

Lactancia materna exclusiva y factores maternos relacionados con su interrupción temprana en una comunidad rural de Ecuador

Exclusive breastfeeding and maternal factors related to its early cessation in a rural community in Ecuador

María Daniela Flores-Estrella,¹ María Laura Centeno-Villavicencio,¹ Juan Carlos Maldonado-Rivadeneira,² Julieta Robles-Rodríguez,³ José Castro-Burbano⁴

Resumen

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de la lactancia materna exclusiva e identificar los factores relacionados con su abandono.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal, llevado a cabo en lactantes atendidos en el Centro de Salud de Conocoto (Pichincha, Ecuador). Se registraron los datos de la madre, estado nutricional de los lactantes, características de la lactancia materna y enfermedades agudas (diarreicas y respiratorias) previas.

RESULTADOS: Se seleccionaron 155 lactantes, con promedio de edad de 12.6 ± 4.8 meses; 53.5% masculinos. Solo el 49.6% (IC95%: 41.9-57.4%) de los niños tuvo lactancia materna exclusiva durante seis meses y en el resto apenas duró 2.7 ± 1.7 meses. No se encontraron diferencias en el estado nutricional, pero sí en el número de episodios (≥ 6) de infecciones respiratorias (1.3 vs 9.0%; $p = 0.03$) entre los grupos con y sin lactancia materna exclusiva. Los factores asociados con el abandono de la lactancia fueron: madre primípara (OR: 2.51; IC95%: 1.31-4.82; $p < 0.01$), madre conviviente, pero no casada (OR: 2.26; IC95%: 1.19-4.31; $p = 0.03$) y madre que estudia o trabaja fuera del hogar (OR: 3.07; IC95%: 1.58-5.98; $p < 0.001$).

CONCLUSIONES: Prácticamente solo la mitad de los lactantes recibió lactancia materna exclusiva. El abandono de esta práctica ocurre en los primeros tres meses, principalmente cuando las madres son primíparas, viven en unión libre y laboran fuera del hogar. Es pertinente determinar la situación en otras poblaciones rurales y aumentar la promoción de la lactancia materna exclusiva.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna exclusiva; estado nutricional; niños; enfermedades agudas; diarrea; infección de las vías respiratorias; factores de riesgo; madre primípara; madre no casada; comunidad rural.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the frequency of exclusive breastfeeding (EBF) and the maternal factors related with EBF cessation.

MATERIALS AND METHODS: Cross-sectional comparative study performed at the Conocoto Health Center (Pichincha - Ecuador). Maternal data, nutritional status of infants, characteristics of breastfeeding and number of previous acute diseases (diarrheal and respiratory) were recorded.

RESULTS: We selected 155 infants (age 12.6 ± 4.8 months; 53.5% male). Only 49.6% (95% CI: 41.9-57.4%) of the infants had EBF for six months and in the others duration was just 2.7 ± 1.7 months. Nutritional status was similar between groups (EBF and no-EBF), nevertheless respiratory infections (≥ 6 episodes) were more common in the

¹ Nutrióloga, Escuela de Nutriología, Facultad de las Ciencias Médicas de la Salud y de la Vida, Universidad Internacional del Ecuador.

² Farmacoepidemiólogo, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

³ Médica especialista en Nutrición, Escuela de Nutriología, Facultad de las Ciencias Médicas de la Salud y de la Vida, Universidad Internacional del Ecuador.

⁴ Médico especialista en Metabolismo y Nutrición, Escuela de Nutriología, Facultad de las Ciencias Médicas de la Salud y de la Vida, Universidad Internacional del Ecuador.

Recibido: 27 de julio 2020

Aceptado: 10 de febrero 2021

Correspondencia

Juan Carlos Maldonado Rivadeneira
 jcmaldonado@uce.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-7936-666X>

Este artículo debe citarse como: Flores Estrella MD, Centeno Villavicencio ML, Maldonado Rivadeneira JC, Robles Rodríguez J, Castro Burbano J. Lactancia materna exclusiva y factores maternos relacionados con su interrupción temprana en una comunidad rural de Ecuador. Acta Pediatr Méx 2021; 42 (2): 56-65.

<http://dx.doi.org/10.18233/APM42No2pp56-652120>

last ones (1.3 vs 9.0%; $p = 0.03$). Factors related with EBF cessation were primiparous mother (OR: 2.51; 95% CI: 1.31-4.82; $p < 0.01$), unmarried cohabitation (OR: 2.26; 95%CI: 1.19-4.31; $p = 0.03$) and mother who studies or works outside the home (OR: 3.07; 95% CI: 1.58-5.98; $p < 0.001$).

