

Fortalezas y debilidades para una lactancia materna exclusiva exitosa en madres que asisten al Hospital General Docente Riobamba, Ecuador

(Strengths and weaknesses for successful exclusive breastfeeding in mothers attending the general teaching hospital of the city of Riobamba, Ecuador)

Eulalia Terecita Santillán Mancero^{*(1)}, Pablo Gregorio Rosero Arévalo⁽¹⁾⁽²⁾, Lorena Patricia Yaulema Brito⁽¹⁾, Mayra Alejandra Gavidia Castillo⁽¹⁾

(1)Carrera de Nutrición y Dietética, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador

(2)Hospital General Docente Riobamba, Riobamba, Chimborazo. Ecuador

*Correspondencia: Dra. Eulalia Santillán M, Carrera de Nutrición y Dietética, Facultad de Salud Pública, ESPOCH, Panamericana Sur Km ½, ECU60155, Riobamba, Chimborazo, Ecuador; correo electrónico: etsantillanec@yahoo.com

Artículo recibido el 16.01.2019. Artículo aceptado el 30.03.2019

RESUMEN

Introducción: la leche materna es la mejor fuente alimentaria para el niño menor de seis meses, aporta los nutrientes para un crecimiento y desarrollo óptimo, sin embargo en las últimas décadas se han reportado una disminución. **Objetivo:** identificar las fortalezas y debilidades de una lactancia materna exclusiva (LME) exitosa, en madres que asisten al Hospital General Docente Riobamba (HGDR). **Métodos:** se investigó a 331 binomios madre – hijo de 6 a 24 meses de edad, en diseño observacional, descriptivo, transversal y mediante. **Resultados:** las madres son residentes de Riobamba, el 14% tienen trabajo estable, la mayoría son amas de casa o estudiantes, con edad promedio de 25 años y el 23% son solteras. El 72% ha mantenido LME, lo que difiere significativamente ($p < 0.05$) con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud, Alimentación y Nutrición (ENSANUT), 2011-2013. Además se observó que existe una disminución de LME en madres menores de 19 años. Son fortalezas, el apoyo de los profesionales de salud, la convicción de dar a su hijo/ja la mejor alimentación para evitar las enfermedades y tengan un crecimiento óptimo y el apoyo familiar. La principales debilidades son el ingreso de la madre al trabajo y la disminución en la producción de leche. **Conclusión:** hay necesidad de motivar, educar y brindar asesoría alimentaria nutricional para una LME exitosa en especial a madres menores de 19 años.

Palabras clave: lactancia materna, crianza del niño, crecimiento, desarrollo infantil, Riobamba, Ecuador

ABSTRACT

Introduction: breast milk is the best food source for the child under six months, it provides the nutrients for optimal growth and development, however in recent decades a decrease in breast-feeding has been reported. **Objective:** to identify the strengths and weaknesses of successful exclusive breastfeeding in mothers attending the Hospital General Docente Riobamba (HGDR). **Methodology:** We investigated 331 mother-child pairs from 6 to 24 months of age, in an observational, descriptive and cross-sectional study. **Results:** regarding the profile of the mothers, they are residents of Riobamba, 14% have a stable job, most are housewives or students, with an average age of 25 years, 23% are single mothers. 72% of mothers have maintained exclusive breast-feeding, which significantly differs ($p < 0.05$) from that reported by the la Encuesta Nacional de Salud, Alimentación y Nutrición (ENSANUT), 2011-2013. It was also observed a decrease exclusive breast feeding in mothers under 19 years of age. Several strengths were observed: support provided by health professionals, personal conviction of giving the child the best nutrition to avoid illnesses and to ensure their optimal growth, and support provided by the couple and family. The main weaknesses were the mother's incorporation to work and the decrease in milk production. **Conclusion:** there is need of motivation, education and food nutritional counseling for a successful exclusive breast-feeding, especially in mothers younger than 19 years old.

