



**Departamento de Posgrado**

**Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria**

**INCUMPLIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**

**Y SU RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA FAMILIAR, EL VALLE, AZUAY – 2018.**

**Trabajo de graduación previo a la obtención de título de Especialista en  
Medicina Familiar y Comunitaria.**

**Autor: Md. Cristhian Bolívar Illescas Campoverde.**

**Director: Dra. Diana Victoria López Sigüenza.**

**Cuenca – Ecuador.**

**2019**

**Agradecimientos:**

En primer lugar, agradezco a la Universidad del Azuay por brindarme la oportunidad de formación médica de cuarto nivel dentro de sus instalaciones y por el apoyo brindado a la especialidad de medicina familiar y comunitaria.

Un agradecimiento especial a mi directora de tesis, Dra. Diana López, quién me ha acompañado en la realización del presente estudio.

Además, exalto al personal médico que labora en el centro de salud “El Valle”, quienes han colaborado con la ejecución de la investigación.

**Índice de contenido:**

Agradecimientos: .....	ii
Índice de contenido: .....	iii
Índice de tablas: .....	iii
Índice de gráficos: .....	iv
Índice de anexos: .....	iv
Título: .....	1
Resumen y Abstract .....	1
1. Introducción: .....	3
2. Objetivos .....	4
3. El problema de investigación. ....	5
4. Marco teórico.....	8
5. Hipótesis.....	16
6. Materiales y métodos: .....	17
7. Resultados: .....	21
8. Discusión.....	30
9. Conclusiones.....	33
10.Recomendaciones .....	35
11.Referencias Bibliográficas: .....	36
12.Anexos. ....	44

**Índice de tablas:**

Tabla 1. Edad materna, ocupación, escolaridad, estado civil, paridad, tipo de parto, sexo del lactante y su relación con el incumplimiento de la lactancia materna.....	22
Tabla 2. Cuando recibió las orientaciones sobre lactancia materna exclusiva.....	25
Tabla 3. Relación de lactancia materna exclusiva y estructura familiar en niños de 4 meses.....	28
Tabla 4. Relación de lactancia materna exclusiva y estructura familiar en niños de 5 meses.....	28
Tabla 5. Relación de lactancia materna exclusiva y estructura familiar en niños de 6 meses.....	29
Tabla 6. Características sociodemográficas de las madres (n=190).....	50

**Índice de gráficos:**

Gráfico 1. Parroquia “El Valle”.....	17
Gráfico 2. Incumplimiento de la lactancia materna exclusiva por rangos de edad.....	26
Gráfico 3. Edad de inicio de la leche artificial.....	27
Gráfico 4. Tipología familiar según su estructura.....	29
Gráfico 5. Lactancia materna en niños de 4 meses.....	52
Gráfico 6. Lactancia materna en niños de 5 meses.....	52

**Índice de anexos.**

Anexo 1.- Operacionalización de las variables.....	44
Anexo 2.- Instrumento aplicado.....	48
Anexo 3.- Tabla 6.....	50
Anexo 4.- Gráficos 5 y 6.....	52

**INCUMPLIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y SU RELACIÓN CON LA  
ESTRUCTURA FAMILIAR, EL VALLE, AZUAY – 2018.**

**Resumen y Abstract.**

**Resumen:**

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida como una de las maneras más efectivas para asegurar la salud del niño y su supervivencia. El objetivo del presente estudio es determinar el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva y su relación con la estructura familiar, para lo cual se aplicó una encuesta a 190 mujeres con hijos en edades comprendidas entre los 4 a 12 meses de edad que pertenecen a la parroquia rural “El Valle” del cantón Cuenca. Los resultados nos permitieron señalar que existe asociación entre el incumplimiento y la estructura familiar en los niños de 6 a 12 meses de edad, observando la mayor tasa de incumplimiento en las familias extensas, en las cuales 7 de cada 10 niños no fue alimentado con seno materno exclusivo, mientras que en las familias nucleares biparentales el incumplimiento disminuyó a 4 de cada 10 niños.

**BREACH OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING AND ITS RELATIONSHIP  
WITH FAMILY STRUCTURE, EL VALLE, AZUAY - 2018.**

Abstract

The WHO (World Health Organization) recommends exclusive breastfeeding during the first six months of life as one of the most effective ways to ensure the child's health and survival. This study aimed to determine the breach of exclusive breastfeeding and its relationship with the family structure. A survey was applied to 190 women with children aged between 4 and 12 months belonging to the rural parish "El Valle", Cuenca. The results allowed the researchers to conclude that there is an association between breach in breastfeeding and family structure in children between 6 to 12 months of age. It was observed that the highest rate of non-compliance was present in extended families, in which 7 out of 10 children were not exclusively breastfed, while in the two-parent nuclear families the breach decreased to 4 out of 10 children.



*Magali Arteaga*  
Translated by

Mg. Magali Arteaga

**Palabras clave:** Lactancia materna. Tipo de familia. Incumplimiento. Amamantamiento.

## 1. Introducción:

En el contexto mundial diferentes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reconocen y recomiendan la práctica de la lactancia materna (LM) como uno de los factores que más contribuyen con la salud y la alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años (Figuera, Latorre y Carreño, 2011).

Según datos de la Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2014, se desprende que, en Ecuador durante el primer mes de vida, 52.4% de los niños se alimentaron exclusivamente con leche materna; pero para el grupo de niños de 2 a 3 meses de edad, la proporción de niños que se alimentaron exclusivamente con leche materna bajo al 48%, y entre los niños de 4 a 5 meses, alcanzó solo al 34.7%. Esto implica que ya al nacer uno de cada dos niños, no se alimentó con la leche de la madre de forma exclusiva (Freire, et al., 2014).

Actualmente, en nuestro país se fomenta la lactancia materna exclusiva (LME) en todos los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, por lo cual se espera que las cifras de incumplimiento sean menores a las señaladas, además se conoce que dentro de las comunidades rurales, existe un mayor número de familias extensas, lo cual pudiera verse reflejado en la mayor proporción de niños del área rural que accedieron a lactancia materna exclusiva, en comparación con los niños del área urbana.

El objetivo principal del presente estudio fue determinar la tasa de incumplimiento de la lactancia materna exclusiva y su relación con la estructura familiar, para alcanzar dicho objetivo se realizó un estudio transversal analítico con niños entre 4 a 12 meses de edad de la parroquia El Valle, se recopiló las encuestas durante 6 meses, desde marzo hasta septiembre del año 2018 y con los datos recolectados se procedió a realizar el análisis correspondiente.

## 2. Objetivos

### **Objetivo General:**

- Determinar el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva y su relación con la estructura familiar.

### **Objetivos específicos:**

- Determinar los conocimientos previos sobre lactancia materna en las mujeres encuestadas.
- Establecer como los factores de edad materna, ocupación, instrucción, estado civil, sexo del lactante, paridad, tipo de parto, se relacionan con la lactancia materna.



### **3. El problema de investigación.**

La leche materna es considerada el alimento ideal e insustituible para el recién nacido, porque es la fuente de todos los nutrientes y otros numerosos componentes que necesita para su óptimo crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas del crecimiento, recordando que la leche tiene diferentes composiciones según los requerimientos del lactante. Esta diferenciación en la composición de la leche se debe a un proceso de adaptación que experimenta, con el fin de asegurar al niño los nutrientes y sustancias activas que necesita en las diferentes etapas de su crecimiento. Estas características hacen que la leche materna difiera de la leche de vaca fresca y procesada, sobre todo en la concentración de proteínas y grasas, por lo que se define a la leche materna como el único y mejor alimento completo para el niño durante sus seis primeros meses de vida y necesario hasta los 2 años.

Los niños alimentados exclusivamente con leche materna tienen la mitad de los episodios de otitis media aguda, menos infecciones del tracto urinario y menos sepsis en bebés prematuros que aquellos que son alimentados con leche de fórmula. Existen estudios que sugieren que la lactancia materna protege al bebé del síndrome de muerte súbita, en comparación con los niños que toman leche de fórmula y que presentan un riesgo cinco veces mayor. Niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses tienen por lo menos 2.5 veces menos episodios de enfermedad, 25 veces menos la probabilidad de morir de diarrea, y tres veces menos la probabilidad de morir por infecciones respiratorias, que aquellos niños que se alimentan con leche sustituta. (Freire, et al., 2014).

La leche materna también ofrece beneficios para la madre, porque reduce el riesgo de sangrado uterino durante las tres fases del puerperio, ayuda a la involución uterina, es un mecanismo natural de planificación familiar, reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario, ayuda a que la madre regrese a su peso anterior al embarazo, disminuyendo el riesgo de obesidad y sobre todo ocasiona un gran ahorro para la economía familiar.

La OMS indica que las prácticas inadecuadas de lactancia, especialmente la no exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, provocan el 10 % de la “carga” de enfermedades entre menores de 5 años. A pesar de los beneficios de la LM, la tasa de lactancia exclusiva entre los lactantes hasta los seis meses es menor al 40%. En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud declaró entre los seis objetivos mundiales, el aumento de las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida al menos hasta el 50% hacia 2025. En realidad, la tasa de lactancia materna exclusiva aumentó de aproximadamente el 14% al 38% entre 1985 y 1995, pero luego disminuyó en muchas regiones del mundo (Baydar, et al., 2016). En Ecuador, según datos publicados por Freire et al. (2014) afirma que en las zonas rurales la tasa de incumplimiento de la lactancia materna exclusiva fue del 41.1%, mientras en las zonas urbanas alcanzó un 64.1%.

En el establecimiento de salud de la parroquia el Valle, perteneciente al cantón Cuenca, se fomenta la lactancia materna exclusiva desde el control prenatal, además se cumple con la ley del código de sucedáneos, con lo cual se desalienta la prescripción de leche de fórmula o el uso de productos patrocinados por las industrias al personal dentro del establecimiento, por lo cual es clara la posición del personal de salud en rechazar enfáticamente todo tipo de campañas que promulguen el uso de leches artificiales. Por lo mencionado, se esperaría una tasa de cumplimiento de la LME muy alta, sin embargo se ha podido observar que la realidad es muy distinta, debido a que los medios de comunicación y la modernidad, señalan a las madres que la leche artificial es el mejor alimento para sus hijos, incluso genera un estatus social alimentar a los hijos con la leche de fórmula de mayor costo.