CONCLUSIONS: Only half of the children had an EBF. An early EBF cessation (first three months) mainly happens when the mothers are primiparous, unmarried and has activities outside the home. To determine the situation in other rural communities seems relevant, at the time to increase EBF promotion.

KEYWORDS: Exclusive breastfeeding; Nutritional status; Infants; Acute diseases; Respiratory infections; Risk factors; Primiparous mother; Unmarried cohabitation; Rural community.

ANTECEDENTES

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la lactancia materna exclusiva es la práctica en la que se aporta únicamente leche humana al lactante durante los primeros 6 meses de vida, sin incluir ningún otro tipo de alimento o líquido complementario.¹ La evidencia científica procedente de varios estudios experimentales y observacionales respalda la importancia y utilidad de esta práctica,² que aporta beneficios a los lactantes (mejora su estado nutricional, les protege de infecciones, sobrepeso, diabetes y aumenta su capacidad intelectual) y ofrece protección a las madres contra el cáncer de mama y de ovario, y diabetes tipo 2.³

Aunque la lactancia materna exclusiva es recomendada por la OMS desde el año 2001, se estima que solo un 37 a 43% de los menores la recibe hasta los seis meses de vida, tanto en los países con bajos, medianos y altos ingresos económicos.^{3,4} En América Latina se ha reportado que el incremento en la duración de la lactancia es menos probable, precisamente en los subgrupos poblacionales donde los niños tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, un factor notorio en las áreas rurales.⁵

En Ecuador, el último estudio nutricional de alcance nacional tuvo lugar en 2014 y reportó que la lactancia materna exclusiva se practicaba en un 43.8% a nivel nacional y en 58.9% en las zonas rurales.⁶ Por lo anterior, es pertinente realizar la vigilancia en este tipo de poblaciones, con la

intención de identificar posibles disminuciones en la lactancia materna exclusiva y planificar acciones destinadas a incrementar su práctica.

Así, el objetivo de este estudio fue: determinar la frecuencia de lactancia materna exclusiva e identificar los factores maternos relacionados con su abandono.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y analítico, llevado a cabo en el Centro de Salud de Conocoto, una parroquia rural perteneciente al Distrito Metropolitano de Quito, de la provincia de Pichincha, localizada a 11 kilómetros de la ciudad de Quito, Ecuador. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Internacional del Ecuador y adicionalmente autorizado por la Dirección de la Unidad de Salud de Conocoto.

El reclutamiento de sujetos para el estudio se inició en abril de 2017 y se prolongó durante cinco meses consecutivos. Se incluyeron todos los lactantes de entre 6 y 24 meses de edad, que fueron llevados a la consulta externa del Centro de Salud (unidad tipo C) del poblado de Conocoto para control pediátrico regular. Se excluyeron los lactantes con antecedentes de contraindicaciones de lactancia materna (por alguna condición propia o de sus madres), los que tuvieron diagnóstico previo de enfermedades congénitas, los que al momento del nacimiento tuvieron peso menor de 1500 g o mayor de

4000 g, y quienes tenían madres menores de edad. Para la participación en el estudio, todas las madres firmaron de forma voluntaria el consentimiento informado, con previa invitación, explicación y atención de preguntas alusivas al estudio.

Cada paciente se investigó una sola vez. Para la recolección de datos se siguió un procedimiento uniforme y se utilizaron como fuentes de información la historia clínica del menor en la unidad de salud, su cartilla integral del Ministerio de Salud Pública y se efectuó una entrevista directamente a la madre.

La información de interés para el estudio comprendió los datos de la madre (edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación y antecedente de hijos previos), datos del lactante (sexo, edad actual calculada según la fecha de nacimiento, vía de nacimiento [parto o cesárea], peso y longitud al momento del nacimiento, antropometría actual y estado nutricional); datos acerca de la lactancia materna recibida y antecedentes de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas.

Para la determinación de la antropometría del lactante al momento del estudio, el peso se estableció con una balanza pediátrica digital marca Health o meter® modelo 522KL, una balanza digital con tallímetro marca Health o meter modelo 500KL y un infantómetro artesanal armado con cinta métrica flexible.