Keywords: breast feeding, child rearing, child development, growth, Riobamba, Ecuador

1. Introducción

La leche materna es la mejor alimentación que se puede ofrecer tanto al recién nacido prematuro como a término.(1) La lactancia materna es la forma ideal de aportar los nutrientes necesarios a los niños pequeños para un crecimiento y desarrollo óptimo, proveyendo la cantidad adecuada a sus requerimientos nutricionales y a su capacidad de absorción y metabolización.(2) En el caso del recién nacido prematuro y de bajo peso, el uso de la leche materna ha demostrado tener propiedades únicas en la promoción de la maduración gastrointestinal (mejora la motilidad) y en beneficios inmunológicos y antiinflamatorios. Por ejemplo se demostró que el consumo de calostro se relaciona a una menor incidencia de enterocolitis, sepsis, infección urinaria, infecciones respiratorias, a la vez que mejora el desarrollo visual y cognitivo. Es decir su consumo reduce la morbilidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta.(3-6)

La leche materna es considerada el alimento ideal e insustituible para el recién nacido; además de ser un alimento completo, estrecha en vínculo de amor entre la madre y su niño/niña y sus beneficios se extienden a largo plazo.(7) Sin embargo, en la región de las Américas apenas el 54% de niños inicia la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, solo 38% son alimentados con leche materna de manera exclusiva (LME) hasta los 6 meses de edad y 32% continúa con lactancia materna hasta los 2 años. (4) La LME se refiere a que el lactante solo recibía únicamente leche materna, durante los 6 primeros meses de vida, sin recibir ningún otro alimento ni bebida, lo que incluye agua.

Alimentos seguros y apropiados para la edad se van introduciendo posteriormente, aunque se recomienda mantener la lactancia materna hasta los 2 años o más.(2) En el Ecuador, según ENSANUT 2011-2013, sólo el 52% de niños y niñas reciben LME durante su primer mes de vida. El 44% de los niños y niñas a nivel nacional recibe LME, porcentaje que varía según grupo étnico, región geográfica y tipo de residencia. Por ejemplo el 41% de niños y niñas de madres mestizas y el 77% de madres indígenas recibe LME. El 23% de niños y niñas de madres de la costa y el 39% de madres afroecuatorianas reciben LME.

Asimismo, la proporción de niños que acceden a LME es mayor en el área rural (58%) en comparación con los niños del área urbana (35%).(6-9)

Se precisa que las razones de la disminución de LME, es tipo de nacimiento del niño, desconocimiento o falta de organización en el hogar para mantener la lactancia cuando la madre trabaja, tiempo de introducción de la alimentación complementaria y desinformación que tienen las madres e inclusive los propios especialistas de la salud sobre la calidad y los beneficios de la leche materna tanto para el niño como para la madre. (10-12) A pesar de todos los beneficios que la lactancia materna posee para el niño y su madre, la decisión de amamantar esta fuertemente influenciada y condicionada por factores sociales, culturales, educativos y económicos.(13)

La leche es un alimento insustituible porque su composición nutricional le provee al niño los nutrientes y agua que necesita en calidad y cantidad, no hay ningún alimento más completo que la leche de la madre para que un niño o niña crezca protegido, inteligente, despierto y lleno de vida, además, dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo, el contacto de la piel suave y caliente de la madre, le da tranquilidad y placer al niño o niña, su compañía, la voz, el olor, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan seguridad y estímulo, es decir que dar de lactar es mucho más que dar alimento; es dar amor, seguridad, placer y compañía, por eso, la leche materna es el alimento más importante durante los primeros años.(1,13-14)

La alimentación con leche humana puede disminuir la incidencia de diabetes tipo 1 más tardíamente. De hecho, la corta duración y su ausencia puede ser un factor de riesgo para dicha enfermedad.(15) La alimentación con leche materna protege contra las infecciones y enfermedades, como diarreas y deshidratación; las infecciones respiratorias, tales como la bronquitis y la neumonía; estreñimiento; cólicos; alergias; enfermedades de la piel, como granos y salpullido o sarpullido; sarampión; cólera; desnutrición; diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes, entre otras.(6,14)