Los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre LME, están relacionadas de forma directa por la educación que han recibido principalmente dentro de sus familias, por lo cual se pretende identificar a las familias y clasificarlas en base a la estructura de cada una de ellas. La tipología familiar, influenciada por la modernidad, ha determinado que existan principalmente tres tipos de familias en la muestra estudiada, son las nucleares, extensas y ampliadas.

Actualmente se desconoce cuál es la realidad de la parroquia “El Valle” con respecto al incumplimiento de la lactancia materna, debido a que no se ha realizado un estudio específico sobre el problema planteado, tomando en cuenta que la población al ser mestiza e indígena, tienen componentes culturales entremezclados, sumando a lo señalado la aculturación, fruto de la migración y la información sesgada que brindan los medios de comunicación.

Además se pretende determinar la relación existente entre el incumplimiento de la LME y el tipo de familia al cual pertenece el lactante, para identificar si la presencia de los abuelos dentro de las familias extensas ofrecen un mayor beneficio con respecto a la práctica del acto de amamantar de forma libre y natural, costumbre que actualmente se ha perdido en las familias nucleares de las grandes ciudades, en donde incluso el hecho de dar de comer al bebe en un lugar distinto al hogar, es considerado una falta de educación y un irrespeto al resto de ciudadanos que circulan o comparten un espacio público.

#### 4. Marco teórico.

##### **Antecedentes.**

La OMS recomienda la lactancia materna como la mejor fuente de nutrición para lactantes y niños pequeños. La LME durante los primeros seis meses es una de las maneras más efectivas de asegurar la salud del niño y su supervivencia. Si todos los bebés de menos de seis meses fueran amamantados exclusivamente, se estima que se salvarían cerca de 820000 vidas de niños anualmente. En la actualidad, sin embargo, en todo el mundo sólo el 40% de los bebés de menos de seis meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna (Victora, et al., 2016)

En relación con el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva, la decisión de la madre no es el único factor que influye en la finalización anticipada de la lactancia materna; otros factores que influyen son dolor en los pezones, congestión mamaria, agitación del lactante, dudas acerca de tener suficiente leche materna y las creencias acerca de la finalización anticipada de la lactancia a nivel social. Otra de las razones principales es la falta de conocimiento de los profesionales de la salud a la hora de abordar con las madres los problemas relacionados con la lactancia. (Baydar, et al., 2016).

La lactancia es multifactorial en la naturaleza. Varios factores están asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna entre las mujeres occidentales. En un estudio realizado en la parte Oeste de Dinamarca, casi todas las madres incluidas (98.7%) comenzaron a amamantar después del nacimiento. Diecisiete semanas después del parto un 59% de las madres seguían amamantando exclusivamente; 51% de los que pararon durante el período de estudio lo hizo dentro de las primeras cinco semanas después del parto. La duración de la lactancia materna fue más larga para mujeres multíparas ( $p \sim 0.03$ ). La información sobre la lactancia materna también estuvo disponible para las madres que no devolvieron el cuestionario. Todos empezaron a amamantar, pero la tasa de cesación fue significativamente mayor entre las que se abstuvieron de llenar el cuestionario. Finalmente, la proporción global de mujeres que

amamantan después de 17 semanas se redujo ligeramente de 58.8% a 57.1%. Con los datos mencionados podemos observar que la frecuencia de la lactancia materna es relativamente alta en Dinamarca, para ayudar a las madres restantes a que amamanten a su bebé, se debe mejorar la capacidad para identificar a las madres en riesgo de cese precoz. La escolarización, su intención, autoeficacia, experiencia anterior y el conocimiento de la lactancia materna son factores predictivos del cese temprano de la lactancia materna. (Kronborg and Væth, 2004).

Según el estudio de Prácticas de Alimentación Infantil II, una encuesta nacional longitudinal estadounidense que siguió díadas materno-infantiles desde el embarazo hasta 1 año después del parto. La regresión bivariada y multivariada examinó el grado en el cual el fuerte valor materno de la lactancia materna exclusiva predijo la duración exclusiva de la lactancia materna. De las 1.799 mujeres que prenatalmente intentaron amamantar exclusivamente durante las primeras semanas posparto, el 34 % lo lograron durante al menos 3 meses, Treinta y seis por ciento de las mujeres reportaron valorar fuertemente la lactancia materna exclusiva, de las cuales 46% amamantaron exclusivamente a tres meses. (Kronborg et al., 2004.) El consumo de leche de fórmula aumenta y también lo hace la alimentación con alimentos sólidos, en un estudio realizado en EE. UU. se obtuvo que 11.9% de los niños recibieron suplementos y alimentos sólidos a los 2 meses de edad, 41.2% a los 4 meses y 73.1% a los 5 meses. (Karmaus, Soto y Zhang, 2017).

En un estudio realizado en Medellín, Colombia, se determinó que el conocimiento que tienen las madres sobre la importancia de la lactancia materna no es una de las razones fundamentales para que se dé el abandono temprano de la lactancia materna. (López, Martínez y Zapata, 2013). La iniciativa Baby-Friendly Hospital (BFH) ha llevado a un aumento en las tasas y la duración de la lactancia materna en todo el mundo, pero poco se sabe acerca de si los efectos beneficiosos persisten más allá de las instalaciones. En dicho estudio transversal, el promedio de duración de la lactancia materna exclusiva fue 13,1 semanas, intervalo de confianza del 95% [12,0, 17,4]). La lactancia materna exclusiva se asoció con un alto cumplimiento de las prácticas monitoreadas en BFH actuales (Spaeth, Zemp, Merten y Dratva, 2018).

Según un estudio realizado en Mayabeque, Cuba, para evaluar las características de la familia, su funcionamiento familiar y su relación con el tiempo de lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida de los lactantes se obtuvo que, al cuarto mes de vida de los lactantes estudiados, solo el 46,6 % la disfrutaba, a pesar de que en el primer mes esta cifra fue del 98,3 %, y descendió muy rápidamente hasta alcanzar solo un 16,6 % al sexto mes. Al clasificar las familias según su estructura, 50 % pertenecían a familias extensas, el 36,6 % formaban parte de familias nucleares, y solo 13,3 % eran miembros de familias ampliadas. (Pérez, Reyes y Hernández, 2016). La LME en relación con la estructura de las familias, señaló que de los 30 lactantes que correspondían a familias extensas, el 96,6 % comenzó con LME, pero estas cifras descendieron muy rápidamente, y al cuarto mes solo el 40 % la conservaba. En ese momento los lactantes que pertenecían a familias ampliadas lograban cifras de LME del 50 %, y los pertenecientes a familias nucleares lograban las mejores cifras, con el 54,5 %.

En un estudio transversal realizado en los tres centros públicos de salud primaria en León, Nicaragua, se obtuvo que tan solo el 12,67% cumplió con la lactancia materna exclusiva. (Kiani , Rich, Herkert, Safon, y Pérez, 2017). Entre la muestra total (n = 250), el 0,8% de las madres informaron nunca iniciar la lactancia materna y 68.80% de las madres iniciaron la lactancia materna dentro de 1 hora después del nacimiento. Del total de la muestra, el 1,2% de las madres no respondieron a preguntas de modo de parto o la lactancia materna

En un estudio de cohorte no concurrente, en el cual la población estudiada fueron madres residentes de Bucaramanga, Colombia, seleccionadas al azar de la base de datos de nacidos vivos de la Secretaría de Salud y del Ambiente, se obtuvo que las edades de las madres presentaron una mediana de 25,8 años (Rango: 14 – 41 años). La mediana de años de escolaridad de las madres fue 11 años (Rango: 1 – 18 años). Los niños evaluados presentaron una mediana de 39 semanas de edad gestacional al momento del nacimiento (Rango: 37 – 42 semanas). La mediana del peso al nacer fue de 3.300 g (Rango: 2029 –5400

gramos), una mediana de la talla de 51 cm (Rango: 45 – 57,5 cm) y una mediana de 18 meses de edad al momento de realizarse la entrevista a la madre (Rango: 7 – 36 meses). El 46,6% de los infantes fueron de género femenino y el 56,9% recibió LM en la primera hora de nacido. El tiempo menor de duración de la LME en los 206 binomios madre-hijo fue de un mes, mientras el mayor fue de 12 meses. La mediana del tiempo de duración de la LME fue de dos meses con rango Inter cuartil de tres. En la cohorte se presentaron 198 abandonos de la LME durante los primeros seis meses de vida del niño, es decir el cumplimiento de la LME alcanzó un 3.88%. (Figuera, Latorre y Carreño, 2011).

Con relación a los factores que intervienen en el cumplimiento de la lactancia materna se puede señalar que es importante centrarse en lo modificable. Factores asociados con la lactancia prolongada: Intención de amamantamiento, autoeficacia y apoyo social. Sólo un estudio intervencionista ha examinado una estrategia específica para aumentar la intención de amamantar (el predictor más fuerte en la duración de la lactancia materna). Por tanto, los estudios existentes sugieren que las intervenciones dirigidas a aumentar la intención de las mujeres para cumplir con la lactancia materna exclusiva deben involucrar a las mujeres, su pareja y sus redes sociales más amplias. (Meedya, Fahy y Kable, 2010).