La evaluación nutricional incluyó el análisis del peso y longitud para la edad, peso para la longitud e índice de masa corporal para la edad, que son los parámetros contemplados en las curvas de crecimiento infantil del Ministerio de Salud Pública. El estado nutricional se evaluó con el programa Anthro, versión 3.2.2., de la OMS. Las valoraciones se efectuaron exclusivamente por uno de los investigadores, con la finalidad de minimizar posibles sesgos de medición.

Respecto de la lactancia materna, se determinó si tuvo lugar el apego temprano mediante maniobra piel a piel (definido como el inicio inmediato de la lactancia materna después del nacimiento), si hubo lactancia a libre demanda (definida como amamantar cada vez que el lactante lo deseara, durante los primeros seis meses) y, finalmente, la duración total (en meses) de la lactancia. Se calificó "lactancia materna exclusiva" cuando tuvo lugar el aporte de leche materna al lactante durante los primeros seis meses de vida, sin incluir otro tipo de alimento o líquido complementario.

Se utilizó muestreo de tipo no probabilístico, basado en un método de reclutamiento consecutivo, conforme al cumplimiento de los criterios de selección. Los distintos formularios de recolección de datos se vaciaron en una base Excel y en un primer momento se realizó la revisión no analítica, para filtrado y depuración de absurdos. Posteriormente, los datos se procesaron en el programa estadístico IMB SPSS 22.

El enfoque de los análisis fue por protocolo, exclusivamente del total de casos válidos. Las variables cuantitativas se expresaron en media \pm desviación estándar y rango. Las variables cualitativas se resumieron en porcentajes. Para las variables relacionadas con la lactancia (lactancia materna exclusiva, maniobra piel a piel y libre demanda) se calculó el intervalo de confianza de 95% como estimador de precisión, utilizando el método de Wald. Durante los análisis se diferenciaron dos grupos de lactantes, según tuvieran o no lactancia materna exclusiva.

Las características de los lactantes y de sus madres fueron confrontadas entre ambos grupos, mediante la prueba t de Student para la comparación de medias y proporciones, según correspondiera para cada tipo de variable. Se consideró estadísticamente significativo el valor de $p < 0.05$. Finalmente, para explorar la posible relación entre la falta de lactancia materna ex-

clusiva con las características de las madres que mostraron una diferencia significativa (estado civil, ocupación y paridad previa), se calculó la magnitud de la asociación mediante la razón de momios (OR) y su respectivo intervalo de confianza de 95%.

RESULTADOS

Se registraron 155 lactantes, con edad media de 12.6 ± 4.8 meses (límites: 6 y 23 meses), de los que 53.5% (n=83) eran del sexo masculino. Según lo referido por las madres, en 54.2% (IC95%: 46.3-61.8%) de los menores hubo contacto piel a piel para iniciar la lactancia en la primera hora del nacimiento y el 86.5% (IC95%: 80.1-91.0%) la recibió posteriormente a libre demanda.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida se identificó solo en el 49.6% (IC95%: 41.9-57.4%) del grupo estudiado. En los otros 78 menores, la lactancia tuvo una duración media de 2.7 ± 1.7 meses (límites: 0 y 5 meses). Las características demográficas y antropométricas de estos dos grupos fueron similares. **Cuadro 1**

En el grupo total, la edad promedio de las madres fue de 26.8 ± 6.3 años (límites: 18 y 45 años), la mayoría tenía pareja (66.5%), nivel de estudios de secundaria (62.6%) y se dedicaban al hogar (58.1%). En el grupo de menores que recibieron lactancia materna exclusiva hubo una proporción significativamente mayor de madres con hijos previos (57.1 vs 34.6%; $p < 0.01$) y dedicadas exclusivamente al hogar (71.4 vs 44.9%; $p < 0.001$). Por el contrario, en el grupo que no recibió lactancia se encontró mayor cantidad de madres en unión libre (20.8 vs 35.9%; $p = 0.03$) que estudiaban o trabajaban fuera del hogar (28.6 vs 55.2%; $p = 0.0008$); **Cuadro 2**. Así, la falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida se asoció de forma estadísticamente significativa con tres factores: 1) ser madre primípara (OR: 2.51;

IC95%: 1.31-4.82; $p < 0.01$), 2) vivir en unión libre consensuada (OR: 2.26; IC95%: 1.19-4.31; $p = 0.03$) y 3) tener ocupaciones fuera del hogar (OR: 3.07; IC95%: 1.58-5.98; $p < 0.001$).