Debido a la alta cantidad de factores de defensa (inmunoglobulinas A, lactoferrina, linfocitos, macrófagos, entre otros), el calostro materno es

fundamental en los primeros días del bebé, ya que favorece al sistema inmune, evitan la adherencia de microorganismos patógenos en el tubo digestivo y facilitan la colonización del *Lactobacilo bifidus*. Además contiene numerosas enzimas que ayudan al sistema digestivo, y facilita la evacuación del meconio, lo que ayuda a evitar la hiperbilirrubinemia en el recién nacido (color amarillento al nacer-ictericia neonatal). Entre los principales nutrientes de la leche materna madura están proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas, su pH es de 7 (neutro) y su aporte energético está entre 70 a 76 kcal/dl (100 ml o 3.5 oz).(16)

Por otro lado, se ha comprobado que los adultos que fueron alimentados con leche materna cuando eran niños, tienen colesterol más bajo, menor riesgo de hipertensión arterial, y tasas más bajas de sobrepeso, obesidad y diabetes tipo 2, además de que, en la aplicación de pruebas de inteligencia, obtienen mejores resultados comparados con los adultos que fueron alimentados con leche de fórmula.(17-20) La leche materna también ofrece beneficios para la madre, porque ayuda a reducir el riesgo de sangrado uterino después del parto, y ayuda a que el útero regrese a su tamaño normal. Asimismo, reduce el riesgo de cáncer de ovario y de mama, actúa como un mecanismo natural de planificación familiar y ayuda a la madre a recuperar su peso preembarazo, más rápido, disminuyendo el riesgo de obesidad.(15,21,23,24) Por ello, se recomienda que durante los primeros 6 meses de vida, la leche materna sea el único alimento que el niño consuma, excluyendo sólidos y cualquier otro líquido, excepto medicinas, vitaminas y minerales.(25-30)

Los motivos que expresaron las madres para el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva incluyen(30-31), problemas de la producción de leche materna, expresada por las madres como: "se secó, no era suficiente o no bajó"; rechazo por parte del bebé; estado de salud de la madre o el bebé u otras actividades u ocupaciones (estudio, trabajo, crianza de otros hijos, entre otras) que dificultaron dar de lactar a sus bebés. Se evidenció también que la hipogalactia fue la causa más frecuente por las que se abandonó la lactancia materna (47% de los casos) y otras como la incorporación al estudio y/o trabajo, enfermedad de la madre o de niño.

(32-33) Por otro lado se establece que las razones de la disminución de la LME, es la vía de nacimiento del niño, la situación laboral de la madre durante la lactancia, el tiempo de ablactación y la desinformación que tienen las madres sobre la calidad y los beneficios de la leche materna tanto para el niño como para la madre. (34)

Según la presente información, nace la pregunta: ¿cuáles son las fortalezas y debilidades para una lactancia materna exclusiva exitosa, que se presentan en las madres que asisten al HGDR, Ecuador? Esta pregunta se plantea por cuanto no existen estudios sobre esta temática en el medio local. Por ello el objetivo del estudio fue identificar las fortalezas y debilidades de la lactancia materna exclusiva en las madres de 6 a 24 meses que asisten a consulta externa en el HGDR, con miras de fortalecer la educación alimentaria nutricional en la carrera de Nutrición y Dietética.

2. Métodos

2.1. Identificación de Variables

Independiente: características generales de la Madre. Dependiente: lactancia Materna Exclusiva

2.2. Universo y muestra

El universo de la presente investigación constituyen las madres con niños de 6 a 24 meses de edad que asisten a la atención en salud en el HGDR, de las cuales se obtiene la muestra de 331 investigadas obtenido mediante el proceso de muestreo para variables cualitativas de forma simple, con universo desconocido. El tamaño muestral se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 * p * q}{e^2}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra

p: proporción de madres que dan LME (41% de madres mestizas a nivel nacional)

q: proporción de madres que no dan LME

z: nivel de confianza = 95%

e: error/nivel de precisión = 5.3%

De realizar el cálculo correspondiente se obtuvo una muestra de 331. Las unidades de investigación fueron aquellas madres que asistieron al HGDR, hasta cubrir el tamaño de la muestra, de tal forma que se trata de muestreo no probalístico.

