sobre lactancia materna, a las madres de familia con niños/as de 0 a 24 meses que asisten al Centro de Salud Uncovia, para la prueba piloto del proyecto de investigación titulado: **Lactancia materna y factores asociados, un análisis con enfoque de familia.**

Por la favorable acogida, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

Md. Jennifer Ochoa Murillo

Recibido 18-11-2019

14:55





UNIVERSIDAD DE CUENCA

**ANEXO 3. OFICIO PARA LA AUTORIZACION DE LA INVESTIGACIÓN:
DISTRITO DE SALUD 01D01 Y DEL ADMINISTRADOR TÉCNICO DE LA UNIDAD
DE SALUD UNE TOTORACOCHA**



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Oficio No. GEN015-EMFyC-20
Cuenca, 09 de marzo de 2020

Doctor
Julio Molina Vásquez
DIRECTOR DISTRITAL DEL DISTRITO 01D01
Ciudad.-



De mi consideración:

Por medio del presente me permito solicitar de la manera más comedida a Usted, la autorización para la recolección de los datos de investigación “Lactancia Materna y factores asociados, un análisis con enfoque de familia. Parroquia Totoracocha 2020”; la recolección de datos se realizará desde el mes de abril hasta septiembre de 2020, por parte de la estudiante Md. Jenniffer Fernanda Ochoa Murillo, portadora de la cédula de identidad No. 0302099767, residente R2 del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Este protocolo ha sido aprobado dentro de la Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas y en la Comisión Académica de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, instancia encargada de este trámite.

Atentamente,

Md. Ximena Moncayo G.
**DIRECTORA DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

/reeg
CC:Archivo



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Oficio No. GEN016-EMFyC-20
Cuenca, 09 de marzo de 2020

Doctora
Gabriela Guillen
ADMINISTRADORA TÉCNICA DEL CENTRO DE SALUD UNE TOTORACOCHA
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio del presente me permito solicitar de la manera más comedida a Usted, la autorización respectiva para la realización de la investigación en el centro de salud de UNE Totoracocha "Lactancia Materna y factores asociados, un análisis con enfoque de familia. Parroquia Totoracocha 2020"; por parte de la estudiante Md. Jenniffer Fernanda Ochoa Murillo, portadora de la cédula de identidad No. 0302099767, residente R2 del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Este protocolo ha sido aprobado dentro de la Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas y en la Comisión Académica de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, instancia encargada de este trámite.

Atentamente,

Md. Ximena Moncayo G.
**DIRECTORA DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

/reeg
CC:Archivo





ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Lactancia materna y factores asociados, un análisis con enfoque de familia. Parroquia Totoracocha, 2020

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Jennifer Fernanda Ochoa Murillo	0302099767	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la Parroquia Totoracocha. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

La lactancia materna es un hecho natural, placentero y sano que tiene como beneficio crear un vínculo entre la madre, padre y su hijo/a, protegiendo de múltiples enfermedades, favoreciendo el crecimiento y desarrollo adecuado. Es importante conocer cuáles son los factores que influyen en el inicio, y duración de la lactancia materna y de esta manera evitar el abandono de esta práctica saludable. Usted fue seleccionada para participar porque al momento se encuentra en período de lactancia materna.

Objetivo del estudio

Identificar los factores asociados a la lactancia materna en las madres de los niños menores de 2 años.

Descripción de los procedimientos

Se le aplicará un cuestionario sobre datos de identificación como edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, con quien vive usted. Para proteger la información proporcionada por usted su nombre llevará un código especial respetando la confidencialidad. Además, el cuestionario consta de preguntas sobre qué tipo de lactancia está recibiendo su bebé, sus conocimientos sobre lactancia materna y preguntas relacionadas a la familia como sus integrantes y la relación y función que cumple cada uno.

Riesgos y beneficios

Gracias a la información brindada por su persona, usted ayudará a que los profesionales de la salud puedan prevenir el abandono de la lactancia materna en otras familias que están esperando hijos/as, mediante la educación sobre los factores identificados. Como posibles riesgos, la vergüenza, timidez y/o miedo a ser juzgado por expresar sus opiniones, sin embargo, pretendo crear un ambiente de confianza y libre expresión, donde se respeten sus opiniones. Con su participación ayudará en la creación de futuros programas educativos orientados a la familia sobre la lactancia materna, mejorando así la salud de toda la familia

Otras opciones si no participa en el estudio

Usted tiene la total libertad de participar o no en el estudio. Si decide no participar, siéntase en la libertad de poder despejar sus dudas sobre lactancia materna y encontrar información en el centro de salud que usted considere.

