

Maestría en

MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN ENFERMEDADES METABÓLICAS, OBESIDAD Y DIABETES

**Tesis previa a la obtención de título de Magister en Nutrición y Dietética
con mención en Enfermedades Metabólicas, Obesidad y Diabetes**

AUTOR: Lic. Diana Carolina Farinango Armijos

TUTOR: Mg. Melanie Chávez

“Relación de los factores socioeconómicos en la duración de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 2 años en la provincia de Imbabura, Ecuador, según la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) ”

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Diana Carolina Farinango Armijos declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, Reglamento y Leyes.

FIRMA AUTOR

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Melanie Elizabeth Chávez Bayas, certifico que conozco a la autora del presente trabajo de titulación “Relación de los factores socioeconómicos en la duración de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 2 años en la provincia de Imbabura, Ecuador, según la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI)”, Diana Farinango, siendo la responsable exclusiva tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.

.....

Mg. Melanie Chávez

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DEDICATORIA

A mi mamá, con todo mi amor y gratitud.

Gracias por ser mi refugio y mi impulso, por tus palabras que siempre me levantaron y por tus sacrificios silenciosos. Tu fortaleza, tu valentía y tu ejemplo han sido la base sobre la que he construido este logro. Todo lo que soy y todo lo que he alcanzado tiene mucho de ti, y esta dedicatoria es una forma de honrar todo lo que representas en mi vida.

A mi hermano, quien ha sido una presencia constante en mi vida.

Gracias por tus palabras sencillas pero llenas de cariño, por tu compañía y por tu forma tan especial de demostrarme que cuento contigo. En cada paso de este proceso, tu apoyo me dio la tranquilidad que necesitaba para seguir. Has sido un abrazo en los momentos de estrés, un recordatorio de que nunca estoy sola y una motivación para seguir esforzándome.

A mi tío, cuya generosidad y calidez marcaron este proceso.

Gracias por abrirme tu hogar, por tu cariño y por sostenerme en los días en que el cansancio me sobrepasaba. Aprecio cada palabra de ánimo, cada gesto y el esfuerzo de trasladarte largas distancias solo para ayudarme. Tu bondad hizo más llevadero todo este recorrido. Este logro también te pertenece, porque tu bondad estuvo conmigo en cada paso.

A mi novio, que caminó conmigo con paciencia, amor y una comprensión que me sostuvo de verdad.

Gracias por escucharme, por abrazar mis miedos y por ser una presencia firme cuando dudaba de mí misma. Tu amor me dio fuerza en momentos donde ya no encontraba más, tu apoyo sincero, tu manera de estar presente y tu forma de cuidarme hicieron que esta etapa fuera menos pesada. Te amo, y agradezco con el alma todo lo que significaste en esta etapa.

Dedico este trabajo a ustedes cuatro, las personas que sostuvieron mis pasos, mis sueños y mis días. Este logro lleva la huella de cada uno y lo comparto con todo mi corazón.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi guía y mi fortaleza.

Por darme la vida, la salud y la claridad mental necesarias para llegar hasta este momento. Por acompañarme en cada paso y permitirme superar los retos que se presentaron en el camino. Reconozco que, sin su presencia, paciencia y sabiduría, este proceso no habría sido posible.

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a mi tutora, quien con dedicación, paciencia y compromiso me brindó su orientación durante el desarrollo de esta tesis. Gracias por su tiempo, su disposición para aclarar mis dudas y por su acompañamiento académico en cada etapa. Su guía ha sido fundamental para que este trabajo alcance la calidad y profundidad necesarias, y por ello le estaré siempre agradecida.

Agradezco también a la Universidad, por abrirme las puertas y permitirme formarme profesionalmente. Gracias por el entorno académico, los recursos, las herramientas metodológicas y el apoyo institucional que hicieron posible mi crecimiento tanto personal como académico. Cada clase, cada experiencia y cada aprendizaje dentro de sus aulas ha contribuido significativamente a mi formación.

Con gratitud sincera, dejo aquí mi agradecimiento a todos quienes hicieron posible esta meta tan importante.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA	2
APROBACIÓN DEL TUTOR	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
Introducción o antecedentes	13
Justificación.....	16
Marco teórico.....	18
Marco histórico.....	18
Marco conceptual	20
Lactancia materna.....	20
Tipos de leche materna.....	20
Complicaciones	21
Factores que afectan la lactancia materna exclusiva	23
Determinantes estructurales.....	24
Factores Socioeconómicos	26
Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil	28
Aspectos Normativos y Políticos.....	29
Planteamiento del problema	30
Objetivo general y específicos.....	32
Objetivo general	32
Objetivos específicos.....	32
Hipótesis.....	33
Metodología.....	34