En el grupo total, la mayoría de las madres refirió que durante el primer año de vida sus hijos sufrieron algún cuadro de enfermedad diarreica aguda o infección respiratoria aguda. La cantidad de eventos fue similar entre los menores que recibieron lactancia materna exclusiva y en quienes la suspendieron; sin embargo, se reportó una mayor proporción de casos (seis o más episodios) con infecciones respiratorias agudas en el grupo sin lactancia materna exclusiva (1.3 vs 9.0%; $p = 0.03$). **Cuadro 3**

DISCUSIÓN

En este estudio se identificó que la mitad de los niños (49.6%) pertenecientes al Centro de Salud rural de Conocoto (provincia de Pichincha-Ecuador) tuvo lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, mientras que el resto la abandonó de forma temprana (primeros tres meses en promedio): cuando las madres fueron primíparas, vivían en unión libre y tenían ocupaciones fuera del hogar. Además, los niños sin lactancia materna exclusiva tuvieron prácticamente un estado nutricional similar respecto al de sus pares, aunque tendieron a sufrir más procesos infecciosos respiratorios.

Estos resultados son primariamente aplicables a la población investigada; sin embargo, a partir de la frecuencia de lactancia materna exclusiva obtenida y considerando el estimador de precisión de la misma (IC95%), es probable que en otros centros de salud rurales, la proporción de lactancia se encuentre entre 41.9 y 57.4%. Debe considerarse que ambos límites de este intervalo se encuentran por debajo del valor (58.9%) obtenido en la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición para la Lactancia Materna Exclusiva, específicamente en las áreas rurales

Cuadro 1. Características demográficas y antropométricas (al nacimiento y durante el estudio) en los lactantes, según recibieron o no lactancia materna exclusiva (LME) en los primeros seis meses de vida

Característica	Grupo total n = 155 (%)	Con LME n = 77 (%)	Sin LME n = 78 (%)	p
Edad actual (meses)	12.6 ± 4.8	13.0 ± 4.9	12.1 ± 4.7	Ns
Sexo del lactante				
Femenino	83 (53.5)	39 (50.6)	44 (56.4)	Ns
Masculino	72 (46.5)	38 (49.4)	34 (43.6)	Ns
Vía de nacimiento				
Parto	97 (62.6)	47 (61.0)	50 (64.1)	Ns
Cesárea	58 (37.4)	30 (39.0)	28 (35.9)	Ns
Lactancia				
Apego precoz	84 (54.2)	44 (57.1)	40 (51.3)	Ns
Libre demanda	134 (86.5)	68 (88.3)	66 (84.6)	Ns
Peso al nacer (g)	3063 ± 386	3055.6 ± 407.6	3070.3 ± 366.1	Ns
Longitud al nacer (cm)	48.7 ± 2	48.6 ± 2	48.7 ± 2	Ns
Peso actual (kg)	9.3 ± 1.4	9.3 ± 1.4	9.3 ± 1.5	Ns
Longitud actual (cm)	73.5 ± 5.5	73.7 ± 5.4	73.2 ± 5.5	Ns
IMC actual (kg/m²)	17.22 ± 1.6	17.1 ± 1.4	17.3 ± 1.7	Ns
IMC categorías				
Normal	147 (94.8)	74 (96.1)	73 (93.6)	Ns
Sobrepeso	5 (3.2)	2 (2.6)	3 (3.8)	Ns
Obesidad	3 (1.9)	1 (1.3)	2 (2.6)	Ns
Peso para la edad				
Normal	151 (97.4)	75 (97.4)	76 (97.4)	Ns
Sobrepeso	4 (2.6)	2 (2.6)	2 (2.6)	Ns
Longitud para la edad				
Talla normal	131 (84.5)	63 (81.8)	68 (87.2)	Ns
Talla baja	22 (14.2)	12 (15.6)	10 (12.8)	Ns
Talla baja severa	2 (1.3)	2 (2.6)	-	NA
Peso para la longitud				
Normal	147 (94.8)	74 (96.1)	73 (93.6)	Ns
Alto	5 (3.2)	2 (2.6)	3 (3.8)	Ns
Excesivo	3 (1.9)	1 (1.3)	2 (2.6)	Ns

Los datos se presentan en número (porcentaje) o media ± desviación estándar, según corresponda para el tipo de variable. **IMC:** índice de masa corporal; **p:** nivel de significancia estadística para comparación de subgrupos; **Ns:** estadísticamente no significativo; **NA:** no analizable.