Derechos de los participantes



Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984947180 que pertenece a Jenniffer Fernanda Ochoa Murillo o envíe un correo electrónico a jen_ochoa@hotmail.com

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____ Nombres completos del/a participante	_____ Firma del/a participante	_____ Fecha
_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha

Comité de Bioética en
Investigación del Área de
la Salud
Universidad de Cuenca
APROBADO

Fecha:
23 SEP 2019



ANEXO 5. FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**LACTANCIA MATERNA Y FACTORES ASOCIADOS, UN ANÁLISIS CON
ENFOQUE DE FAMILIA. PARROQUIA TOTORACOCHA, 2020**

Instrucciones: una vez informada sobre el motivo de la investigación, dar clic en comenzar formulario. Existen preguntas abiertas donde se debe completar con letras y otras con números según su respuesta, preguntas de opción múltiple donde deberá seleccionar UNA opción dando clic en la casilla y respuestas de SI y NO. Todas son de contestación obligatoria para poder registrar su formulario. Finalmente debe enviar su formulario para su registro respectivo dando un clic en enviar respuesta.

Investigadora: Md. Jenniffer Ochoa Murillo

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Datos de la participante:

1.1.1 Código: _____ **1.1.2 Edad:** _____

1.1.3 Teléfono celular o convencional: _____

1.2 Ubicación o dirección del domicilio: _____

1.2.1 Calle principal: _____

1.2.2 Calle secundaria: _____ **N°:** ____

1.3 Estado civil:

Soltera (0) Casada (1) Viuda (2)

Divorciada (3) Unión libre (4)

1.4 Nivel de instrucción:

	Completa	Incompleta
Primaria	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
Secundaria	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
Tercer nivel	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)
Cuarto nivel posgrado	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)
Ninguno	<input type="checkbox"/> (0)	

1.5 Ocupación:



Ninguno (0) Estudia (1) Trabaja (2)
 Ama de casa (3) Estudia y trabaja (4)

2. ESTRUCTURA FAMILIAR

2 Conformación de la familia (integrantes: ud vive con):

3. CUESTIONARIO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. FF-SIL

	CASI NUNCA (1)	POCAS VECES (2)	A VECES (3)	MUCHAS VECES (4)	CASI SIEMPRE (5)
1. Se toman decisiones para cosas importante en la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuye las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					



11. Podemos observar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Puntaje Total: _____

Interpretación: ____

Fuente: Funcionamiento Familiar FF-SIL 2016. (20)

Elaborado por: la autora

4. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

1. ¿Qué entiende por lactancia materna exclusiva?

- a) Es dar a su bebé sólo leche materna de día y de noche por 6 meses
- b) Es dar a su bebé leche materna más agüitas por 6 meses
- c) Es dar a su bebé leche materna más leche de tarro por 6 meses
- d) Es dar a su bebé leche materna más purés.

2. ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebé?

- a) A las 4 horas de nacido
- b) Inmediatamente después del parto
- c) A las 24 horas de nacido
- d) Cuando él bebe llore de hambre por primera vez

3. El calostro (primera leche) es:

- a) Un líquido segregado por las glándulas mamarias en el embarazo y los primeros 5 días del parto
- b) Un líquido blanquecino que aparece después del embarazo
- c) La composición de la leche materna
- d) Es un líquido segregado por las glándulas mamarias a partir de la tercera semana



luego del parto

4. ¿Conoce que contiene la leche materna?

- a) Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua.
- b) Grasas, proteínas y agua
- c) Solo agua, vitaminas y minerales
- d) No tengo conocimiento del tema

5. ¿Hasta qué edad es recomendable continuar dándole de lactar a su bebé?

- a) Hasta los 2 años
- b) Hasta los 6 meses
- c) Hasta los 12 meses
- d) Hasta que ya no tenga más leche

6. ¿Por qué cree que es importante para su niño la lactancia materna?