Alcance y diseño del estudio	34
Población y área de estudio	34
Área de estudio:	34
Población:	34
Definición y selección de la muestra	34
Muestra	34
Criterios de inclusión	35
Criterios de exclusión	35
Proceso de recolección de datos	35
Limpieza de datos	36
Análisis estadístico	37
Operacionalización de variables	37
Resultados	40
Discusión	55
Limitaciones del estudio	59
Conclusiones	60
Recomendaciones	61
Bibliografía	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	37
Tabla 2. Sexo en jefes de hogar de Imbabura según ENDI.....	40
Tabla 3. Etnia en jefes de hogar de Imbabura según ENDI	43
Tabla 4. Ocupación en jefes de hogar de Imbabura según ENDI.....	44
Tabla 5. Inactividad en jefes de hogar de Imbabura según ENDI.....	45
Tabla 6. Área en jefes de hogar de Imbabura según ENDI	47
Tabla 7. Quintiles en jefes de hogar de Imbabura según ENDI	47
Tabla 8. Razón de no amamantar en menores de 2 años	49
Tabla 9. Meses de solo pecho en menores de 2 años	51
Tabla 10. Tabla cruzada entre nivel de ingresos y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en menores de 2 años	52
Tabla 11. Prueba de Chi-cuadrado para establecer la significancia en la relación entre nivel de ingresos y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en menores de 2 años	53
Tabla 12. Regresión lineal entre variables sociodemográficas y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses o más de solo pecho en menores de 2 años.....	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad en jefes de hogar de Imbabura según ENDI	41
Figura 2. Nivel de instrucción en jefes de hogar de Imbabura según ENDI	42
Figura 3. Estado conyugal en jefes de hogar de Imbabura según ENDI	46
Figura 4. Dio el seno al nacer en menores de 2 años.....	48
Figura 5. Tiempo de inicio de la lactancia después del nacimiento en menores de 2 años	50

Lista de Abreviaturas

ENDI: Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil

OMS: Organización Mundial de la Salud

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

OPS: Organización Panamericana de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

LME: Lactancia materna Exclusiva

Resumen

La lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida constituye una práctica fundamental para el adecuado crecimiento, desarrollo y salud infantil; sin embargo, su prevalencia continúa siendo insuficiente a nivel mundial, regional y nacional, con marcadas desigualdades asociadas a condiciones socioeconómicas. En Ecuador, pese a los avances registrados en los últimos años, persisten brechas importantes en la duración de la LME según características sociales, económicas y territoriales, lo que evidencia la necesidad de estudios que analicen estos determinantes a nivel local.

El objetivo de esta investigación fue evaluar la relación entre los factores socioeconómicos y la duración de la lactancia materna exclusiva en niños menores de dos años en la provincia de Imbabura, Ecuador, utilizando datos de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI).

El estudio fue de enfoque cuantitativo, observacional, analítico y de corte transversal, con una población de 258 niños menores de dos años. Para el análisis se emplearon estadísticos descriptivos, tablas cruzadas, la prueba de Chi-cuadrado de Pearson y un modelo de regresión logística binaria para identificar los factores asociados al mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Los resultados evidenciaron que el 93,8 % de los niños recibió lactancia materna al nacimiento. El nivel de ingresos del hogar no mostró asociación estadísticamente significativa con la duración de la lactancia materna exclusiva ($p=0,117$). En el análisis multivariado, el área de residencia fue el único factor socioeconómico asociado, observándose una mayor probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en el área urbana ($OR=2,044$; $p=0,025$).

En conclusión, los factores socioeconómicos analizados presentan una relación limitada con la duración de la lactancia materna exclusiva, destacándose el área de residencia como el principal factor asociado en la población estudiada.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva, factores socioeconómicos, niños menores de dos años, Imbabura, ENDI.

Abstract

Exclusive breastfeeding (EBF) for the first six months of life is a fundamental practice for proper infant growth, development, and health; however, its prevalence remains insufficient globally, regionally, and nationally, with marked inequalities associated with socioeconomic conditions. In Ecuador, despite the progress made in recent years, significant gaps persist in the duration of EBF according to social, economic, and territorial characteristics, highlighting the need for studies that analyze these determinants at the local level.

The objective of this study was to evaluate the relationship between socioeconomic factors and the duration of exclusive breastfeeding in children under two years of age in the province of Imbabura, Ecuador, using data from the National Survey on Child Malnutrition (ENDI).

The study followed a quantitative, observational, analytical, and cross-sectional design, with a population of 258 children under two years of age. Descriptive statistics, cross-tabulations, Pearson's Chi-square test, and a binary logistic regression model were used to identify factors associated with the maintenance of exclusive breastfeeding up to six months of age. The results showed that 93.8% of children received breast milk at birth. Household income level did not show a statistically significant association with the duration of exclusive breastfeeding ($p=0.117$). In the multivariate analysis, area of residence was the only socioeconomic factor significantly associated, with a higher probability of maintaining exclusive breastfeeding up to six months in urban areas ($OR=2.044$; $p=0.025$).

In conclusion, the socioeconomic factors analyzed showed a limited relationship with the duration of exclusive breastfeeding, highlighting area of residence as the main associated factor in the study population.

Keywords: exclusive breastfeeding, socioeconomic factors, children under two years of age, Imbabura, ENDI.

Introducción o antecedentes

La lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida es una de las estrategias más efectivas y naturales para garantizar el adecuado crecimiento, desarrollo y salud del niño. Esta práctica garantiza que el lactante reciba los nutrientes esenciales, al tiempo que potencia su sistema inmunitario y ayuda a minimizar el riesgo de episodios de infección respiratoria, digestivas y otras afecciones habituales en los niños (OPS/OMS, 2025). Por ello, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF recomiendan mantener la LME de forma exclusiva hasta los seis meses de edad (OPS/OMS, 2025).