En Ecuador, Freire et al. (2014) señaló que el inicio temprano de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento solo se efectuó en el 54.6% de los niños menores de 24 meses. También se desprende que no hay una diferencia significativa entre los menores de 12 meses, y los mayores de 12 a menores de 24 meses. Estos datos también indican que un poco menos de la mitad de los niños no iniciaron la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento, lo que constituye riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal, ya que no reciben de forma inmediata la primera leche, el calostro, que contiene los nutrientes y otros factores esenciales, así como los anticuerpos que fortalecen el sistema inmune del recién nacido, reduciendo el riesgo de enfermedad y muerte. Además, se indicó que, al mes de vida, 52.4% de los niños se alimentaron exclusivamente con leche materna; pero para el grupo de niños de 2 a 3 meses de edad, la proporción de niños que se alimentaron exclusivamente con leche materna bajo al 48%, y entre los niños de 4 a 5 meses, alcanzo solo al 34.7%. Esto implica que ya

al nacer uno de cada dos niños no se alimentó con la leche de la madre de forma exclusiva y que, para el cuarto mes, cuando debían continuar con la lactancia materna exclusiva, la proporción fue aún menor. (Freire, et al., 2014). Así mismo se señala en la publicación recién mencionada que al analizar la lactancia materna exclusiva por el nivel de instrucción de la madre, en Ecuador a medida que se incrementa el nivel de instrucción de las madres, la proporción de madres que amamantaron a sus hijos disminuye, alcanzando un 12,3 % de incumplimiento en mujeres con bachillerato ( $n = 481$ ) y 17,5 % en mujeres con estudios universitarios y de posgrado ( $n = 481$ ). Estos resultados se contraponen con datos de países más desarrollados, en donde se muestra que, a mayor nivel de educación de la madre, mayor la proporción de niños que reciben leche materna en forma exclusiva (Ummarino et al., 2003).

En un estudio realizado en el Azuay en el centro de salud número 1 “Pumapungo” en el año 2014, se obtuvo que tan solo 20% de las adolescentes han recibido capacitación sobre la lactancia materna. El 72% tienen conocimientos insuficientes sobre el valor nutricional de la leche de fórmula y un 42% considera que la lactancia materna exclusiva se cumple antes de los 4 meses. (Campoverde y Chocho, 2014).

### **Soporte teórico.**

En las primeras etapas de la vida el inicio de la LM es un aspecto fundamental, pero su utilización se convierte en muchas ocasiones en un dilema, está determinada por deseos, aptitudes y conocimientos, sobre todo, por parte de la madre; aunque, mediada por diferentes factores socioeconómicos y familiares, según ha sido expresado en diferentes investigaciones. (Lemus y Baez, 2008). La lactancia materna es reconocida como el alimento ideal para el desarrollo del cerebro en etapas tempranas, lo que se demuestra con puntajes del cociente de inteligencia entre 7 y 10, por encima de los controles no amamantados, se considera indispensable en los 6 primeros meses de vida. (Herrera, S. 2008).

La gran mayoría de madres pueden y deberían amamantar a sus hijos, del mismo modo que la gran mayoría de los lactantes pueden y deberían ser amamantados. Solo en circunstancias excepcionales se



considera a la leche de la madre inadecuada para un lactante. Las prácticas inadecuadas de lactancia materna son uno de los factores de riesgo, de enfermedad y de muerte en la primera infancia, por ello la leche materna es considerada el alimento ideal e insustituible para el recién nacido, porque es la fuente de todos los nutrientes y otros numerosos componentes que necesita para su óptimo crecimiento y desarrollo. Además de ser un alimento completo, contiene anticuerpos que ayudan a proteger al niño de las enfermedades propias de la infancia (diarrea y enfermedades respiratorias), y sus beneficios alcanzan las edades mayores (Freire, et al., 2014).

La leche es un fluido complejo; está formado por lípidos, proteínas, hidratos de carbono, vitaminas y factores inmunológicos (Hassiotou y Geddes, 2012). Es producida por la glándula mamaria, que, a diferencia de otros órganos, se desarrolla de forma más compleja tras el nacimiento, especialmente durante la pubertad. El contenido celular de la leche depende de varios factores, como la plenitud de la glándula mamaria, la etapa de la lactancia, el estado de salud de la diada madre/bebé, la permeabilidad de la membrana basal y el desarrollo del epitelio mamario (Hassiotou, Geddes y Hartmann, 2013). Esto quiere decir que existe una gran heterogeneidad en la composición de la leche de una mujer a otra, y que se modifica al adaptarse a las necesidades de su bebé.

El hidrato de carbono más importante de la leche humana es la lactosa, disacárido compuesto por glucosa y galactosa, que representa el 90% del total de hidratos de carbono de la leche materna. Los oligosacáridos, por su parte, abundan más en la leche humana que en la de vaca y tienen un importante efecto bacteriostático, al inhibir la adhesión bacteriana y vírica a la superficie epitelial. La lactasa está localizada en las vellosidades intestinales y su función es hidrolizar la lactosa para facilitar la absorción del calcio. La galactosa es un carbohidrato imprescindible para la elaboración de galactolípidos, esenciales a su vez para el correcto desarrollo del sistema nervioso central. La leche humana madura tiene un componente proteico pequeño en comparación con la leche de otros animales. Las proteínas de la leche de la mujer son homólogas, por lo que disminuye el riesgo de reacciones alérgicas, a diferencia de lo que ocurre con la leche de vaca.

En las proteínas de la leche materna se pueden distinguir varios compuestos, como la caseína y la seroalbúmina. El nitrógeno no proteico (NNP) se encuentra en grandes cantidades en la leche de la mujer y su concentración depende de la dieta materna y del tiempo de lactancia. La urea es su componente principal, pues constituye el 40% del NNP. Los nucleótidos forman entre el 10% y el 20% del NNP de la leche materna. Aunque su función no es del todo conocida, se sabe que inciden en la inmunidad humoral y celular, así como en el crecimiento del sistema gastrointestinal. Otras proteínas presentes en la leche materna son la carnitina, la taurina y aminoácidos libres y péptidos, en menor proporción. Dentro de los componentes de la leche se puede afirmar que los lípidos y los factores inmunológicos son variables y sensibles al cambio, ya sea por factores internos o por factores externos. La grasa constituye uno de los componentes más importantes y variables de la leche humana, ya que proporciona el 45-55% de la energía total que recibe el lactante. (Thakkar et al., 2013). Algunos estudios apuntan que la cantidad de lípidos de la leche es dependiente de la grasa acumulada durante la gestación, aunque una parte de ellos, como los ácidos grasos, pueden verse influidos por la dieta materna o por su peso corporal. (Nishimura et al., 2014).

Por otro lado, existen diferencias en la concentración de anticuerpos de la leche humana, entre los que se encuentran IgM e IgG, con valores más bajos, en los que la Inmunoglobulina A secretora (IgAs) es el anticuerpo principal que proporciona inmunidad al lactante, lo que indica la existencia de un vínculo inmunológico entre madre e hijo. (Soto, et al., 2012) En este sentido, otro de los compuestos objeto de la investigación actual se centra en la lactoferrina, secretada a través de la leche y cuya función consiste en conferir inmunidad en la vida temprana, mientras el propio sistema inmune del bebé se hace competente. (Breakey, Hinde, Vallengia, Sinofsky y Ellison, 2015).

Las primeras asociaciones espontáneas de la lactancia materna están relacionadas principalmente con el vínculo emocional entre madre e hijo como sinónimos de amor, calidez, ternura, afecto y crianza. Es el amor convertido en alimento. (BouDiab y Werle, 2018). Para alcanzar dicho objetivo, la familia es el pilar en la crianza de los niños. La familia es determinante para el inicio, el éxito y la duración de la lactancia materna, puesto que es el referente de la madre y le puede ofrecer las herramientas para garantizar el

derecho a la alimentación adecuada que tiene su hijo. En ese sentido, es fundamental que los programas y proyectos que apoyen, promuevan y protejan la lactancia tengan en cuenta el entorno laboral, educativo y familiar de la madre, de manera que se extienda la educación a estos niveles y se promueva una información adecuada a las personas que rodean a la madre. De igual forma, se den las condiciones favorables para la lactancia en los lugares en que la madre desempeña otros roles como mujer, y la generación de sentimientos y actitudes apropiados en torno a la lactancia que generen responsabilidad social a su favor. (Becerra Bulla, 2015).

## 5. Hipótesis

- **Nula:** La estructura familiar no influye en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva.
- **Alternativa:** La lactancia materna exclusiva se encuentra asociada a la estructura familiar.

## 6. Materiales y métodos:

### Diseño metodológico.

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo en mujeres con hijos de cuatro hasta los doce meses de edad, en la parroquia El Valle. Es importante conocer sobre el contexto del estudio, por lo cual me permito señalar que la parroquia el Valle se localiza en la Provincia del Azuay y pertenece al cantón Cuenca, se encuentra ubicada en la parte sureste del cantón, colindando con el límite urbano de la ciudad de Cuenca, a una altura aproximada de 2600 metros sobre el nivel del mar; su centro parroquial se ubica a 5 kilómetros de distancia de la ciudad de Cuenca. La población proyectada para el año 2019 se estima que alcance los 30094 habitantes, personas que habitan 67 comunidades y para las cuales el MSP brinda atención médica de promoción, prevención, curación y rehabilitación, a través de su establecimiento de salud, ubicado en el centro parroquial, junto al mercado. (ver gráfico 1).

### Gráfico 1.

#### *Fotografía de la parroquia El Valle.*



Foto obtenida de Revista Cuenca Ilustre

Autor: Ing. Patricio Miller.

**Especificación de variables:**

Las variables principales determinan el incumplimiento de la lactancia materna, recordando que una lactancia materna exclusiva consiste en el amamantamiento sin ningún otro alimento hasta los 6 meses de vida. Por otro lado, el tipo de familia según estructura hace referencia a las personas que viven bajo el mismo techo y comen de la misma olla, siendo clasificadas en familias nucleares, extensas y ampliadas, sin encontrar otra tipología familiar en la muestra obtenida.

Para mayor detalle de las variables estudiadas, se agrega la operacionalización de las variables en Anexo 1.

**Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, en el periodo comprendido desde enero hasta diciembre del año 2018.

**Unidad de análisis.**

La unidad de análisis del presente estudio son las madres con niños en edades comprendidas entre los 4 a 12 meses, que son valoradas en la consulta intramural y extramural del centro de salud “El Valle”, en el periodo comprendido entre enero a diciembre del año 2018.

**Universo:**

Mujeres con niños menores de 1 año: 470 mujeres pertenecientes a la parroquia El Valle, Azuay. Dato otorgado por el distrito 01D02 de la zonal 06, en base a las estimaciones poblacionales basadas según el último censo realizado en el año 2010.