2.3. Técnicas e instrumentos

Se utilizó el diseño no experimental, de tipo observacional, descriptivo y transversal. La información se recolectó a través de una encuesta, elaborada para el efecto con preguntas abiertas y de elección múltiple. El instrumento se aplicó sistemáticamente a las madres que asistieron a la consulta médica y se encontraban en la sala de espera.

2.4. Procedimiento

Diseñado el instrumento de investigación se realizó la validación, mediante una prueba piloto en el 10% madres de familia que tienen hijos de 6 a 24 meses de edad, en el mismo hospital y a madres diferentes, con miras de garantizar la comprensión y entendimiento del mismo, tanto para los investigadores como para los investigados. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva a través del software libre PSPP y la contrastación de hipótesis fue mediante el test Z para una proporción en la población.

3. Resultados

3.1. Información general

Participaron 331 binomios madre – hijo, que asistieron a consulta externa del HFDR, cuyo perfil muestra que la mayoría es residente en la ciudad de Riobamba (78.25%); tan sólo el 13.59% de madres tienen un trabajo estable, en su mayoría son amas de casa o estudiantes (74%), el 12.39% de madres poseen un trabajo propio. En cuanto al nivel de educación, el 42.9% de madres, posee escolaridad secundaria, aproximadamente el 33% posee educación a nivel superior y en su mayoría practican la religión católica (82.48%). En cuanto al estado civil, el 23 % son madres solteras y el 77.33% tiene pareja (48.94% casada y 28.39% unión libre) y en su mayoría (56.19%) tiene un hijo, siendo pocas las madres (8.46%) que tienen tres hijos y más, ver Tabla 1.

Variable	muestra = 331	
	n	%
Residencia		
Riobamba	259	78.25
Fuera de Riobamba	72	21.75
Ocupación		
Ama de casa	127	38.37
Estudiante	118	35.65
Empleada	45	13.59
Trabajo propio	41	12.39
Escolaridad		
Sin estudios	38	11.48
Primaria	42	12.69
Secundaria	142	42.90
Tecnología	46	13.89
Universidad o más	63	19.03
Religión		
Católica	273	82.48
Ninguna	38	11.48
Otras	20	6.04
Estado Civil		
Soltera	75	22.66
Casada	162	48.94
Unión libre	94	28.39
Número de Hijos		
Uno	186	56.19
Dos	117	35.35
Tres o más	28	8.46

Tabla 1. Características demográficas de madres que asisten al HGDR. Se puede observar datos con respecto a lugar de residencia, ocupación, escolaridad, religión, estado civil, número de hijos

La edad promedio de las mujeres 24.9 años, con un máximo de 45 años y un mínimo de 14 años. La distribución de la población es asimétrica positiva (promedio > mediana), lo que significa que la edad de las madres tiende a la edad joven, ver Gráfico 1. En los niños se encontró un promedio de edad de 11.5 meses, con un máximo de 38 meses y de igual forma constituye una población de niños con edades menores a la del promedio, lo que se refleja como un a población asimétrica negativa (promedio < mediana), ver Gráfico 2.

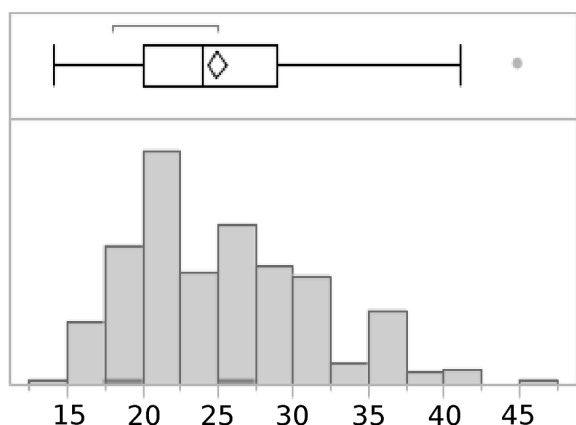


Gráfico 1. Caracterización estadística de la edad de la madre (n = 331). En la parte superior se muestra un gráfico de cajas y el correspondiente histograma abajo. Se observan los siguientes valores: máximo:45; mediana: 24; mínimo: 14; promedio: 24.9; desviación estándar: 5.9