Cuadro 2. Características de las madres de los lactantes, según los grupos que recibieron o no lactancia materna exclusiva (LME)

Característica materna	Grupo total n = 155 (%)	Con LME n = 77 (%)	Sin LME n = 78 (%)	p
Edad materna (años)	26.8 ± 6.3	27.0 ± 6.1	26.5 ± 6.7	Ns
Estado civil				
Soltera	49 (31.6)	28 (36.4)	21 (26.9)	Ns
Casada	59 (38.1)	32 (41.6)	27 (34.6)	Ns
Unión libre	44 (28.4)	16 (20.8)	28 (35.9)	0.03
Divorciada	3 (1.9)	1 (1.3)	2 (2.6)	Ns
Grado de escolaridad				
Ninguna	1 (0.6)	---	1 (1.3)	NA
Primaria	22 (14.2)	15 (19.5)	7 (9.0)	Ns
Secundaria	97 (62.6)	48 (62.4)	49 (62.8)	Ns
Superior	35 (22.6)	14 (18.2)	21 (26.9)	Ns
Ocupación de la madre				
Estudia fuera del hogar	14 (9.0)	3 (3.9)	11 (14.1)	0.02
Trabaja fuera del hogar	48 (31.0)	18 (23.4)	30 (38.5)	0.04
Estudia y trabaja	3 (1.9)	1 (1.3)	2 (2.6)	Ns
Quehaceres domésticos	90 (58.1)	55 (71.4)	35 (44.9)	<0.001
Madre primípara	84 (54.2)	33 (42.9)	51 (65.4)	<0.01

Los datos se presentan en número (porcentaje) o media ± desviación estándar, según corresponda para el tipo de variable. **IMC:** índice de masa corporal; **p:** nivel de significancia estadística para comparación de subgrupos; **Ns:** estadísticamente no significativo; **NA:** no analizable.

Cuadro 3. Frecuencia de infecciones gastrointestinales y respiratorias en los lactantes, según los grupos que recibieron o no lactancia materna exclusiva (LME)

Eventos	Grupo total n = 155 (%)	Con LME n = 77 (%)	Sin LME n = 78 (%)	p
Enfermedad diarreica aguda en el primer año				
1 episodio	127 (81.9)	63 (81.8)	64 (82.1)	Ns
2-3 episodios	24 (15.5)	13 (16.9)	11 (14.1)	Ns
4-5 episodios	3 (1.9)	---	3 (3.8)	NA
Más de 6 episodios	1 (0.6)	1 (1.3)	---	NA
Infección respiratoria aguda en el primer año				
1 episodio	115 (74.2)	61 (79.2)	54 (69.2)	Ns
2-3 episodios	28 (18.1)	14 (18.2)	14 (17.9)	Ns
4-5 episodios	4 (2.6)	1 (1.3)	3 (3.8)	Ns
Más de 6 episodios	8 (5.2)	1 (1.3)	7 (9.0)	0.03

Los datos se presentan en número (porcentaje). **p:** nivel de significación estadística para comparación de subgrupos. **Ns:** no estadísticamente significativo. **NA:** no analizable.

ecuatorianas.⁶ Esto sugiere un posible descenso en la duración de la lactancia materna, por lo que es pertinente revisar la situación en otros centros de salud rurales. En países de la región andina se han reportado diferentes tendencias en la lactancia materna, con declinaciones en el sector rural y aparentes aumentos en áreas urbanas.⁵ De ahí que también ameritaría evaluarse la situación actual en todo el país, puesto que la frecuencia de lactancia en el medio urbano alcanzó 35.9% años atrás.⁶

Diversos factores maternos se han relacionado con la suspensión de la lactancia antes de los seis meses. En este estudio, al igual que otros trabajos observacionales, las características propias del diseño lo vuelven susceptible de sesgos y las asociaciones encontradas pueden estar sujetas a factores de confusión no considerados. No obstante, las frecuencias en las proporciones de los tres factores identificados permiten apreciar su predominio en el grupo que suspendió la lactancia materna exclusiva. Además, la posible relación causal de estos factores puede explicarse a partir de las observaciones derivadas de otras investigaciones acerca del tema.