A pesar de estos beneficios ampliamente respaldados por la evidencia científica, la prevalencia de lactancia materna exclusiva a nivel mundial sigue siendo insuficiente. Datos recientes indican que aproximadamente el 48% de los bebés menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva, lo que representa un aumento significativo en la última década (UNICEF, 2024). Sin embargo, aún menos de la mitad de los infantes en todo el mundo mantienen alimentación exclusiva con leche materna en la etapa temprana de la infancia, pese a los efectos positivos para la salud infantil y materna (UNICEF, 2024).

En América Latina y el Caribe, la situación es aún más desafiante. Alrededor del 43 % de los lactantes de menos de seis meses reciben únicamente leche materna, con cifras que pueden descender a 37 % en algunos países de la región (OPS/ OMS, 2025). En comparación con países vecinos, Colombia registra una prevalencia de lactancia materna exclusiva de aproximadamente 33 % en poblaciones de menores recursos, reflejando la importancia de factores socioeconómicos y de disponibilidad de atención médica en la implementación de la lactancia materna exclusiva (Instituto Nacional de Salud, 2024).

En Ecuador, la situación refleja tendencias similares a nivel regional. Según la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (INEC, 2022), un porcentaje significativo de niños no recibe lactancia exclusiva durante los primeros seis meses, observándose importantes desigualdades por nivel socioeconómico, educativo, étnico y territorial. Datos recientes indican que aproximadamente el 51,2 % de los bebés ecuatorianos reciben únicamente leche materna a lo largo de este período (Plan Internacional Ecuador, 2025). Este incremento se enmarca dentro de una tendencia positiva observada desde 2014,

cuando la tasa de LME era del 46,4 %, alcanzando un 62,1 % en 2018, con aumentos tanto en áreas urbanas (19,8 puntos porcentuales) como rurales (8,7 puntos porcentuales) (Tutasi, Borrás, Valencia, & Rodríguez, 2021). Aunque estos avances son alentadores, la cifra actual aún se encuentra ligeramente por debajo de las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, que recomiendan alcanzar al menos un 50 % de prevalencia para 2025 (Organización de las Naciones Unidas, 2024).

Es importante destacar que existen disparidades significativas en la práctica de la LME dentro del país. Por ejemplo, los niños pertenecientes al quintil 1, es decir, aquellos en situación de mayor vulnerabilidad económica, presentan una tasa de LME del 58,3 %, superior al promedio nacional (INEC, 2022).

Estos datos evidencian la necesidad de mejorar las políticas de apoyo, garantizar entornos de trabajo favorables para la lactancia y mejorar la educación y sensibilización de las madres sobre la importancia de la LME, especialmente en poblaciones vulnerables.

Además de los factores sociales y culturales, las condiciones económicas influyen de forma significativa en la práctica y duración de la lactancia materna exclusiva. La evidencia científica ha documentado que factores como el nivel de ingresos del hogar, la situación laboral de la madre y la estabilidad económica familiar pueden actuar como barreras o facilitadores de la LME; por ejemplo, la maternidad en condiciones de empleo formal o informal y las políticas de licencia por maternidad están asociadas con variaciones en las tasas de lactancia materna exclusiva en distintos países latinoamericanos, indicando una menor prevalencia de LME entre madres empleadas sin apoyos laborales adecuados (Neves, Machado, & Rinaldi, 2022).

La duración de la lactancia materna exclusiva no está determinada únicamente por la voluntad de la madre ni por la información que posea acerca de sus beneficios, sino que se encuentra condicionada por diversos factores sociales y económicos. Entre ellos destacan el nivel de ingresos del hogar, la situación laboral materna, la disponibilidad de atención sanitaria, el nivel educativo y el entorno cultural, los cuales pueden facilitar o, por el contrario, obstaculizar el cumplimiento de esta recomendación nutricional básica durante los primeros seis meses de vida (Romero, Zúñiga, & Sánchez, 2023).

La provincia de Imbabura, con su composición rural y urbana diversa, representa un escenario clave para analizar estas dinámicas. Las condiciones socioeconómicas en esta zona podrían desempeñar un papel crucial en la decisión o posibilidad de mantener

la LME. Sin embargo, existe una limitada disponibilidad de estudios que exploren esta relación de forma específica en la región, lo que evidencia la necesidad de generar información contextualizada y basada en datos actuales.

Justificación

La lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida es reconocida por la OMS y UNICEF como una práctica esencial para asegurar un desarrollo saludable, prevenir enfermedades infantiles y fomentar un crecimiento adecuado. Sin embargo, en Ecuador, aunque la tasa de LME a los seis meses alcanzó el 62,1 % según ENSANUT 2018, persisten desigualdades significativas entre zonas rurales y urbanas, así como entre distintos niveles socioeconómicos (INEC, 2018). Paralelamente, la desnutrición crónica infantil sigue siendo un problema de salud pública importante: datos recientes de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) indican que el 20,1 % de los niños menores presentan desnutrición crónica, cifra que se eleva significativamente entre poblaciones indígenas (33,4 %) y en madres con bajo nivel educativo (INEC, 2022).