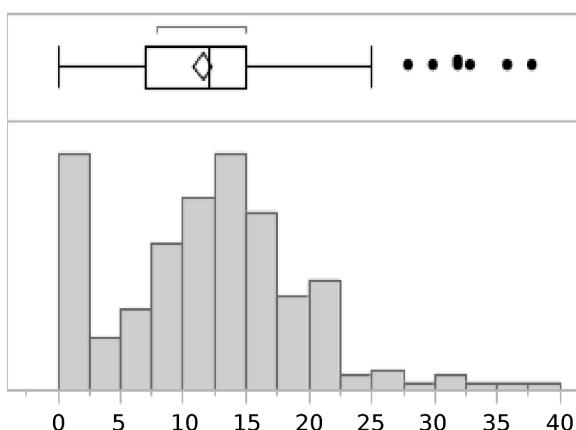


Gráfico 2. Caracterización estadística de la edad de los niños (n = 331). En la parte superior se muestra un gráfico de cajas y el correspondiente histograma abajo. Se observan los siguientes valores: máximo:38; mediana: 12; mínimo: 0; promedio: 11.5; desviación estándar: 7.1

3.2. Lactancia materna exclusiva

La LME dada a los niños/niñas, entendida como el consumo diario, frecuente y sin otro tipo de alimentación que no sea leche materna (ni siquiera agua), durante los seis primeros meses, constituye un porcentaje alto de 71.60% en el presente estudio, comparado con el reporte del ENSANUT (2011-2013), que refiere que la LME en el área urbana o de madres mestizas es del 41.3%. Al contrastar la hipótesis de la frecuencia de la LME entre las madres investigadas (71.6%) y la LME reportado por ENSANUT (2011 – 2013) (41.3%), mediante el test Z para una proporción

en la población, se establece un valor Z que permite rechazar la hipótesis nula, ($p < 0.05$). Lo que indica que la proporción de mujeres que dan LME es superior a la referida a nivel nacional de manera estadísticamente significativa.

Sin embargo, se observó que el porcentaje de LME es más bajo en madres menores de 19 años (58.97%) y es más alto en madres mayores de 30 años (75.44%). Por otro lado además se observó que el porcentaje de alimentación mixta (lactancia materna + fórmula) hasta los 6 meses es más alto en madres menores de 19 años (38.46%), así como, el porcentaje de alimentación con fórmula hasta los 6 meses es más alto en madres mayores de 30 años (5.26%)

3.3 Fortalezas de la LME

Las madres que asisten al HGDR consideran como las principales fortalezas de la LME exitosa la asesoría oportuna del personal de salud (70.99%) dada alrededor del parto, así como la protección en la prevención de enfermedades tanto para la madre como para el niño, estar convencida que es el mejor alimento y que el niño tendrá un mejor crecimiento, también que se fortalece la relación afectiva madre – hijo y el apoyo de la pareja y familia (Tabla 2).

Fortalezas	Si	No
	%	%
Estoy convencida de darle el mejor alimento	61.33	38.67
Existe relación afectiva fuerte madre-hijo	52.87	47.13
El niño tendrá un mejor crecimiento	63.44	36.56
Previene enfermedades/ desnutrición	61.03	38.97
Apoyo del esposo	59.82	40.18
Apoyo de la familia	58.31	41.69
Asesoría oportuna del personal de salud	70.99	29.00
Disponibilidad de tiempo	57.40	42.59
Tengo un espacio adecuado para la lactancia	61.63	38.37
Me previene de enfermedades	65.26	34.74

Tabla 2. Fortalezas de la lactancia materna exclusiva según las madres que asisten al HGDR. La mayor parte de las madres señalan como fortaleza la asesoría del personal de salud.

3.4 Debilidades de la LME

Dentro de las principales debilidades para una lactancia materna exclusiva exitosa se definió que es un problema, la incorporación de la madre al trabajo (39.88%), seguido por la ausencia de la producción de leche, la falta de tiempo para alimentar al niño, el dolor de los pezones al momento de dar de lactar y el no conocer las habilidades para dar de lactar al niño, son las limitaciones que hacen de alrededor del 30 % de madres que la LME, no sea exitosa (Tabla 3).