### **Muestra:**

Para el cálculo de la muestra se utilizó el estudio realizado por Kronborg sobre los factores psicosociales en la duración de la lactancia en Dinamarca - 2004, en donde el factor educación de la madre (ninguna) fue del 22, 7% con un nivel de confianza del 95%, error del 5%, y tras ingresar los datos al programa SPSS, la muestra es de 173 mujeres, más 10% de perdida, dando como tamaño muestral, 190 mujeres con niños menores de 1 año.

La muestra fue obtenida en 6 meses, aplicando los criterios de inclusión, obteniendo una muestra similar al cálculo preestablecido. Los criterios de exclusión fueron aplicados antes de la elaboración de cada encuesta.

### **Criterios de selección:**

#### **Criterios de inclusión**

- Mujeres con niños lactantes desde los 4 meses hasta 12 meses.
- Aceptación de realizar la encuesta previo consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión:**

- Madres que acudan con sus hijos fuera del periodo de la realización del estudio.
- Madres que pertenezcan a otra parroquia.

Los resultados del presente estudio son aplicables en las madres con hijos menores de un año que pertenecen a la parroquia El Valle.

### **Instrumentación**

Se utilizó una encuesta de 14 variables, la misma puede observarse en Anexo 2.

Fue validada mediante una prueba piloto en el periodo de julio a diciembre del 2017, tras ser aplicada al 10% de la muestra total, en un universo distinto al del estudio (mujeres que acudieron a recibir atención en la fundación Pablo Jaramillo, perteneciente al cantón Cuenca). Luego de obtener los datos y tras realizar un análisis del instrumento, se procedió a realizar las modificaciones pertinentes en cada uno de los ítems con los cuales se tuvo inconvenientes.

Posteriormente en el periodo de abril a septiembre del año 2018, las encuestas fueron aplicadas en la atención intramural (consultorios y departamento de vacunación) y en la atención extramural.

### **Procedimientos**

El levantamiento de la información mediante las encuestas fue realizado en su mayor parte por el autor del estudio, también se recibió ayuda de los médicos rurales y un médico tratante del establecimiento de salud, los mismos que fueron capacitados en tres momentos (dos ocasiones en forma personal y una ocasión en forma grupal) en el mes de marzo del año 2018, sobre las variables y la finalidad del presente estudio. Cada encuesta fue elaborada previo consentimiento informado, dando a conocer la finalidad de esta y respetando la autonomía de cada madre, fue firmada por cada participante en la primera hoja, como constancia de su aceptación del instrumento aplicado. Las mujeres que recibieron atención y pertenecen al grupo de análisis, fueron encuestadas en su totalidad en el periodo de la recolección de la muestra, salvo las que no autorizaron la aplicación del instrumento, obteniendo la muestra de 190 mujeres con niños en las edades comprendidas para ingresar en el estudio, pocos días antes de finalizar el mes de septiembre.

La construcción de la base de datos se lo realizó en el programa SPSS y Microsoft Excel. El análisis e interpretación de los datos se desarrolló mediante la elaboración de tablas, gráficos simples y el análisis correlacional entre las dos principales variables del estudio mediante chi cuadrado y nivel de significancia.



## 7. Resultados:

Se realizaron 190 encuestas en atención intra y extramural, sin eliminación de ninguna encuesta. Las madres tenían una mediana de edad de  $26 \pm 6,03$  años, la mayor proporción tenía educación básica. Hubo un 43,7 % de mujeres primíparas con niños lactantes, con un porcentaje de 48,9 % de madres casadas. La mayor parte de las madres encuestadas trabajaba en el hogar, y tan solo 5.8 % de las madres eran exclusivamente estudiantes. Casi una tercera parte de los partos fue por cesárea. Todo lo señalado puede ser analizado en la tabla 6 disponible en Anexo 3, que realza las características sociodemográficas estudiadas.

En el análisis de los factores como edad materna, ocupación, instrucción, estado civil, sexo del lactante, paridad, tipo de parto y su relación con la lactancia materna, se consideró a toda la muestra, siendo comparada la edad del lactante y hasta que edad le dio solo pecho como criterio para determinar si ha cumplido o no con la lactancia materna, la información se encuentra recopilada en la tabla 1. Con relación a la edad de las madres y el incumplimiento de la LM, podemos indicar que no se determinó asociación entre estas dos variables ( $\chi^2 = 7,68$ ;  $p = 0,104$ ); con respecto a la relación entre ocupación e incumplimiento de la LM podemos señalar que, si existió asociación entre estas dos variables, obteniendo que las mayores tasas de incumplimiento se producen en las mujeres que desempeñan los quehaceres domésticos ( $\chi^2 = 20,14$ ;  $p = 0,001$ ); la escolaridad materna y el incumplimiento de la LM también alcanzaron asociación estadística, observando que las mujeres con escolaridad de bachillerato completo son las que alcanzaron mayores porcentajes de incumplimiento ( $\chi^2 = 14,05$ ;  $p = 0,015$ ).

Las variables restantes como estado civil, paridad, tipo de parto, sexo del lactante no obtuvieron asociación estadística con el incumplimiento de la LM.

Tabla 1.

*Frecuencia de la edad materna, ocupación, escolaridad, estado civil, paridad, tipo de parto, sexo del lactante y su relación con el incumplimiento de la lactancia materna, El Valle - 2018.*

Cumplimiento de lactancia materna (n = 190).									
Variables		SI	%	NO	%	Total	%	$\chi^2$	p
Edad en años por rangos.	15 a 19	14	7%	14	7%	28	14%		
	20 a 24	27	14%	26	14%	53	28%		
	25 a 29	18	10%	31	16%	49	26%		
	30 a 34	30	16%	17	9%	47	25%		
	≥ 35	8	4%	5	3%	13	7%		
	Total	97	51%	93	49%	190	100%	7,675 <sup>a</sup>	0,104
		SI	%	NO	%	Total	%	$\chi^2$	p
Ocupación	Estudiante	2	1%	9	5%	11	6%		
	Quehaceres domésticos	82	43%	52	27%	134	71%		
	Trabajadora	3	2%	13	7%	16	8%		
	Varias	10	5%	19	10%	29	15%		
	Total	97	51%	93	49%	190	100%	20,139 <sup>a</sup>	0,001
			SI	%	NO	%	%	$\chi^2$	p
Escolaridad materna	Básica incompleta	0	0%	5	3%	5	3%		
	Básica completa	39	20%	24	13%	63	33%		

	Bachillerato incompleto	15	8%	17	9%	32	17%		
	Bachillerato completo	33	17%	26	14%	59	31%		
	Universidad incompleta	5	3%	7	3%	12	6%		
	Universidad completa	5	3%	14	7%	19	10%		
	<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>51%</b>	<b>93</b>	<b>49%</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>	<b>14,045<sup>a</sup></b>	<b>0,015</b>
		<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Estado civil</b>	Soltera	6	3%	13	7%	19	10%		
	Casada	49	26%	44	23%	93	49%		
	Unión libre	41	22%	33	17%	74	39%		
	Sin pareja	1	1%	3	2%	4	3%		
	<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>51%</b>	<b>93</b>	<b>49%</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>	<b>4,630<sup>a</sup></b>	<b>0,201</b>
		<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Paridad</b>	Primípara	41	22%	42	22%	83	44%		
	Múltipara	56	29%	51	27%	107	56%		
	<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>51%</b>	<b>93</b>	<b>49%</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>	<b>0,162<sup>a</sup></b>	<b>0,688</b>
		<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Género del RN</b>	Femenino	49	26%	43	23%	92	49%		
	Masculino	48	25%	50	26%	98	51%		
	<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>51%</b>	<b>93</b>	<b>49%</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>	<b>0,348<sup>a</sup></b>	<b>0,555</b>

		SI	%	NO	%	Total	%	X <sup>2</sup>	p
<b>Tipo de parto</b>	Vaginal	66	35%	69	36%	135	71%		
	Cesárea	31	16%	24	13%	55	29%		
	Total	97	51%	93	49%	<b>190</b>	100%	<b>0,874<sup>a</sup></b>	<b>0,35</b>

Fuente: Trabajo de investigación

Elaborado por: El autor.

Además, en el presente estudio se apreció que, el 92,6% de las encuestadas reconoció haber recibido información de lactancia materna, entre ellas la mayor parte recibieron información durante el embarazo (ver tabla 2), se observa una baja proporción de madres que reconoce haber recibido información durante el postparto en los controles de salud en el primer nivel, aunque en muchos casos están incluidos en la alternativa “en varios momentos”. En las mujeres multíparas tan sólo un 4.7% indicó haber tenido una mala experiencia con lactancias previas. Con respecto al inicio de la alimentación con leche de fórmula, se obtuvo que 68 mujeres de un total de 190 encuestadas iniciaron leche de fórmula antes de los 6 meses, lo cual representa un 35.8%. De la totalidad de mujeres que optaron por alimentar a sus hijos con leche de fórmula, el 38,2 % (n = 68) lo hicieron desde el nacimiento de los niños. (ver gráfico 2)

Tabla 2.