Esta investigación es académicamente valiosa porque busca llenar vacíos en los estudios existentes, al analizar cómo factores socioeconómicos como el ingreso familiar, la educación materna, las condiciones laborales y el acceso a servicios básicos se relacionan con la duración de la lactancia materna exclusiva. El uso de datos actuales y representativos de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) permitirá generar evidencia sólida y actualizada que aporte a la nutrición infantil y la salud pública en Ecuador, especialmente en contextos geográficos y culturales diversos como la provincia de Imbabura.

Desde una perspectiva práctica y social, comprender estos factores permitirá diseñar y orientar intervenciones más eficaces dirigidas a poblaciones vulnerables. Por ejemplo, en Ecuador se ha observado que factores como el nivel educativo materno, el ingreso del hogar y el apoyo social/familiar tienen una influencia significativa sobre si la madre mantiene la lactancia materna exclusiva durante seis meses (Torres E. , 2024). Los resultados de esta investigación podrán servir a instituciones de salud pública, organizaciones comunitarias y autoridades provinciales para mejorar campañas de promoción de la lactancia, implementar programas educativos y formular políticas de apoyo en ámbitos rurales o urbano-marginales, donde los índices de desnutrición son más altos.

Económicamente, promover una mayor duración de la LME tiene impactos claros: reducir los costos del sistema de salud al disminuir la incidencia de enfermedades

infantiles prevenibles; mejorar el capital humano en el largo plazo, con mejor desempeño educativo y mayor productividad; y disminuir pérdidas económicas asociadas a la desnutrición, las cuales representan una carga significativa para el país. Por ejemplo, la “doble carga de la malnutrición” (desnutrición + sobrepeso/obesidad) se estima que cuesta al Ecuador cerca del 4,3 % del PIB, alrededor de US\$ 4.300 millones al año (UNICEF, 2021).

En lo personal y profesional, este estudio representa una oportunidad significativa para reafirmar mi compromiso con la nutrición infantil y la salud pública, ya que me permitirá fortalecer habilidades esenciales como el análisis de datos, la interpretación de encuestas nacionales y la formulación de propuestas fundamentadas en evidencia científica. Estas competencias no solo aportarán a mi formación académica, sino que también me brindarán herramientas prácticas para contribuir en el diseño de estrategias orientadas a mejorar la salud y nutrición de los niños, especialmente en comunidades con mayores desigualdades sociales y económicas. Centrar la investigación en Imbabura resulta especialmente valioso, pues en esta provincia la diversidad cultural convive con realidades de pobreza y acceso limitado a servicios básicos, lo que genera un impacto directo en las prácticas de lactancia materna y en el estado nutricional infantil. De esta manera, la investigación no solo refuerza mi desarrollo profesional, sino que también constituye un aporte concreto al bienestar y a la calidad de vida de las poblaciones más vulnerables del país.

Marco teórico

Marco histórico

Desde épocas antiguas, la leche materna ha sido reconocida como el principal alimento para asegurar la supervivencia del recién nacido y del lactante durante sus primeros meses de vida (Garro, Gulak, Astigarraga, & Barreda, 2022). A lo largo de la historia, prácticas como el uso de nodrizas reflejaron cómo las creencias religiosas, las diferencias de clase social y los roles tradicionales condicionaban la alimentación infantil. Con la Revolución Industrial y los cambios en el rol laboral de las mujeres, aparecieron los primeros sucedáneos de la leche materna y campañas publicitarias que fomentaron la lactancia artificial, provocando una disminución progresiva de la lactancia materna exclusiva (Dávalos & Rivera, 2025). En la actualidad, factores socioculturales como creencias negativas, bajo nivel educativo, la necesidad de trabajar y percepciones desfavorables hacia la leche materna continúan asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en diferentes contextos de América Latina (Badanta, y otros, 2025).

Con el tiempo, diversos estudios científicos y recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han demostrado la importancia de mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. No obstante, pese a los esfuerzos de múltiples entidades, tanto nacionales como internacionales, por concienciar a la población sobre sus beneficios, se estima que a nivel mundial solo el 44% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante este período, una cifra que aún está por debajo del objetivo global del 50% establecido para 2025 (UNICEF, 2025). En Ecuador, según los datos de la Encuesta ENSANUT 2012 mostró que solo el 54,6% de los niños menores de 24 meses inició la lactancia materna en los primeros momentos de vida. La lactancia materna exclusiva disminuyó progresivamente con la edad: 52,4% en el primer mes, 48% entre los 2 y 3 meses, y apenas 34,7% entre los 4 y 5 meses. En cuanto a diferencias étnicas, el 77% de las madres indígenas la practican hasta antes de los 6 meses, mientras que entre madres afroecuatorianas y montubias las tasas son significativamente menores (38,6% y 23%, respectivamente). Además, la prevalencia predomina en áreas rurales (58%) que en áreas urbanas (35%) (Ministerio de Salud Pública, 2025).