Debilidades	Sí	No
	%	%
Incorporación de la madre al trabajo	39.88	60.12
Falta de tiempo para alimentar al niño	36.56	63.44
Ausencia de la producción de leche	38.07	61.93
Enfermedad de la madre	29.31	70.69
La falta de descanso de la madre	32.93	67.07
Con el biberón se siente más saciado	34.14	65.86
Dolor de los pezones al momento de lactar	36.25	63.75
Falta de información sobre lactancia materna	35.05	64.95
Me resulta incómodo solo darle lactancia materna	29.91	70.09
El niño no succiona bien	33.54	66.46

Tabla 3. Debilidades de la lactancia materna exclusiva según las madres que asisten al HGDR. La mayor parte de las madres señaló como debilidad de la LME la incorporación de la madre al trabajo.

4. Discusión

La mayoría de madres investigadas son de la ciudad de Riobamba, el 74.02 % son amas de casa y estudiantes y el 75.82 % tienen estudios secundarios y de tercer nivel. Son de religión católica y casadas en su mayoría, teniendo entre uno y dos hijos el 81.54 de madres investigadas. La frecuencia de la lactancia materna exclusiva fue alto (71.60%), en comparación con los resultados del estudio realizado por el ENSANUT (2011-2013) realizado a nivel nacional, donde se establece una media de lactancia materna exclusiva para madres mestizas del 41.3%; lo que permite rechazar la hipótesis planteada, ya que la frecuencia de LME supera las expectativas de las reportadas a nivel nacional.

Tanto la OMS como UNICEF, establecen la LME es muy buena cuando se encuentra “por arriba del 50%”, en los programas de apoyo de lactan-

cia materna (OMS-UNICEF, 2009(4,6), por lo ésta práctica alimentaria en la mujeres investigadas sobrepasa lo recomendado. Según manifiesta el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP del Ecuador, 2018)(7,9) la meta para aumentar la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida es del 64% de madres, lo que sobrepasa con esta frecuencia esperada en las madres investigadas, en el grupo total, sin embargo hay que precisar que son las madres jóvenes, menores de 19 años las que practican un menor porcentaje de LME, situación que hace pensar que este grupo de edad necesita mayor atención e información de los beneficios de una lactancia materna exclusiva, tanto para la madre como para su hijo.

La mayoría de madres (promedio 61%) expresan muchas ventajas, beneficios y satisfacciones de dar una lactancia materna exclusiva a sus hijos, lo que se relaciona por lo expresado por la OMS (2018)(4), ya que se establece que la leche materna es el único alimento que necesita el bebé, contiene todos los nutrientes para favorecer su crecimiento y desarrollo, aumenta las defensas contra las enfermedades y estrecha el vínculo de amor entre la madre y su hijo o hija. A pesar de que organismos internacionales como la OMS y UNICEF (4,6), recomiendan el uso exclusivo de la lactancia materna hasta los 6 meses de edad, alrededor del 40 % de mujeres mestizas ecuatorianas no asumen esta decisión (ENSANUT 2011-2013)(9), sobrepasando esta recomendación las madres del presente estudio.

Según los reportado en la presente investigación dentro de las fortalezas para una LME exitosa se establece de que la madres están convencidas de que le está dando el mejor alimento a su hijo, que considera que se fortalece la relación afectiva madre-hijo, como también que le previene de enfermedades; todas estas percepciones de la madres concuerdan con lo expresado por Sáenz en su libro blanco de la nutrición infantil, en la que establece que, la leche materna es un alimento insustituible porque su composición nutricional le provee al niño los nutrientes, no hay ningún alimento más completo que la leche de la madre para que un niño o niña crezca protegida, inteligente, despierta y llena de vida, además, dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo, ya que el contacto de la piel suave y calentita de la madre, le

da tranquilidad y placer al niño o niña, su compañía, la voz, el olor, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan seguridad y estímulo, es decir que dar de lactar es mucho más que dar alimento: es dar amor, seguridad, placer y compañía.