En este sentido, los factores de mayor relevancia para la suspensión de la lactancia materna exclusiva incluyen la ausencia de experiencias previas (de las madres) en amamantamiento y antecedentes de otras lactancias breves.⁷ A esto se suma que, aproximadamente, 70% de las madres puede experimentar dificultades propias de la lactancia, principalmente: pezones lastimados, dolor, cansancio y percepción de deficiente producción de leche,⁸ que en conjunto con otros problemas que enfrentan, provocan una sobrecarga anímica y mental.⁹ Todo lo anterior es más probable que ocurra en mujeres primíparas y eso explicaría la asociación con tal factor en este estudio. Para ayudar a las nuevas madres a superar los problemas, complicaciones tempranas y sentimientos subsecuentes, se ha propuesto como estrategia que los equipos de

salud brinden apoyo específico y educación en los periodos prenatal y posnatal.¹⁰

De forma interesante, en este estudio el abandono de la lactancia materna exclusiva fue más probable cuando las mujeres solo vivían en unión consensuada con la pareja. Este hallazgo debe interpretarse con cautela, debido a que algunos aspectos posiblemente coincidentes influyeron con la relación. Se conoce que el apoyo que brinda la pareja a la nueva madre (mediante estímulo verbal, atención a sus necesidades, asistencia para prevenir o enfrentar complicaciones, y ayuda específica en las tareas del hogar) es algo determinante para aumentar la duración de la lactancia materna.¹¹ Acorde con esto, los trabajos llevados a cabo en poblaciones latinoamericanas han reportado un menor riesgo de abandono de la lactancia cuando las mujeres tienen una relación estable,¹² mientras que la falta de apoyo de la pareja se relaciona con la suspensión de la lactancia materna exclusiva.¹³ Sin embargo, a diferencia de las parejas casadas, las que solo viven en unión libre suelen mostrar indicadores sociodemográficos y económicos más bajos;^{14,15} y, además, la convivencia por sí misma es un marcador de inestabilidad familiar, y se ha relacionado con diversos factores que pueden repercutir en el bienestar de los niños.¹⁴ En este sentido, en las madres convivientes no casadas, incluso en quienes tienen una relación estable, existe mayor riesgo de tabaquismo durante el embarazo, de ciertas variaciones en la lactancia y depresión, llegando a ser menos sensibles con su hijo.^{15,16} Por el contrario, en distintos trabajos se ha encontrado que cuando las mujeres son casadas, el mantenimiento de la lactancia materna se extiende por 12 meses o más.¹⁷ Lo anterior apoya el resultado obtenido y los hallazgos descritos en otras comunidades rurales.¹⁸ Tomando en cuenta el aumento sustancial de la convivencia en los países latinoamericanos durante las últimas décadas,¹⁹ luce relevante profundizar los estudios de la influencia del estado civil de las parejas en la lactancia materna exclusiva.



Cuando los hombres son padres por primera vez, puede ocurrir el mismo desconocimiento que las madres primíparas y solo si se capacitan en la etapa prenatal muestran mayor participación en el embarazo, parto y, lógicamente, la lactancia.²⁰ Además, algunos estudios señalan que los padres, aunque valoran los beneficios de la lactancia para sus hijos, no la consideran un asunto de alta prioridad en su vida personal,²¹ algunos la perciben como una práctica potencialmente dañina para las madres,²² señalan que la alimentación con leche a base de fórmula es algo más conveniente, incluso suelen sentirse incómodos con el amamantamiento en público.²³ Estas situaciones pueden ser más evidentes en padres jóvenes, puesto que enfrentan circunstancias personales, sociales y emocionales complejas.²¹ Por tal razón, involucrar específicamente a los padres en la promoción de la lactancia ha demostrado duplicar las posibilidades de alcanzar la lactancia materna exclusiva, reducir el uso de fórmulas lácteas sustitutivas y disminuir las complicaciones de la lactancia.²⁴ A su vez, la insatisfacción referida por las mujeres respecto del involucramiento de sus parejas es un factor pronóstico de suspensión de la lactancia entre los tres y seis meses posparto.²⁵ Lamentablemente, en la población investigada no se determinó el grado de participación y apoyo de los padres en la lactancia, pero es probable que formen parte de los factores que influyen en las asociaciones encontradas en este estudio.