La desnutrición crónica infantil es una afección prevalente en infantes de hasta cinco años, independientemente del género, nivel socioeconómico o contexto cultural.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este problema se origina por una dieta insuficiente que no cubre los requerimientos nutricionales esenciales para el desarrollo físico y cognitivo del lactante (Chimborazo & Aguaiza, 2023). En Ecuador, representa un problema persistente, afectando a uno de cada cuatro niños menores de cinco años, con mayor incidencia en las zonas rurales, donde uno de cada dos niños la padece. Este escenario aumenta la posibilidad de emaciación y retraso en el desarrollo físico y cognitivo (Flores, Centeno, Maldonado, Robles, & Castro, 2021).

En este contexto, diversos factores biológicos, sociales, de salud, culturales, ambientales, nutricionales, socioeconómicos, educativos y relacionados con la conducta inciden en el desarrollo de la desnutrición en niños y niñas de menos de cinco años, limitando su crecimiento y afectando su salud integral a corto y largo plazo (Chimborazo & Aguaiza, 2023). Cuando se deja de ofrecer únicamente leche materna, lo cual suele estar relacionado con factores socioeconómicos, como el nivel educativo, los ingresos y las condiciones laborales de la madre, contribuye significativamente a esta situación. La pobreza, vinculada a la condición socioeconómica del hogar, influye en el acceso limitado a alimentos de calidad, así como en los hábitos de nutrición y cuidado infantil. Además, la situación económica también condiciona el cobertura de servicios fundamentales, tales como suministro de agua potable, condiciones sanitarias adecuadas y asistencia sanitaria temprana (Albuja, 2022).

Frente a esta realidad, el Estado ecuatoriano ha adoptado una serie de políticas públicas y programas sociales orientados a prevenir la desnutrición infantil y fomentar la lactancia materna. Iniciativas como el Plan Nacional de Lactancia Materna, los programas de nutrición infantil y la promoción del contacto piel con piel desde el nacimiento han sido claves en este proceso. A inicios de 2020, el INEC difundió la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018 cuyos datos finales se recolectaron en 2012 (Albuja, 2022). La reciente implementación de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) en 2022 es el primer levantamiento de datos dedicada a la desnutrición infantil que recoge información sobre el contexto social de la población infantil del Ecuador, representa un hito en la recopilación de datos actualizados y desagregados, permitiendo conocer con mayor precisión la magnitud del problema y sus causas (INEC, 2025).

Marco conceptual

Lactancia materna

Definición. - La lactancia materna exclusiva consiste en alimentar al lactante únicamente con leche materna, sin incluir otros líquidos o sólidos, salvo en casos estrictamente necesarios, como la administración de soluciones de rehidratación oral, suplementos vitamínicos, minerales o medicamentos (Gonzales, Ortiz, & Cruz, 2022). Tanto la Organización Mundial de la Salud OMS como el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF recomiendan iniciarla durante la primera hora tras el parto, mantenerla hasta los seis meses de edad y ofrecerla cada vez que el niño lo demande. La LME representa la forma más adecuada de nutrición durante las primeras etapas de vida, pues aporta la totalidad de nutrientes esenciales para un crecimiento y desarrollo intelectual apropiado (UNICEF, 2025).

Fisiología leche materna. - El proceso fisiológico de la lactancia inicia durante el embarazo con la mamogénesis, incluyendo progesterona, y estrógenos, la lactógeno placentaria y la prolactina preparan el tejido mamario, desarrollando los alvéolos y conductos necesarios para la producción de leche (Shah, Sabir, & Alhawaj, 2022). Después del parto y la salida de la placenta, la disminución repentina de estrógenos y progesterona inicia la fase de incremento de la producción láctea, momento en el que la síntesis abundante de leche materna se activa gracias a la acción constante de la prolactina (Pillay & Davis, 2023).

Durante la lactancia, la succión del bebé activa terminaciones nerviosas en el pezón y la areola, lo que lleva a la secreción de oxitocina, se encarga de impulsar la leche mediante la contracción de las células mioepiteliales alrededor de los alvéolos (Hannan, Elajnaf, Vandenberg, Kennedy, & Thakker, 2023). La prolactina y la oxitocina actúan de forma coordinada: la prolactina para mantener la síntesis de leche, y la oxitocina para su expulsión (Uvnäs, y otros, 2020).

Tipos de leche materna

Calostro. - También denominado “leche inicial”, es una secreción espesa de color amarillento-blanco producida por las células alveolares de la glándula mamaria, cuya síntesis puede comenzar en el tercer trimestre y que se secreta de forma más evidente inmediatamente después del parto. Aunque el volumen por toma es reducido entre 2 y 10 ml, su composición es altamente especializada: contiene

bajas cantidades de grasa y carbohidratos, pero es muy rico en proteínas y en compuestos bioactivos e inmunológicos como inmunoglobulinas, lactoferrina, células defensivas, factores de crecimiento, oligosacáridos y vesículas extracelulares (Garofoli, Civardi, Pisoni, Angelini, & Ghirardello, 2023).

Leche de transición. - La leche de transición corresponde a la etapa en la que la secreción mamaria pasa del calostro hacia la leche madura, posterior a la activación secretora conocida como “bajada de la leche”. Este período suele abarcar desde los dos primeros días tras el nacimiento hasta alrededor de la segunda o tercera semana posparto (McGuire, y otros, 2021). Durante este tiempo, la glándula mamaria experimenta cambios fisiológicos importantes, como el cierre progresivo de las uniones del epitelio, la reducción en la relación sodio-potasio y el incremento de la concentración de lactosa (Wijenayake, y otros, 2023).