*Frecuencia sobre cuando recibió las orientaciones sobre lactancia materna exclusiva, El Valle – 2018.*

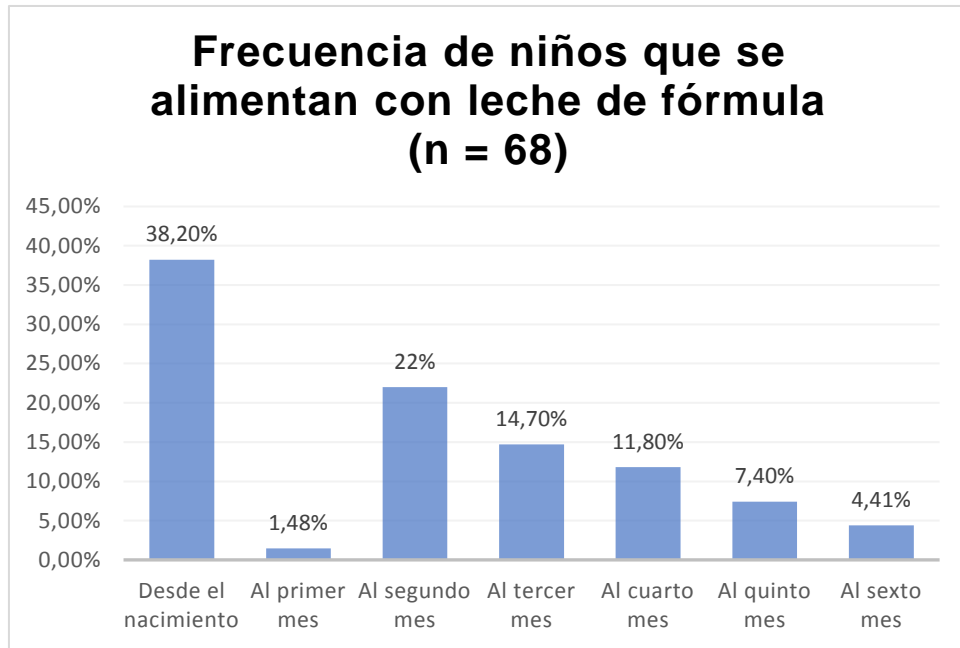
Orientación sobre lactancia materna exclusiva	Momentos	Frecuencia (# de mujeres)	%
<b>Si recibieron orientaciones previas.</b>	Antes del embarazo	16	8
	Durante el embarazo	73	38
	Después del embarazo en la maternidad	26	14
	Después del embarazo en controles de salud	11	6
	En varios momentos	50	26
	<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>92</b>
<b>No recibieron orientaciones previas.</b>	<b>Total.</b>	<b>14</b>	<b>8</b>
	<b>Total, acumulado.</b>	<b>190</b>	<b>100</b>

Fuente: Trabajo de investigación.

Elaborado por: El autor.

**Gráfico 2.**

***Distribución de la frecuencia de edad a la que inician los niños a recibir leche de fórmula, El Valle - 2018.***



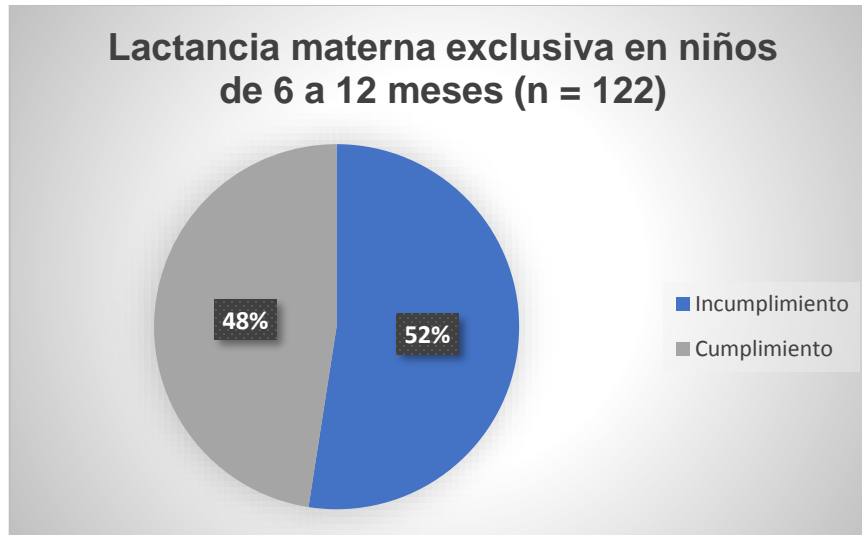
Fuente: Trabajo de investigación.

Elaborado por: El autor.

Con respecto a las tasas de incumplimiento de la lactancia materna exclusiva según grupos de edad de los niños, podemos indicar que en las madres con hijos de 6 a 12 meses el porcentaje de incumplimiento alcanzó el 52% (n = 122). Ver gráfico 3. Mientras que en las madres con hijos de 5 meses el porcentaje de incumplimiento fue de 38% (n = 13) y en las madres con hijos de 4 meses de edad, el porcentaje de incumplimiento fue de 44% (n = 55). Lo mencionado se observa en Gráficos 5 y 6, disponibles en Anexo 4.

**Gráfico 3.**

***Distribución de la frecuencia de incumplimiento de lactancia materna exclusiva en niños de 6 a 12 meses, El Valle – 2018.***



Fuente: Trabajo de investigación.

Elaborado por: El autor.

Es importante señalar que la tipología familiar según estructura, en el grupo estudiado tuvo un predominio de las familias nucleares biparentales, lo cual es observable en el gráfico 4. Respecto al objetivo principal del estudio, en el grupo de niños con 4 meses al igual que en el grupo de 5 meses de edad, se determinó que el incumplimiento de la lactancia materna es independiente de la estructura familiar (Ver tabla 3 y 4). Lo cual contrasta con el grupo de niños entre 6 a 12 meses de edad, en los cuales se determinó que el incumplimiento de la lactancia materna está asociado a la estructura familiar. ( $\chi^2 = 7,94$ ;  $p = 0,047$ ), observando en este grupo que la mayor tasa de incumplimiento se produjo en las familias extensas, alcanzó un 68%, seguido muy de cerca por las familias nucleares monoparentales que obtuvieron un 60% de incumplimiento, luego vienen las familias nucleares biparentales con 44% y por último las familias ampliadas en las cuales no se observó incumplimiento de la LME, lo antes señalado está representado en la tabla 5.

Tabla 3.

*Frecuencia de incumplimiento de la lactancia materna y su relación con la estructura familiar en niños de 4 meses, El Valle – 2018.*

Lactancia materna exclusiva		Tipo de familia según estructura (n = 55).										X <sup>2</sup>	p
		Nuclear monoparental		Nuclear biparental		Extensa		Ampliada		Total			
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
Cumplimiento	No	2	50	12	39	9	56	1	25	24	44		
	Si	2	50	19	61	7	44	3	75	31	56		
Total		4	100	31	100	16	100	4	100	55	100	1,97 <sup>a</sup>	0,58

Fuente: Trabajo de investigación.

Elaborado por: El autor.

Tabla 4.

*Frecuencia de incumplimiento de la lactancia materna y su relación con la estructura familiar en niños de 5 meses, El Valle – 2018.*

Lactancia materna exclusiva		Tipo de familia según estructura (n = 13).						X <sup>2</sup>	p
		Nuclear biparental		Extensa		Total			
		#	%	#	%	#	%		
Cumplimiento	No	2	25	3	60	5	38		
	Si	6	75	2	40	8	62		
Total		8	100	5	100	13	100	1,59 <sup>a</sup>	0,21

Fuente: Trabajo de investigación.

Elaborado por: El autor.



Tabla 5.

**Frecuencia de incumplimiento de la lactancia materna exclusiva y su relación con la estructura familiar en niños de 6 a 12 meses, El Valle – 2018.**

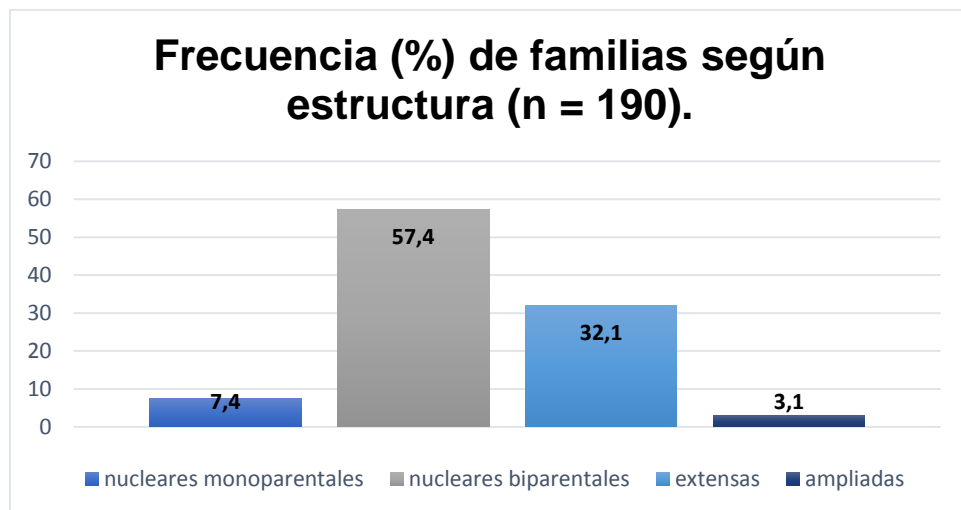
Lactancia materna exclusiva		Tipo de familia según estructura (n = 122).										X <sup>2</sup>	p
		Nuclear monoparental		Nuclear biparental		Extensa		Ampliada		Total			
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
Cumplimiento	No	6	60	31	44	27	68	0	0	64	52		
	Si	4	40	39	56	13	32	2	100	58	48		
Total		10	100	70	100	40	100	2	100	122	100	7,94 <sup>a</sup>	0,04

Fuente: Trabajo de investigación.

Elaborado por: El autor.

Gráfico 4.

**Distribución de la frecuencia de la tipología familiar según su estructura, El Valle - 2018.**



Fuente: Trabajo de investigación.

Elaborado por: El autor.

## 8. Discusión.

Los resultados de este estudio demostraron que, a pesar de las recomendaciones de organizaciones internacionales como la OMS y la Unicef de mantener la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del bebé, las madres continúan abandonando esta práctica antes de este tiempo recomendado.

Según lo encontrado, el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva alcanzó el 52% en niños del grupo de edad comprendidos entre los 6 a 12 meses, pertenecientes a la parroquia “El Valle”, datos inferiores a los reportes de la OMS que señalan un porcentaje de incumplimiento de la LME del 60 % a nivel mundial, también son inferiores a las cifras obtenidas por Pérez et al. (2016), en un estudio realizado en Mayabe, Cuba, en donde el incumplimiento alcanzó el 83,4 %, dato similar al obtenido por Kiani et al. (2018) en León, Nicaragua con un porcentaje de 87,3% de incumplimiento y de igual forma menores a los porcentajes obtenidos en el estudio desarrollado por Kronborg et al. (2004) en EEUU, los cuales indican una alta tasa de incumplimiento (66%) a los 3 meses de vida de los lactantes. Sin embargo, la información contrasta con la señalada por Freire et al. (2014), presentada en la encuesta nacional de salud y nutrición, en la que se determina que el incumplimiento alcanzó el 41.1% en las zonas rurales de Ecuador.