Por otro lado, el apoyo de la familia para una LME es de vital importancia y así lo manifiestan una gran proporción de madres las cuales han tenido seguridad y el apoyo del esposo y su familia para esta práctica, lo que según la UNICEF(8), plantea que a pesar de todos los beneficios que la lactancia materna posee para el niño y su madre, la decisión de amamantar esta fuertemente influenciada y condicionada por factores sociales, culturales, educativos y económicos. El aporte educativo que ha dado el personal de salud en el momento del parto, se establece como la mayor fortaleza para una LME en este grupo investigativo, contraponiéndose a lo manifestado por Borre Ortiz (2014) (34), en el que manifiesta que la desinformación de los profesionales de salud sobre la LME es un factor de disminución de esta práctica alimentaria – nutricional.

En cuanto a las debilidades registradas se establece la incorporación de las madres al trabajo, que es una causa de la hipogalactia reportada por González (2015) (32), en su estudio del abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias, quien establece que la incorporación al trabajo y por enfermedad de la madre o niño, son las causas frecuentes de abandono de la LME. Así también se reporta en un 38.07% de madres que hubo ausencia de la producción de leche, lo que concuerda con el estudio de López (2013)(31), en donde investiga los motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, destacando los problemas de la producción de leche materna, expresada por las madres como: “se secó, no era suficiente o no bajó”, seguida por el rechazo por parte del bebé, el estado de salud de la madre o el bebé y por otras actividades u ocupaciones (estudio, trabajo, crianza de otros hijos, entre otras).

5. Conclusiones

Se registra una mayor frecuencia de LME en el grupo de estudio, en comparación con lo reportado a nivel nacional (ENSANUT, 2011-2013), sin embargo es necesario realizar motivación, educación y asesoría alimentaria por los profesionales de la salud y organismos gubernamentales, especialmente al grupo de mujeres menores de 19 años.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a los asistentes a consulta externa y personal del HGDR, que contribuyeron para la recolección de información.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto alguno de interés.

Limitación de responsabilidad

La información, datos y puntos de vista de este artículo son de entera responsabilidad de los autores de este trabajo y no de la Carrera de Nutrición y Dietética de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo o de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Fuentes de apoyo

Este trabajo no contó con fuentes de financiamiento externo, se realizó de manera autofinanciada por los autores.

Referencias bibliográficas

1. Rivero M, Moreno L, Dalmau J, Moreno JM, Aliaga A, García A, et al. Libro blanco de la Nutrición Infantil en España. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2015. p. 530.
2. OMS. Lactancia materna. [Online]; 2017. Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
3. OMS. Salud de la madre, el recién nacido: Lactancia materna. [Online]; 2018. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/.

4. OMS. Semana Mundial de la Lactancia Materna 2018: Pilar de vida. [Online]; 2018. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14507&Itemid=42401&lang=es.
5. MedlinePlus. Beneficios de la lactancia materna. [Online]; 2018. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000639.htm>.
6. UNICEF. Beneficios de la Lactancia Materna. [Online]; 2018. Available from: [https://www.unicef.org/Beneficios_de_la_Lactancia_Materna\(1\).pdf](https://www.unicef.org/Beneficios_de_la_Lactancia_Materna(1).pdf)
7. MSP-ECUADOR. Lactancia Materna. [Online]; 2018. Available from: <https://www.salud.gob.ec/lactancia-materna/>.
8. UNICEF. Lactancia Materna. [Online]; 2013. Available from: https://www.unicef.org/ecuador/children_5634.html.
9. MSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT. [Online]; 2013. Available from: <https://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>.
10. Chávez A, Sánchez R, Ortíz H, Peña B, Arocha B. Causas de abandono de la lactancia materna. [Online]; 2000. Available from: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no45-2/RFM45202.pdf>.
11. MSP-México. La disminución en lactancia materna en México. [Online]; 2013. Available from: <https://expansion.mx/salud/2013/11/22/la-disminucion-en-la-lactancia-materna-expone-a-madres-y-ninos-en-mexico>.
12. Calvo-Quirós C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Rev. Enfer Act en Costa Rica* [Online]. 2009;15. Available from: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>.
13. UNICEF. Lactancia Materna. [Online]; 2012. Available from: https://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf.
14. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* . 1999;70(4): 525-35. Available from: <https://academic.oup.com/ajcn/article/70/4/525/4729098>
15. Patelarou E, Girvlaki C, Brokalaki H, Patelarou A, Androulaki Z, Vardavas C. Current evidence on the associations of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Nutr Rev*. 2012;70(9):509-19. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1753-4887.2012.00513.x>.
16. Biesbroek G, Bosch AT, Wang X, Keijser BJ, Veenhoven RH, Sanders EM, et al. The impact of breastfeeding on nasopharyngeal microbial communities in infants. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;190(3):298-308. Available from: <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201401-0073OC>.
17. Li C, Kaur H, Choi WS, Huang TK, Lee RE, Ahluwalia JS. Additive interactions of maternal prepregnancy BMI and breastfeeding on childhood overweight. *Obesity*. 2005;13(2):362-371. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2005.48>.
18. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review. *Int J of Obes*. 2004;28(10): 1247-1256. Available from: <https://www.nature.com/articles/0802758>.
19. Armstrong J, Reilly JJ. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *The Lancet*. 2002; 359(9322):2003-2004. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08837-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08837-2/fulltext)