Leche madura. – Aparece desde la segunda o tercera semana posparto y se caracteriza por una composición más estable, con proporciones adecuadas de grasas, carbohidratos y proteínas (McGuire, y otros, 2021), su color es más azulado y su textura menos espesa (Jozsa & Thistle, 2023).

Complicaciones

Desarrollo cognitivo. – Privar al lactante de la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses puede afectar de forma significativa su desarrollo cognitivo, tanto a corto como a largo plazo. En la primera infancia, diversos estudios han documentado un mayor riesgo de retrasos en hitos del desarrollo, como el lenguaje, la comunicación y la resolución de problemas, así como puntajes más bajos en pruebas de desarrollo cognitivo antes de los cinco años (Min & Choi, 2020). A largo plazo, un estudio realizado en niños de 4 a 5 años mostró que la lactancia, incluso parcial, se asoció significativamente con mejores habilidades cognitivas generales incluyendo memoria de trabajo, funciones no verbales y lenguaje tras controlar por el coeficiente intelectual materno y apego (Vargas, y otros, 2024). Asimismo, una cohorte de 11 años demostró que cada mes adicional de lactancia exclusiva se relaciona con incrementos en la inteligencia no verbal, estimados en 0,02 puntos por mes (Lovcevic, 2023).

Inmunidad. – El sistema inmunológico del lactante se ve comprometido cuando no recibe lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, lo que incrementa su susceptibilidad a diversas enfermedades

infecciosas. Estudios recientes han demostrado que los niños que no son amamantados de forma exclusiva presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar neumonía (OR 2,34; IC 95 % 1,89–2,78) y un aumento del 21 % en el riesgo de asma infantil (OR 1,21; IC 95 % 1,07–1,34), en comparación con aquellos que sí reciben lactancia materna exclusiva. Estos resultados se basan en 12 revisiones sistemáticas y metaanálisis que incluyeron más de 270 estudios primarios con una población combinada de más de diez millones de participantes. Además, la falta de componentes inmunológicos de la leche materna reduce la protección del lactante contra infecciones comunes y se asocia con una microbiota menos diversa y una inmunidad más débil, lo que aumenta el riesgo de alergias e infecciones recurrentes en la infancia (Beletew & Shalmeno, 2025).

Escolaridad. –Numerosos estudios señalan una asociación importante con la falta de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses y un menor desempeño escolar durante la infancia y la adolescencia. Un estudio prospectivo con más de 84.000 personas en Dinamarca encontró que los lactantes amamantados durante ≥ 5 meses alcanzaban en promedio entre 0,55 y 0,68 años más de escolaridad en comparación con aquellos amamantados por menos de un mes, independientemente del nivel educativo materno. A corto plazo, la práctica de lactancia exclusiva influye positivamente en la atención, la memoria y la evolución del lenguaje, habilidades esenciales para el aprendizaje inicial. A largo plazo, se ha observado que quienes no reciben lactancia exclusiva presentan un menor rendimiento en áreas como lectura, escritura y matemáticas, incluso después de ajustar por variables socioeconómicas y educativas del entorno familiar (Bjerregaard, Johansen, Dahl, & Baker, 2024).

Productividad futura. – La falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros meses puede impactar negativamente la productividad futura. Modelos económicos estiman que a nivel mundial se pierden entre 300 000 y 341 000 millones USD al año por menores ingresos y mayores costos sanitarios derivados de déficits cognitivos y enfermedades prevenibles en niños no amamantados exclusivamente (Walters, Phan, & Mathisen, 2019). A nivel de cohorte, datos de Dinamarca muestran que por cada mes adicional de lactancia exclusiva los individuos ganan más años de educación y hasta 4 000 USD adicionales en ingresos anuales a lo largo de la vida laboral. Estas

cifras subrayan que la lactancia materna es una inversión con retornos sostenidos en salud pública, capital humano y desarrollo económico (Bjerregaard, Johansen, Dahl, & Baker, 2024)

Factores que afectan la lactancia materna exclusiva

Factores inmediatos

Dieta insuficiente. –Una de las causas inmediatas que limita la práctica de la lactancia materna exclusiva es la alimentación materna deficiente, especialmente en contextos de inseguridad alimentaria. Una alimentación deficiente en calidad o cantidad puede afectar tanto la producción como la calidad de la leche materna, lo que puede generar ansiedad o desconfianza en las madres sobre su capacidad para alimentar adecuadamente a sus hijos. Estudios muestran que mujeres con desnutrición o bajo consumo energético presentan mayor riesgo de abandono precoz de la lactancia exclusiva, especialmente en los primeros tres meses posparto (Santacruz & Segura, 2020). Este tipo de limitación inmediata está estrechamente vinculada a determinantes estructurales, tales como la pobreza y la limitada disponibilidad a alimentos nutritivos y la desigualdad de género, lo que refuerza la necesidad de intervenciones nutricionales dirigidas a las madres durante el embarazo y la lactancia (Wubetie & Mekonen, 2022).