En relación al rango de edad se observó que existe un mayor incumplimiento de la LME en las madres de 25 a 29 años, lo cual contrasta con Campoverde et al. (2014), quienes señalan que las adolescentes son las que menor capacitación sobre la lactancia materna reciben y por tanto las tasas de incumplimiento son elevadas en ese grupo de edad, a lo expuesto debemos agregar que la mediana de edad de las madres en el presente estudio es 26 años (rango de 20 a 32 años), similar a la mediana de edad del estudio realizado en Bucaramanga, Colombia por Figuera et al. (2011).

En referencia a la escolaridad materna y su relación con la lactancia, se observó que existe asociación entre las variables ( $p < 0,015$ ), por lo cual el incumplimiento fue mayor en las mujeres con bachillerato completo (14%), lo cual es similar a lo planteado por Freire et al. (2014), quienes señalan que existió un 12,3 % de incumplimiento en mujeres con bachillerato ( $n = 481$ ) pero los datos de la presente investigación

discrepan con el incumplimiento en mujeres con estudios universitarios y de posgrado según lo señalado por Freire et al. (2014), quienes observaron un 17,5 % (n = 481) de incumplimiento en mujeres con estudios de tercer nivel, mientras que en el informe del presente estudio, se apreció un 7% de incumplimiento en las mujeres con estudios universitarios completos.

Según la investigación realizada en la parte Oeste de Dinamarca, por Kronborg et al. (2004), la duración de la lactancia materna fue más larga para mujeres multíparas ( $p \sim 0.03$ ), lo cual contrasta con el presente estudio, observando mayor porcentaje de incumplimiento en las multíparas (27%) en relación con las primíparas (22%), aunque no existió significancia estadística ( $\chi^2 = 0,16$ ;  $p = 0,69$ ).

En este estudio se observa que de manera equivocada se continúa alimentando al bebé con otros alimentos diferentes a la leche materna en los primeros meses de vida, la investigación nos indicó un 35,8% de niños menores de 6 meses con iniciación de alimentación con leche de fórmula, sin embargo, este porcentaje es menor a lo observado por Karmaus et al. (2017), quien realizó un estudio en EEUU, en el cual obtuvo que 73.1% de los lactantes recibieron suplementos y alimentos sólidos a los 5 meses de vida. Es importante recalcar que las cifras de incumplimiento de la lactancia materna en relación a la alimentación con leche de fórmula no coinciden, debido a que muchas madres inician alimentación complementaria antes de los 6 meses, sin usar leche de fórmula.

Con respecto al conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna, se determinó que el 92,6% recibieron orientaciones en diferentes momentos del embarazo, por lo cual el incumplimiento no se relaciona con el desconocimiento de las ventajas del amamantamiento, lo cual es equiparable al estudio realizado por López et al. (2013), en Medellín Colombia, en el cual se determinó que el conocimiento que tienen las madres sobre la importancia de la lactancia materna no es una de las razones fundamentales para que se dé el abandono temprano de la lactancia materna. Sin embargo, en el estudio de graduación de Campoverde et al. (2014), realizado en la provincia del Azuay, se obtuvo que tan sólo 20% de las adolescentes recibió capacitación sobre lactancia materna, siendo una de las razones para no cumplir con la lactancia materna en ese grupo etario.

En relación con la tipología familiar, se apreció que las familias predominantes en la población estudiada son las nucleares biparentales (57,4%). La existencia de asociación entre el incumplimiento de la LME y la estructura familiar a la cual pertenecen los lactantes sólo fue observada en el grupo de niños de 6 a 12 meses, en los cuales la mayor frecuencia de incumplimiento se produjo en los niños pertenecientes a las familias extensas.

Con respecto a los niños de 4 meses de edad pertenecientes a familias extensas, se apreció un porcentaje de incumplimiento de 56%, lo cual disminuye en las familias nucleares monoparentales a 50%, en las familias nucleares biparentales a 39% y a tan solo un 25% en las familias ampliadas; las últimas tienen una baja prevalencia (3,1%) en la población estudiada. Los resultados apreciados son similares a lo realizado por Pérez et al. (2016), quienes señalaron que, al cuarto mes de vida, el 60 % de los niños que pertenecían a familias extensas incumplía la LME, y los pertenecientes a familias nucleares disminuían esos valores a 45,5%.

## 9. Conclusiones.

Los resultados de este estudio evidenciaron una mediana de edad de 26 años, la mayor proporción de mujeres tenía educación básica. Hubo un predominio de las mujeres multíparas sobre las primíparas, con profesión de amas de casa y estado civil casadas en su gran mayoría. Es llamativo que casi una tercera parte de los partos fue por cesárea. En relación con la edad de las madres y el incumplimiento de la LME, se puede indicar que existió un mayor incumplimiento en las mujeres con rango de edad de 25 a 29 años. Se observó asociación significativa entre la ocupación y escolaridad con la lactancia materna, apreciando que las mujeres con profesión de amas de casa y con instrucción de bachillerato completo, fueron las que presentaron mayores porcentajes de incumplimiento de la lactancia materna. Con respecto a la información sobre la importancia de la LME, la mayor parte de mujeres la recibieron durante el embarazo, con baja proporción de mujeres que reconocen haber recibido información en el control postparto en el primer nivel de atención.

Es preocupante que la alimentación con leche de fórmula en las mujeres que optaron por no alimentar con el pecho a sus hijos, sea iniciada desde el nacimiento en la mayoría de casos, por lo cual debemos seguir trabajando en el cumplimiento del código de sucedáneos, ya que al parecer se sigue ofertando las fórmulas por el mismo personal de salud, apoyado por los medios de comunicación que difunden información a favor de la leche de fórmula, como el mejor alimento que los niños pueden recibir, fruto del capitalismo en el cual estamos inmersos. En la parroquia rural El Valle, contexto de nuestro trabajo de investigación, se obtuvo que, en las madres con hijos de 6 a 12 meses, el incumplimiento alcanzó el 52%, lo cual superó al informe realizado en Ecuador en el año 2014, el mismo que determinó un 41,1 % de incumplimiento para las zonas rurales.

Respecto al objetivo principal del estudio, en el grupo de niños de 4 meses al igual que en el grupo de 5 meses de edad, se determinó que el incumplimiento de la lactancia materna es independiente de la estructura familiar, lo cual contrasta con el grupo de niños entre 6 a 12 meses de edad, en los cuales se

determinó que el incumplimiento de la lactancia materna está asociado a la estructura familiar, siendo el incumplimiento mayor en las familias extensas, en las cuales se alcanzó un 68%. Es importante recalcar que la mayoría de las familias en la población estudiada son nucleares biparentales y que en ellas se produjo un menor porcentaje de incumplimiento respecto a las familias nucleares monoparentales y extensas, por lo cual podemos presumir que los lactantes que viven con ambas figuras paternas tienen un mayor cumplimiento de la lactancia materna exclusiva y, por consiguiente, son niños que gozarán de todos los beneficios del amamantamiento.

## **10. Recomendaciones.**

Las políticas públicas deben rescatar la importancia de generar en las mujeres la intención de amamantamiento hasta los 6 meses de vida de los niños, por lo cual se debe involucrar a las mujeres, su pareja, familiares cercanos y las redes de apoyo (instituciones públicas y privadas) en la consecución de este objetivo, cuya finalidad es mejorar la calidad de vida y el nivel de salud de la población. El código de sucedáneos debe cumplirse en todos los niveles de salud, a nivel público y sobre todo privado, para lo cual el MSP debe ser el ente regulador de esta normativa. En el primer nivel de atención, específicamente en el establecimiento de salud "El Valle", se deben generar estrategias para mejorar la comunicación con las mujeres en la etapa preconcepcional, durante el embarazo y en los controles del niño sano, sobre todo reforzando la educación a las madres en el primer control postparto, ya que las mujeres que optan por la leche de fórmula, la inician en su mayoría desde el nacimiento de sus hijos y muchas de ellas niegan que han recibido orientaciones sobre la importancia de la lactancia materna durante el primer control postparto en el establecimiento de salud.

## 11. Referencias Bibliográficas:

- Armas, N y Diaz, L. (2007). Entre voces y silencios, las Familias por Dentro.pdf. recuperado en: <http://familiats.com.mx/wp-content/uploads/2017/06/Armas2007.pdf>
- Baydar, A., Kayhan, B., Kılıc, M., Karatas, İ, Cetin, N., Güney, S., Akdogan, D., Domad, U., Ustu, Y., y Ugurlu, M. (2016). Nivel de conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto de la lactancia y la leche materna en una ciudad de Turquía: Estudio transversal. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(6).
- Becerra Bulla, F., Rocha, L., Fonseca, D. y Bermúdez, L. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Bogotá - Colombia. *Rev. Fac. Med.* Vol. 63 No. 2: 217-227. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
- BouDiab, S., & Werle, C. (2018). What motivates women to breastfeed in Lebanon: An exploratory qualitative analysis. *Appetite*, 123, 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.12.002>
- Breakey, A. A., Hinde, K., Valeggia, C. R., Sinofsky, A., & Ellison, P. T. (2015). Illness in breastfeeding infants relates to concentration of lactoferrin and secretory Immunoglobulin A in mother's milk. *Evolution, Medicine, and Public Health*, 2015(1), 21-31. <https://doi.org/10.1093/emph/eov002>
- Campoverde, Z. y Chocho, M. (2014). Estrategia educativa en lactancia materna para Adolescentes embarazadas que asisten al centro de salud N° 1 Pumapungo (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Figuera, F., Latorre, J. y Carreño, J. (2011). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 16, No.1, págs. 56 - 72.
- Freire, W., Ramirez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Saenz K., Pineiros P., Gomez LF., Monge R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012*. Ministerio de Salud Publica/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.