El tercer factor identificado con el abandono de la lactancia materna exclusiva fue la ocupación de la madre fuera del hogar, porque estudian o trabajan. En varias investigaciones se ha identificado a la ocupación materna como un determinante de la duración de la lactancia. Cuando solamente existe la dedicación a labores del hogar se reduce el riesgo de abandonar la lactancia,¹² mientras que el regreso al trabajo luego del parto conduce a lo contrario.^{13,18,26,27} En este estudio, más de la tercera parte de las mujeres que suspendieron la lactancia traba-

jaba, una situación posiblemente derivada de los aspectos sociodemográficos y económicos menos favorables que suelen tener las parejas en unión libre.^{14,15} La necesidad de la madre para reintegrarse tempranamente al trabajo, muchas veces suele deberse a una condición de desempleo o bajos ingresos de pareja, dos factores paternos que se han relacionado con una menor lactancia que reciben sus hijos²⁸ y que resalta la importancia de continuar buscando alternativas que permitan lograr un aceptable equilibrio entre el trabajo de las madres y el tiempo para dedicar al amamantamiento exclusivo, durante los primeros seis meses de vida del hijo.²⁹

En los niños investigados no se encontraron diferencias en cuanto al estado nutricional según recibieran o no lactancia materna exclusiva; no obstante, se reportó una tasa elevada de procesos infecciosos respiratorios en quienes no la recibieron. Al respecto, una revisión sistemática de 23 estudios experimentales y observacionales² reportó que la lactancia materna exclusiva por seis meses comparada contra tres meses, seguida de lactancia parcial, aparentemente no supone resultados diferentes en el peso, la talla y el índice de masa corporal de los niños, pero puede ser insuficiente para prevenir la anemia; por tanto, es importante la complementación con hierro en países en vías de industrialización. En el mismo estudio se encontró que la lactancia durante seis meses reduce significativamente el riesgo de infecciones gastrointestinales y respiratorias en los niños.²

CONCLUSIONES

La importancia de la lactancia materna exclusiva se encuentra claramente establecida en múltiples investigaciones. El riesgo de mortalidad por cualquier causa es mayor durante los primeros dos años de vida, en los menores que no han recibido lactancia materna exclusiva o ha sido parcial,³⁰ y la neumonía es una de las principales causas de

morbilidad y mortalidad.³¹ Se ha estimado que su implementación casi universal puede prevenir más de 800,000 muertes anuales en niños menores de cinco años, incluso 20,000 fallecimientos al año por cáncer de mama en las madres.³ Además, la evidencia disponible no demuestra riesgos en recomendar, como política general, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida en países industrializados y en vías de industrialización.² Por lo tanto, es pertinente la vigilancia regular del grado de práctica de la lactancia materna, tanto en poblaciones rurales como urbanas. En caso de identificar el descenso de la lactancia materna exclusiva, es necesario continuar o aumentar con su promoción, dedicando más esfuerzos hacia los estratos sociales menos favorecidos y con menor cobertura de salud;⁵ mejorar la función de los profesionales de la salud en la prevención del abandono de la lactancia,³² considerando el empleo en las unidades operativas de nuevas estrategias (talleres prenatales, consejería pos-parto y seguimiento telefónico) para el apoyo a las madres,³³ particularmente a las que son primerizas y que laboran fuera del hogar, además de intervenir con los padres respecto de su conocimiento y participación en la lactancia materna exclusiva.