Enfermedades infecciosas. – Prescindir de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses incrementa considerablemente la vulnerabilidad del lactante frente a enfermedades infecciosas desde etapas tempranas de la vida. Una revisión global de 2025 reportó que los niños no amamantados tienen 2,34 veces más riesgo de neumonía y un 21 % más de asma, debido a la ausencia de inmunoglobulinas, lactoferrina y oligosacáridos protectores (Beletew & Shalmeno, 2025). En cinco países del sur de Asia, se observó mayor incidencia de diarrea, fiebre e infecciones respiratorias agudas en niños sin LME (Hossain & Mahrshahi, 2024). De igual forma, un estudio sueco con más de 37 000 niños encontró que la falta de LME se asocia con un aumento de hasta 3,32 veces en el riesgo de infecciones gastrointestinales (Hossain & Mahrshahi, 2024).

Factores Subyacentes

Inseguridad alimentaria. - La inseguridad alimentaria en el hogar impide que las madres tengan acceso suficiente a alimentos nutritivos, lo que puede afectar tanto su estado nutricional como la calidad de la leche materna. Esto genera preocupación en la

madre sobre su capacidad para amamantar, lo que provoca que se deje de ofrecer únicamente leche materna (FAO, IFAD, UNICEF, WFP & WHO, 2022).

Acceso limitado a servicios. – El acceso limitado a servicios de salud integrales es un factor subyacente clave que condiciona negativamente la lactancia materna exclusiva. Las mujeres que carecen de infraestructura sanitaria adecuada, personal capacitado o consejería continua durante el periodo prenatal y posnatal enfrentan mayores dificultades para iniciar y sostener la LME. A nivel global, más del 50% de la población no dispone de acceso completo a la atención sanitaria básica, lo que limita el apoyo a un gran número de madres para practicar la lactancia de manera adecuada (UNICEF, 2024). Esta falta de infraestructura y acompañamiento adecuado se observa también en países de ingresos bajos y medios, donde las brechas territoriales y sociales son evidentes. En Ecuador, el informe ENSANUT 2018 reveló que solo el 62,1 % de los lactantes de menos de 6 meses reciben únicamente leche materna, con una cifra significativamente menor en áreas urbanas (58,4 %) frente a las áreas rurales (INEC, 2018).

Determinantes estructurales

Pobreza. - La pobreza representa una de las barreras estructurales más importantes que enfrentan las madres a la hora de establecer y mantener la alimentación únicamente con leche materna. Cuando una familia vive en condiciones de precariedad económica, no solo enfrenta dificultades para cubrir necesidades básicas, sino que también tiene acceso limitado a servicios de salud, consejería especializada y tiempo suficiente para dedicarse al cuidado del recién nacido. En el contexto ecuatoriano, los niños de hogares pobres presentan una tasa de lactancia materna exclusiva del 66,9 %, a diferencia del 58,7 % en hogares no pobres (Moncayo, Granizo, Grijalva, & Rasella, 2019). Esto podría explicarse en parte por el mayor acceso a fórmulas lácteas en sectores con mayores ingresos, así como por la incorporación más temprana de las madres al trabajo formal sin medidas adecuadas de protección a la lactancia. Asimismo, la Encuesta ENSANUT 2018 informó que menores provenientes de quintiles bajos tenían mayor probabilidad de ser amamantados exclusivamente, lo que refleja el vínculo entre condiciones económicas precarias y prácticas de alimentación infantil (INEC, 2018).

Desigualdad. – La desigualdad socioeconómica condiciona significativamente el mantenimiento de la lactancia materna sin complemento, generando brechas importantes entre diferentes grupos sociales. En Ecuador, según la ENSANUT 2018, la prevalencia

de LME es mayor en zonas rurales (70,1 %) que en zonas urbanas (58,4 %), lo que refleja desigualdades territoriales vinculadas a factores culturales y al acceso a apoyos institucionales. Asimismo, el mismo informe revela que las madres con educación básica alcanzan una tasa de LME del 66,3 %, mientras que aquellas con educación superior alcanzan solo el 50,2 %, evidenciando que el mayor nivel educativo no siempre se traduce en más lactancia, lo que sugiere posibles barreras laborales y culturales (INEC, 2018).

Acceso a educación. – El nivel educativo de la madre desempeña un papel decisivo en la adopción y sostenimiento de la alimentación únicamente con leche materna. La carencia de conocimientos sobre sus ventajas y técnicas de lactancia reduce la probabilidad de que permitan a las madres iniciar y prolongar la LME durante los primeros seis meses. Estudios recientes, como uno realizado en Nepal en 2023, evidencian que la educación materna y el apoyo prenatal aumentan significativamente las tasas de LME, especialmente en comunidades rurales (Tang & Tang, 2019). Asimismo, una revisión sistemática y metaanálisis publicada en 2025 en el *International Breastfeeding Journal* concluyó que la educación materna es uno de los factores más influyentes para la práctica de la LME, particularmente en mujeres con niveles educativos más altos (Kalhor, y otros, 2025).