- Hassiotou, F. y Geddes, D. (2012). Anatomy of the human mammary gland Current Status of Knowledge. Wiley Online Library . <http://DOI.10.1002/ca.22165>
- Hassiotou, F., Geddes, D. y Hartmann, P. (2013). Cells in Human Milk State of the Science. Journal of Human Lactation 29(2) 171–182. [http// DOI: 10.1177/0890334413477242](http://DOI:10.1177/0890334413477242)
- Herrera, S. (2008). El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. Revista Cubana Medicina General Integral. recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Karmaus, W., Soto, N. y Zhang, H. (2017). Infant feeding pattern in the first sixmonths of age in USA: a follow-up study. Breastfeeding Journal 12:48. [https// DOI 10.1186/s13006-017-0139-4](https://DOI.10.1186/s13006-017-0139-4)
- Kiani, S., Rich, K., Herkert, D., Safon, C., Pérez, R. (2017) - Delivery mode and breastfeeding outcomes among new mothers in Nicaragua. Maternal and Child nutrition. <https://doi.org/10.1111/mcn.12474>
- Kronborg and Væth - 2004 - The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. Scand J Public Health 2004; 32: 210–216. [https// DOI: 10.1080/14034940310019218](https://DOI:10.1080/14034940310019218)
- Lemus, E. y Báez, J. (2008) Lactancia Materna. Salud y Medicina. Volumen I. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; Capítulo 24. p. 184-94.
- López, B., Martínez, L. y Zapata, N. (2013) Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 31(1): 117-126. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a14.pdf>
- Meedya, S., Fahy, K. y Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. Published by Elsevier Australia [https// doi:10.1016/j.wombi.2010.02.002](https://doi:10.1016/j.wombi.2010.02.002)
- Nishimura et al. (2014). Dietary polyunsaturated fatty acid intake during late pregnancy affects fatty acid composition of mature breast milk. Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2013.11.002>

- Pérez, R., Reyes, D. y Hernández, A. (2016). Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Revista Cubana de Pediatría*. 88(1):43-54
- Soto, N., Karmaus, W., Yousefi, M., Zhang, H., Liu, J. y Gangur, V. (2012). Maternal immune markers in serum during gestation and in breast milk and the risk of asthma-like symptoms at ages 6 and 12 months: a longitudinal study. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 8:11. Recuperado de: <http://www.aacijournal.com/content/8/1/11>
- Spaeth, A., Zemp, E., Merten, S., & Dratva, J. (2018). Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 14(1), e12497. <https://doi.org/10.1111/mcn.12497>
- Ummarino, M., Albano, F., Marco, G. D., Mangani, S., Aceto, B., Ummarino, D., Guarino, A. (2003). Short duration of breastfeeding and early introduction of cow's milk as a result of mothers' low level of education. *Acta Pædiatrica*, 92, 12–17. doi:10.1111/j.1651-2227.2003.tb00641.x
- Victoria, C., Bahl, R., Barros, A., Franca, G., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M., Walker, N. y Rollins, C. (2016). "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect." *The Lancet* 387 (10017):475-490.
- Thakkar, S., Giuffrida, F., Cruz, C., Castro, C., Mukherjee, R., Tran, L., Steenhout, P., Lee, L. y Destailats, F. (2013) - Dynamics of human milk nutrient composition of Women from Singapore with a Special Focus on Lipids. *American journal of human biology* 25:770–779

**Bibliografía:**

- American Academy of Pediatrics, S. on. (2005). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 115(2), 496–506. doi:10.1542/ peds.2004-2491
- Arenz, S., Ruckerl, R., Koletzko, B., y von Kries, R. (2004). Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review. *International Journal of Obesity*, 28(10), 1247–1256. doi:10.1038/sj.ijo.0802758
- Armstrong, J., y Reilly, J. J. (2002). Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *The Lancet*, 359(9322), 2003–2004. doi:10.1016/S0140- 6736(02)08837-2
- Armas, N y Diaz, L. (2007). Entre voces y silencios, las Familias por Dentro.pdf. recuperado en: <http://familiats.com.mx/wp-content/uploads/2017/06/Armas2007.pdf>
- Baydar, A., Kayhan, B., Kılıc, M., Karatas, İ, Cetin, N., Güney, S., Akdogan, D., Domad, U., Ustu, Y., y Ugurlu, M. (2016). Nivel de conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto de la lactancia y la leche materna en una ciudad de Turquía: Estudio transversal. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(6).
- Becerra Bulla, F., Rocha, L., Fonseca, D. y Bermúdez, L. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Bogotá - Colombia. *Rev. Fac. Med.* Vol. 63 No. 2: 217-227. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
- Ball, T M, y Bennett, D. M. (2001). The economic impact of breastfeeding. *Pediatric clinics of North America*, 48(1), 253–262.
- Bartick, M., y Reinhold, A. (2010). The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis. *Pediatrics*, 125(5), e1048– e1056. doi:10.1542/peds.2009-1616
- Battersby, S., Aziz, M., Bennett, K., y Sabin, K. (2004). The cost-effectiveness of breastfeeding support, 12(4), 201–205.
- Betran, A. P., de Onis, M., Lauer, J. A., y Villar, J. (2001). Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ (Clinical research ed.)*, 323(7308), 303–306.
- Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., de Onis, M., Ezzati, M., ... Rivera, J. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371(9608), 243–260. doi:10.1016/ S0140-6736(07)61690-0

- BouDiab, S., & Werle, C. (2018). What motivates women to breastfeed in Lebanon: An exploratory qualitative analysis. *Appetite*, 123, 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.12.002>
- Breakey, A. A., Hinde, K., Vallengia, C. R., Sinofsky, A., & Ellison, P. T. (2015). Illness in breastfeeding infants relates to concentration of lactoferrin and secretory Immunoglobulin A in mother's milk. *Evolution, Medicine, and Public Health*, 2015(1), 21-31. <https://doi.org/10.1093/emph/eov002>
- Campoverde, Z. y Chocho, M. (2014). Estrategia educativa en lactancia materna para Adolescentes embarazadas que asisten al centro de salud N° 1 Pumapungo (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *Breastfeeding Report Card 2013*.
- Cepar. (2005). Encuesta Demografica y de Salud Materna e Infantil. Endemain 2004. Informe final.
- Chaparro CM, y Lutter C. (2007). *Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños*. Organización Panamericana de la Salud.
- Dashti, M., Scott, J. A., Edwards, C. A., y Al-Sughayer, M. (2010). Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Kuwait. *International breastfeeding journal*, 5(1), 7.
- Dewey, K. G., y Adu-Afarwuah, S. (2008). Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Maternal and child nutrition*, 4 Suppl 1, 24–85. doi:10.1111/j.1740- 8709.2007.00124.x
- Dewey, K. G., y Brown, K. (2003). Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs, 24, 5 – 28.
- Dubois, L., y Girard, M. (2003). Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique*, 94(4), 300–305.
- Edmond, K. M. (2006). Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. *PEDIATRICS*, 117(3), e380–e386. doi:10.1542/ peds.2005-1496

- Figuera, F., Latorre, J. y Carreño, J. (2011). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 16, No.1, págs. 56 - 72.
- Freire, W., Ramirez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Saenz K., Pineiros P., Gomez LF., Monge R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012*. Ministerio de Salud Publica/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.
- Harder, T., Bergmann, R., Kallischnigg, G., y Plagemann, A. (2005). Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 162(5), 397–403. doi:10.1093/aje/kwi222
- Hassiotou, F. y Geddes, D. (2012). Anatomy of the human mammary gland Current Status of Knowledge. Wiley Online Library . <http://DOI 10.1002/ca.22165>
- Hassiotou, F., Geddes, D. y Hartmann, P. (2013). Cells in Human Milk State of the Science. *Journal of Human Lactation* 29(2) 171–182. [http// DOI: 10.1177/0890334413477242](http://DOI: 10.1177/0890334413477242)
- Herrera, S. (2008). El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. *Revista Cubana Medicina General Integral*. recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Horta, B., y Victora, C. G. (2013). *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. WHO. Retrieved from [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/breastfeeding\\_long\\_term\\_effects/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_long_term_effects/en/)
- Janjua, N. Z., Mahmood, B., Islam, M. A., y Goldenberg, R. L. (2012). Maternal and Early Childhood Risk Factors for Overweight and Obesity among Low- Income Predominantly Black Children at Age Five Years: A Prospective Cohort Study. *Journal of obesity*, 2012, 457173. doi:10.1155/2012/457173
- Kabir, I., Khanam, M., Agho, K. E., Miharshahi, S., Dibley, M. J., y Roy, S. K. (2012). Determinants of inappropriate complementary feeding practices in infant and young children in Bangladesh:

- secondary data analysis of Demographic Health Survey 2007. *Maternal y Child Nutrition*, 8, 11–27. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00379.x
- Karmaus, W., Soto, N. y Zhang, H. (2017). Infant feeding pattern in the first six months of age in USA: a follow-up study. *Breastfeeding Journal* 12:48. [https:// DOI 10.1186/s13006-017-0139-4](https://doi.org/10.1186/s13006-017-0139-4)
- Kiani, S., Rich, K., Herkert, D., Safon, C., Pérez, R. (2017) - Delivery mode and breastfeeding outcomes among new mothers in Nicaragua. *Maternal and Child nutrition*. <https://doi.org/10.1111/mcn.12474>
- Kronborg and Væth - 2004 - The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health* 2004; 32: 210–216. [https:// DOI: 10.1080/14034940310019218](https://doi.org/10.1080/14034940310019218)
- Lemus, E. y Báez, J. (2008) *Lactancia Materna. Salud y Medicina. Volumen I. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; Capítulo 24. p. 184-94.*
- López, B., Martínez, L. y Zapata, N. (2013) Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 31(1): 117-126. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a14.pdf>
- Meedya, S., Fahy, K. y Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. Published by Elsevier Australia [https:// doi:10.1016/j.wombi.2010.02.002](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002)
- Nishimura et al. (2014). Dietary polyunsaturated fatty acid intake during late pregnancy affects fatty acid composition of mature breast milk. Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2013.11.002>
- OMS, C. de E. (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU.* Washington, DC, EE.UU.
- Pérez, R., Reyes, D. y Hernández, A. (2016). Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Revista Cubana de Pediatría*. 88(1):43-54