- a) Porque lo protege de enfermedades digestivas, respiratorias, infecciones de oído y alergias.
- b) Porque se asegura un crecimiento normal y saludable para el bebé.
- c) Porque se asegura que el niño tenga una mejor capacidad de aprendizaje en el futuro.
- d) Todas las anteriores.

7. ¿Puede decirme las razones porque la lactancia materna es buena para la mamá?

- a) El útero se acomoda más rápido y da menos hemorragia después del parto
- b) Hay menos riesgos de adquirir cáncer de senos y ovarios
- c) Evita la hinchazón y dolor de los pechos
- d) Todas las anteriores

8. La lactancia materna favorece el vínculo afectivo madre- hijo proporcionando:

- a) Seguridad al bebé ya que se siente protegido por su madre.
- b) Ambos sienten satisfacción y gozo en cada mamada.



- c) Se estimula el amor en el niño, desarrollando la confianza y el apego.
- d) Todas las anteriores.

9. ¿Qué beneficios económicos tiene la lactancia materna?

- a) El niño se enferma menos y se gasta menos dinero en medicinas.
- b) No se gasta dinero en otras leches suplementarias para alimentar al bebé
- c) Las dos anteriores
- d) No tengo conocimiento del tema

10. Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea:

- a) Le suspende la lactancia materna
- b) Le da agua de arroz y otras agüitas
- c) Le da lactancia materna más suero oral
- d) Le daría pecho con mayor frecuencia.

11. ¿Cuál es la posición correcta del bebe al seno?

- a) Tomar al niño en los brazos y pegarlo al abdomen de la madre
- b) Agarrar el seno y estimular los labios del bebé para que abra la boca
- c) Introducir en la boca del niño el pezón y gran parte de la areola
- d) Todas son correctas

12. ¿Cuál es la posición correcta del acoplamiento de la boca del niño al seno materno?

- a) La boca del bebé debe estar bien abierta para que gran parte de la areola entre en ella y el pezón quede centrado dentro de su boca con la barbilla tocando el pecho y apartando la nariz
- b) La boca del bebé debe estar semiabierta para que entre en ella solo el pezón
- c) La boca del bebé debe estar cerrada y se debe introducir en la boca del bebé solo el pezón
- d) No tengo conocimiento del tema

13. ¿Cada qué tiempo debe de dar de mamar a su bebe?

- a) Cada 3 horas



- b) Cada 4 horas
- c) Cada 2 horas o a libre demanda
- d) Cada hora

14. ¿Cuánto tiempo debe tomar de cada pecho el bebé?

- a) De 05 a 10 minutos por cada pecho
- b) De 10 a 15 minutos por cada pecho
- c) De 20 a 25 minutos por cada pecho
- d) 30 minutos por cada pecho

15. ¿Cómo se sabe por qué pecho hay que empezar a dar de lactar después de que el bebé ya lactó por primera vez en el día?

- a) Empezará de dar de lactar por cualquier seno
- b) Iniciará con el seno que en la mamada anterior se dio al final
- c) Iniciará con el seno que en la mamada anterior se dio al inicio.
- d) Empezará a dar de lactar por el seno que esté más lleno.

16. ¿Cómo debe limpiarse los senos?

- a) Lavar los pezones con jabón o champú
- b) Bañarse diariamente es suficiente
- c) Desinfectar con alcohol los pezones.
- d) No es necesario limpiarlos.

17. ¿Qué debe hacer antes de dar de lactar a su niño?

- a) Consumir una buena alimentación
- b) Lavarse las manos con jabón y agua y suavizar los senos con leche materna
- c) Dormir una o dos horas para que se relaje
- d) Tomar bastante agua

18. ¿En caso de pezones agrietados que considera usted que debería hacer?

- a) Lavarse los pezones diariamente con agua tibia y jabón.
- b) Echar alcohol
- c) Aplicar un poco de leche materna luego de amamantar, dejar secar por 5 minutos.



d) A y C

19. ¿Cuál es el problema más frecuente que se presenta cuando no hay una adecuada técnica de amamantamiento?

- a) Heridas en los pezones
- b) Pezones adoloridos
- c) Conductos obstruidos
- d) Todas las anteriores

20. ¿Cuál es el problema más frecuente que se presenta en la madre cuando el niño no se ha puesto a mamar desde el nacimiento y que no mama a demanda?