REFERENCIAS

- World Health Organization. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief (WHO/NMH/NHD/14.7). Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?ua=1
- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (8): CD003517. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003517.pub2>
- Victora CG, Bahl R, Barros AJD, Franca GVA, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387: 475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).
- United Nations Children's Fund. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. New York (United States): UNICEF; 2016. <https://www.unicef.org/media/49801/file/From-the-first-hour-of-life-ENG.pdf>
- Lutter CK, Chaparro CM, Grummer-Strawn LM. Increases in breastfeeding in Latin America and the Caribbean: an analysis of equity. *Health Policy Plan*. 2011; 26: 257-65. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq046>.
- Freire W, Ramírez M, Belmont P, Mendieta M, et al. Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Quito (Ecuador): Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2014.
- Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010; 18: 373-80. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000300012>.
- Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, et al. Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients*. 2019; 11: 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>.
- de Jager E, Skouteris H, Broadbent J, Amir L, Mellor K. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Midwifery*. 2013; 29: 506-18. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.009>.
- Meedva S, Fernandez R, Fahy K. Effect of educational and support interventions on long-term breastfeeding rates in primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *JBIS-2016-002955*. *JBIS-2016-002955*. <https://doi.org/10.11124/JBIS-2016-002955>.
- Ogbo FA, Akombi BJ, Ahmed KY, Rwabilimbo AG, et al. On behalf of the Global Maternal and Child Health Research Collaboration GloMACH. Breastfeeding in the Community-How Can Partners/Fathers Help? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17 (2): 413. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020413>.
- Flores-Díaz AL, Bustos-Valdés MV, González-Solís R, Mendoza-Sánchez HF. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. *Arch Med Fam*. 2006; 8: 33-39. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061e.pdf>
- Félix-Valenzuela JA, Martínez-Caldera E, Sotelo-Ham El. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatr Mex*. 2011; 13 (2): 47-56. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2011/pm112b.pdf>
- Manning WD. Cohabitation and Child Wellbeing. *Future Child*. 2015; 25 (2): 51-66. <https://doi.org/10.1353/foc.2015.0012>.
- Klausli JF, Owen MT. Stable maternal cohabitation, couple relationship quality, and characteristics of the home environment in the child's first two years. *J Fam Psychol*. 2009; 23: 103-106. <https://doi.org/10.1037/a0014588>.
- Kiernan K, Pickett KE. Marital status disparities in maternal smoking during pregnancy, breastfeeding and maternal depression. *Soc Sci Med*. 2006; 63: 335-46. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.006>.

17. Santana GS, Giugliani ERJ, Vieira TO, Vieira GO. Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2018; 94: 104-122. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.06.013>.
18. Pino JL, López MA, Medel AP, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Rev Chil Nutr*. 2013; 40(1): 48-54. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v40n1/art08.pdf>
19. Esteve A, Lesthaeghe R, López-Gay A. The Latin American cohabitation boom, 1970–2007. *Popul Dev Rev*. 2012; 38 (1): 55-81. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2012.00472.x>.
20. Xue WL, He HG, Chua YJ, Wang W, Shorey S. Factors influencing first-time fathers' involvement in their wives' pregnancy and childbirth: A correlational study. *Midwifery*. 2018; 62: 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.002>.
21. Ayton J, Hansen E. Complex young lives: a collective qualitative case study analysis of young fatherhood and breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2016; 11: 6. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0066-9>.
22. Hansen E, Tesch L, Ayton J. 'They're born to get breastfed'-how fathers view breastfeeding: a mixed method study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18 (1): 238. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1827-9>.
23. Mitchell-Box K, Braun KL. Fathers' thoughts on breastfeeding and implications for a theory-based intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012; 41: E41-50. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01399.x>.
24. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Arnold SM, Jayasinghe C, et al. Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2018; 18 (1): 1140. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6037-x>.
25. Tombeau Cost K, Jonas W, Unternaehrer E, Dudin A, et al. Maternal perceptions of paternal investment are associated with relationship satisfaction and breastfeeding duration in humans. *J Fam Psychol*. 2018; 32: 1025-1035. <https://doi.org/10.1037/fam0000468>.
26. Ramiro-González MD, Ortiz-Marrón H, Arana-Cañedo-Argüelles C, Esparza-Olcina MJ, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr (Barc)*. 2018; 89: 32-43. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.09.002>.
27. Navarro-Estrella M, Duque-López MX, Trejo y Pérez JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Publica Mex*. 2003; 45: 276-284.
28. Flacking R, Dykes F, Ewald U. The influence of fathers' socioeconomic status and paternity leave on breastfeeding duration: a population-based cohort study. *Scand J Public Health*. 2010; 38: 337-43. <https://doi.org/10.1177/1403494810362002>.
29. Pounds L, Fisher CM, Barnes-Josiah D, Coleman JD, Lefebvre RC. The Role of Early Maternal Support in Balancing Full-Time Work and Infant Exclusive Breastfeeding: A Qualitative Study. *Breastfeed Med*. 2017; 12: 33-38. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0151>.
30. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015; 104: 3-13. <https://doi.org/10.1111/apa.13147>.
31. Lamberti LM, Zakarija-Grković I, Fischer-Walker CL, Theodoratou E, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013; 13 (Suppl 3): S18. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S18>.
32. Mangrio E, Persson K, Bramhagen AC. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. *Scand J Caring Sci*. 2018; 32: 451-465. <https://doi.org/10.1111/scs.12489>.
33. Chan MY, Ip WY, Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: A longitudinal study. *Midwifery*. 2016; 36: 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.003>.