20. Janjua NZ, Mahmood B, Islam MA, Goldenberg RL. Maternal and Early Childhood Risk Factors for Overweight and Obesity among Low Income Predominantly Black Children at Age Five Years. *J Obes.* 2012;2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23056928>.
21. Cu-Flores LA. Factores perinatales y de la primera infancia para el sobrepeso y la obesidad en niños canadienses jóvenes[tesis]. Querétaro-México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2013. Available from: <https://docplayer.es/19732174-Factores-de-riesgo-perinatales-sociales-y-alimentarios-para-el-desarrollo-de-sobrepeso-y-obesidad-en-lactantes-de-un-ano-de-edad-tesis.html>
22. MINSA. La leche materna es el alimento mas ecológico, económico y nutritivo. 2011 Agosto 24: p. A1.
23. Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48(1):253–262. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395505702984>.
24. Natalben. 2018. Los bebeficios de la lactancia materna exclusiva. Available from: <https://www.natalben.com/beneficios-lactancia-materna-exclusiva>
25. OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. [Online]; 2010. Available from: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf.
26. Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall S, Pershagen G. Breast feeding and allergic diseases in infants—a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child.* 2002;87(6):478–481. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1755833/>
27. Heery LB. Exclusive Breast-Feeding for at Least 4 Months Protects Against Otitis Media. *Pediatrics.* 1994;93(3):867–872. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/93/3/537.2.long?>
[sso=1&sso_redirect_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12841824)
28. Pisacane A, Graziano L, Mazzarella G, Scarpellino B, Zona G. Breast-feeding and urinary tract infection. *J Pediatrics.* 1992;120(1):87–89. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347605806079>
29. Schanler RJ, Shulman RJ, Lau C. Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics.* 1999;103(6):1150–1157. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/103/6/1150.long?>
[sso=1&sso_redirect_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10558284)
30. Aniansson G, Alm B, Andersson B, Håkansson A, Larsson P, Nylén O, et al. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr Infect Dis J.* 1994;13(3):183–188.
31. López BE, Martínez LJ, Zapata NJ. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva. *Rev Fac Nac Sal Públ.* 2013;31(1):117-126. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a14.pdf>.
32. González-García I, Hoyos-Mesa A, Torres-Cancino II, González-García I, Romero-Almanza D, León Fernández MC. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. *Rev Med Electrón.* 2015;39(5). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500005.
33. Morales P. Tamaño necesario de la muestra. Cuantos sujetos necesitamos [Online]; 2012. Available from: <http://www2.df.gob.mx/virtual/evaluadf/docs/gral/taller2015/S0202EAC.pdf>.

34. Borre-Ortíz YM, Cortina-Navarro C, González-Ruiz G. Lactancia materna exclusiva: La conocen las madres realmente?. Rev Cuid. 2014;5(2). Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v5n2/v5n2a03.pdf>.