- a) Mastitis (infección a las mamas)
- b) Ingurgitación mamaria
- c) Dolor y fiebre
- d) No tengo conocimiento del tema

21. Si usted trabajara o estuviera fuera de casa ¿Cómo debe de alimentar al bebé?

- a) Tendría que darle leche artificial.
- b) Le daría leche materna mientras esté con él bebe y leche artificial cuando se separe de él.
- c) Tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.
- d) Tendría que darle leche de tarro en biberón.

22. ¿Sabe Ud. cómo se realiza la extracción de leche materna manualmente?

- a) Se extrae con la pezonera
- b) Se inicia con masajes colocando la mano en forma de "C" empujando los dedos pulgar e índice hacia el tórax
- c) Consiste en presionar el seno fuertemente hasta que salga leche
- d) Todas las anteriores

23. ¿Cómo se debe almacenar la leche materna extraída?



- a) En recipientes de vidrio previamente hervidos con tapa en la refrigeradora o en lugar fresco.
- b) En botellas de plástico
- c) En una jarra fuera del refrigerador
- d) En cualquier recipiente y lugar.

24. La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:

- a) 2 - 4 horas
- b) 5 – 6 horas
- c) 24 horas
- d) 48 horas

25. ¿Cómo se debe calentar la leche extraída?

- a) En el horno microondas
- b) A fuego directo en la cocina
- c) En un recipiente con agua caliente (baño maría)
- d) No tengo conocimiento del tema

Puntaje: _____

Interpretación: _____

Fuente: Conocimiento y práctica sobre lactancia materna 2015. (41)

Elaborado por: la autora

5. PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA	
5.1 Edad del lactante:	5.2 ¿Cuánto tiempo después de que nació empezó a darle el pecho?
Años _____	Inmediatamente después del nacimiento (después del parto)
Meses _____	↑(0)
	Entre una hora y menos de 24 horas
	Más de un día
	↑(1)
	↑(2)
5.3 En los primero tres días del nacimiento, ¿le dio algo de beber, aparte de su pecho?	5.4 ¿Cuáles?
	Agua simple/sola
	↑
	(1)
	Agua con azúcar, miel
	↑



No	↑(0) <i>pase a la pregunta</i>	(2)	
5.5		Suero casero (agua con sal y azúcar)	↑
Si	↑(1) <i>pase a la siguiente pregunta</i>	(3)	
		Té u otra infusión	↑(4)
		Miel sola	↑
		(5)	
		Leche (que no fuera de pecho ni fórmula)	↑
		(6)	
		Fórmula	↑
		(7)	
		Jugo de fruta	↑(8)
		Otro (especifique)_____	↑
		(9)	
5.5 ¿Aún le da pecho?		5.6 ¿Le da pecho a su bebé cada vez que lo pide?, es decir, ¿a libre demanda?	
No	↑ (0) <i>pase a la pregunta</i>	No	↑ (0) Si ↑ (1)
5.7			
Si	↑ (1) <i>pase a la siguiente pregunta</i>		
5.7 ¿Cuántos meses amamantó a su hijo/a? Meses:			

5.8 ¿Alguna vez lo alimentó con fórmula infantil?			
No	↑(0) <i>Usted a finalizado el formulario</i>	Si	↑(1) <i>pase a la siguiente pregunta</i>



5.9 ¿Por qué decidió alimentarlo con fórmula infantil?

Se quedó sin leche	↑(1)
Se enfermó y no pudo amamantar	
↑(2)	
Decidió alimentarlo(a) solo con fórmula	↑(3)
Decidió amamantarlo(a) y también darle fórmula	
↑(4)	
Eligió la misma fórmula con la que alimentaron a su hijo(a) en el hospital	
↑(5)	
Escuchó que la fórmula es mejor para su hijo(a)	
↑(6)	
Vio anunciada la fórmula y quiso probarla	
↑(7)	
Su hijo(a) tenía un problema de salud y encontró una fórmula que parecía	
↑(8)	
ser el alimento adecuado	
Eligió la misma fórmula con la que alimentó a su hijo(a) mayor	
↑(9)	
El doctor u otro profesional de la salud le recomendó la fórmula	
↑(10)	
Porque se la recomendaron amigos o familiares	
↑(11)	
Otros (especifica) _____	
↑(12)	

Fuente: INEC/ENSANUT 2018 (42)

Elaborado por: la autora