- Perera, P. J., Ranathunga, N., Fernando, M. P., Sampath, W., y Samaranyake, G. B. (2012). Actual exclusive breastfeeding rates and determinants among a cohort of children living in Gampaha district Sri Lanka: A prospective observational study. *International Breastfeeding Journal*, 7(1), 21. doi:10.1186/1746-4358-7-21
- Soto, N., Karmaus, W., Yousefi, M., Zhang, H., Liu, J. y Gangur, V. (2012). Maternal immune markers in serum during gestation and in breast milk and the risk of asthma-like symptoms at ages 6 and 12 months: a longitudinal study. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 8:11. Recuperado de: <http://www.aacijournal.com/content/8/1/11>
- Spaeth, A., Zemp, E., Merten, S., & Dratva, J. (2018). Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 14(1), e12497. <https://doi.org/10.1111/mcn.12497>
- Ummarino, M., Albano, F., Marco, G. D., Mangani, S., Aceto, B., Ummarino, D., Guarino, A. (2003). Short duration of breastfeeding and early introduction of cow's milk as a result of mothers' low level of education. *Acta Pædiatrica*, 92, 12–17. doi:10.1111/j.1651-2227.2003.tb00641.x
- Victoria, C., Bahl, R., Barros, A., Franca, G., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M., Walker, N. y Rollins, C. (2016). "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect." *The Lancet* 387 (10017):475-490.
- Thakkar, S., Giuffrida, F., Cruz, C., Castro, C., Mukherjee, R., Tran, L., Steenhout, P., Lee, L. y Destailats, F. (2013) - Dynamics of human milk nutrient composition of Women from Singapore with a Special Focus on Lipids. *American journal of human biology* 25:770–779

## 12. Anexos.

## Anexo 1.- Operacionalización de las variables.

<b>Variables Independientes</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>
Edad materna	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.		Años	11 - 19 años
				20 - 24 años
				25 - 34 años
				> 35 años
Escolaridad	Años de estudio que curso la madre		Nivel de estudio adquirido	Primaria
				Secundaria incompleta
				Secundaria Completa
				Universitaria
Ocupación de la madre	Actividad que realiza la mujer en su día a día con o sin beneficio económico.		Ocupación que la madre desempeña	Estudiante
				QQDD
				Empleada pública



				Empleada privada
Estado Civil	Estado actual en el que se encuentra la mujer en relación con la presencia o no de su pareja		Varían de acuerdo con el tipo de relaciones que mantiene una persona	Soltera
				Casada
				Divorciada
				Unión Libre
				Viuda
Orientaciones previas sobre la importancia de la Lactancia materna	Actividad de amamantar el niño			Antes del parto
				Durante el parto
				Después del parto en el hospital
				Después del parto en el subcentro de salud
			si	
			no	Ninguno
Fecha de nacimiento	Los días de vida del lactante luego del parto		meses	0 – 9
Sexo del lactante	Características fenotípicas de los o las lactantes	Caracteres sexuales	Hombre	Masculino
			Mujer	Femenino

Tipo de parto	Terminación del embarazo con o sin necesidad de cirugía		Vaginal	
			Cesárea	
Paridad	Número de hijos		Primípara	1 hijo/a
			Múltipara	> 1 hijo/a
Experiencias en lactancias previas.	Mujeres que hayan tenido un hijo y lo hayan alimentado con seno materno		buena	
			regular	
			mala	
Lactancia materna exclusiva	Alimentar al lactante solamente con leche materna los primeros 6 meses de vida		Meses	0 a 6 meses
Leche artificial	Preparación que intenta semejarse a la leche materna		Meses	0 a 6 meses
<b>Variable Dependiente</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>
Estructura Familiar	La estructura viene indicada por la convivencia dentro del hogar		Nuclear	Conviven en el mismo hogar hasta dos generaciones.  Puede ser nuclear monoparental ante la presencia de un solo padre, o

			nuclear biparental con la presencia de ambos padres en el hogar.
		Extensa	Conviven más de dos generaciones.
		Corporativas	Grupos de individuos que viven bajo el mismo techo.
		Ampliada	Presencia de un pariente con lazos de consanguinidad más lejanos o sin ningún lazo.

**Anexo 2.- Instrumento aplicado.**

Encuesta: Lactancia materna exclusiva		Encuesta N:
Ítem	Variable	Alternativas de respuesta
1	Edad de la madre	Años
2	Escolaridad materna	Básica incompleta= 1, Básica completa= 2, Bachillerato incompleto= 3, Bachillerato completo= 4, Universidad incompleta= 5, Universidad completa= 6, Ninguna= 7.
3	Ocupación	Quehaceres domésticos= 1, Trabajadora= 2, Estudiante= 3, Varias= 4
4	Estado civil	Soltera=1, Casada= 2, Unión libre= 3, Sin pareja= 4.
5	Paridad	Primípara=1, Multípara= 2.
6	Orientaciones previas sobre ventajas e importancia de la Lactancia Materna	Si=1 No=2 (Con la respuesta No, pasar a la pregunta 8).
7	¿Cuándo las recibió?	Antes del embarazo= 1, Durante el embarazo= 2, Después del parto en la maternidad= 3, Después del parto en controles de salud= 4; En varios momentos= 5.
8	Fecha de nacimiento del lactante	Día ___ Mes ___ Año ____ Registre posteriormente la edad actual en meses.
9	Sexo	Femenino= 1, Masculino= 2, Indeterminado=3
10	Tipo de parto	Vaginal= 1, Cesárea= 2.

11	¿Cuál fue su experiencia en lactancias previas?	Buena= 1, Regular= 2, Mala= 3, No corresponde (primípara)= 4
12	En esta lactancia hasta qué edad le dio sólo pecho sin ningún otro alimento	Edad en meses
13	¿A qué edad empezó a darle leche artificial?	Edad en meses. Registre 10 en caso de que aún no recibe fórmulas
14	Tipo de Familia según estructura. Además, indique el parentesco de las personas que viven bajo su mismo techo y comen de su misma olla)	Nuclear monoparental= 1, Nuclear biparental=2, Extensa= 3, Personas sin familia= 4, Equivalentes familiares= 5, Corporativa= 6, Ampliada= 7.

## Anexo 3.- Tablas.

Tabla 6.

*Frecuencia de las características sociodemográficas de las madres (n=190)*

<b>Edad en años</b>	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
15 a 19	28	14.74
20 a 24	53	27.89
25 a 29	49	25.79
30 a 34	47	24.74
35 o más	13	6.84
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>
<b>Escolaridad</b>		
<b>materna</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Básica incompleta	5	2,6
Básica completa	63	33,2
Bachillerato incompleto	32	16,8
Bachillerato completo	59	31,1
Universidad incompleta	12	6,3
Universidad completa	19	10,0
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>100,0</b>

<b>Paridad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Primípara	83	43,7
Múltipara	107	56,3
Total	<b>190</b>	100,0
<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Soltera	19	10,0
Casada	93	48,9
Unión libre	74	38,9
Sin pareja	4	2,1
Total	<b>190</b>	100,0
<b>Ocupación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Quehaceres domésticos	134	70,5
Trabajadora	16	8,4
Estudiante	11	5,8
Varias	29	15,3
Total	<b>190</b>	100,0
<b>Vía del parto</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Vaginal	135	71,1
Cesárea	55	28,9
Total	<b>190</b>	100,0

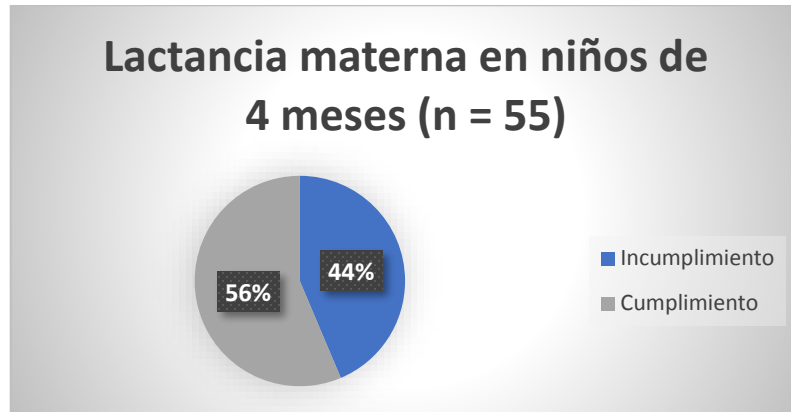
Fuente: Trabajo de investigación

Elaborado por: El autor.

**Anexo 4.- Gráficos.**

**Gráfico 5.**

***Distribución de la frecuencia de incumplimiento de lactancia materna en niños de 4 meses, El Valle – 2018.***

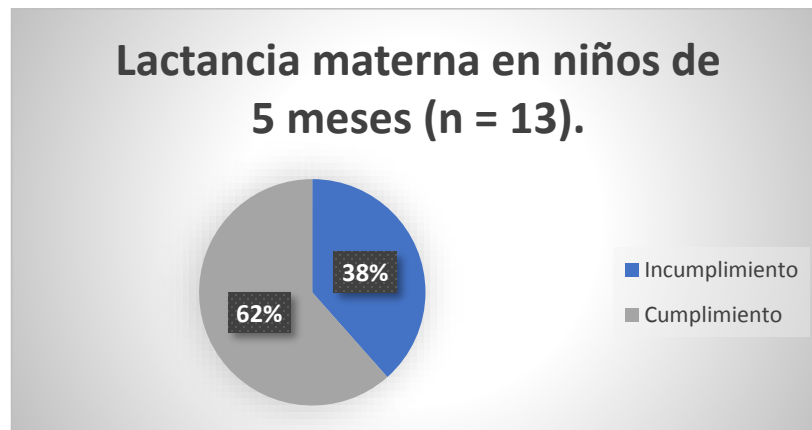


Fuente: Trabajo de investigación

Elaborado por: El autor.

**Gráfico 6.**

***Distribución de la frecuencia de incumplimiento de lactancia materna en niños de 5 meses, El Valle – 2018.***



Fuente: Trabajo de investigación

Elaborado por: El autor.