Acceso a salud. – Las barreras estructurales dentro del sistema de salud, como la escasa disponibilidad de servicios de consejería y la falta de personal capacitado, influyen directamente en las bajas tasas de lactancia materna exclusiva. En países con ingresos bajos y medios, la carencia de infraestructura, personal capacitado y políticas adecuadas dificulta que las madres reciban la orientación necesaria para comenzar y mantener la LME. Un estudio global de 2023 mostró que en estos países la prevalencia de LME es del 48%, mucho menor que el 68% observado en países desarrollados (Zhu, Gupta, & Pérez, 2024). En el caso de Ecuador, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 reveló que solo el 43,8 % de los lactantes de menos de seis meses recibían alimentación exclusiva con leche de la madre siendo aún menor en zonas urbanas y en madres con acceso limitado a controles prenatales. Además, el Ministerio de Salud Pública ha señalado como una de las principales barreras el acceso desigual a consejería en lactancia y la escasa disponibilidad de profesionales competentes, especialmente en áreas rurales y comunidades indígenas (INEC, 2018).

Factores Socioeconómicos

Nivel educativo de la madre. - La formación académica de las madres desempeña un papel decisivo en las formas de alimentación en la infancia, especialmente en los primeros meses de vida. Cuando no se dispone de información suficiente acerca de las ventajas y métodos correctos de la lactancia, disminuye considerablemente la probabilidad de mantener el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses. En comunidades rurales, un estudio realizado en Nepal (2023) evidenció que una mayor escolaridad materna y el acompañamiento prenatal incrementaron significativamente las tasas de alimentación exclusiva con leche materna. Asimismo, una revisión y metaanálisis publicada en 2025 concluyó que la educación materna es un elemento más influyente en la decisión de amamantar, en particular entre mujeres con un nivel más alto de instrucción. En Ecuador, la encuesta ENSANUT 2018 reportó que solo el 50 % de madres con educación secundaria o superior practicaron lactancia exclusiva en los primeros seis meses, frente al 38 % de aquellas que no completaron la secundaria (INEC, 2018).

Ingreso familiar. - En estrecha relación con la educación, las condiciones socioeconómicas de los hogares desempeñan un rol fundamental en el bienestar y la nutrición de los lactantes. Las desigualdades y limitaciones de los hogares constituyen uno de los determinantes principales que contribuyen al desarrollo de la desnutrición infantil. La insuficiencia de ingresos y la brecha social impiden que las familias accedan a dietas variadas y nutritivas, así como una atención sanitaria adecuada, lo cual aumenta la probabilidad de que los menores experimenten retrasos en su crecimiento físico y en su desarrollo intelectual. Del mismo modo, cuando los recursos son escasos, los cuidadores carecen de oportunidades para capacitarse en prácticas alimentarias óptimas, afectando la selección y frecuencia de los alimentos. A esto se suman la precariedad laboral y la falta de puestos estables, que profundizan la vulnerabilidad familiar y obstaculizan la adopción de hábitos saludables (UNICEF, 2025).

Empleo y condiciones laborales. - Las condiciones laborales desfavorables representan una de las principales barreras para sostener el amamantamiento exclusivo en las etapas tempranas de la infancia. Un estudio ecuatoriano basado en datos de ENSANUT 2018 reveló que el empleo materno se asocia con un incremento del 4,2 % al 18,1 % respecto a la probabilidad de que ocurra desnutrición crónica en la infancia, asociada a la disminución del tiempo disponible para la atención directa del lactante (Andrade & Gil, 2023). Además, una investigación cualitativa nacional mostró que menos

del 10 % de los entornos laborales ofrecen espacios adecuados para la extracción y conservación de leche materna, lo que obliga a muchas mujeres a suspender la lactancia antes del tiempo recomendado (Mendoza, Bates, & Vivat, 2023)

Acceso a servicios básicos (agua, saneamiento, salud). - Las condiciones del entorno físico y sanitario tienen implicaciones directas en la nutrición y la salud de los niños. La carencia de servicios esenciales como agua segura, sistemas de saneamiento y atención médica oportuna favorece la aparición de enfermedades infecciosas y limita la absorción adecuada de nutrientes. Estas deficiencias estructurales crean un entorno de alta vulnerabilidad, que afecta tanto la salud de la madre como la del niño durante las primeras etapas de la infancia, y se relacionan con un mayor riesgo de desnutrición crónica (UNICEF, 2025).

Residencia urbana/ rural. - El lugar donde vive una familia influye considerablemente en sus oportunidades de acceso a servicios y apoyo para la lactancia. En Ecuador, aunque las tasas de lactancia exclusiva tienden a ser mayores en zonas rurales, estas comunidades también enfrentan desafíos importantes, como limitaciones geográficas, escasa cobertura sanitaria y baja disponibilidad de consejería especializada. Por otro lado, en áreas urbanas, el ritmo acelerado de vida, la falta de espacios comunitarios de apoyo y el temprano regreso al trabajo dificultan el mantenimiento de prácticas adecuadas de amamantamiento (Freire, y otros, 2020). Un análisis regional identificó que las madres que viven en ciudades tienen menor adherencia a la lactancia prolongada debido a estas barreras estructurales.

Las prácticas de lactancia materna están fuertemente influenciadas por el contexto cultural y social. Según (Badanta, y otros, 2025), las creencias y valores comunitarios condicionan cuándo y cómo las madres inician y mantienen la lactancia. En muchos países persisten mitos sobre el calostro considerado “leche sucia” o dañina, así como percepciones erróneas sobre la calidad de la leche materna, lo que conduce a la introducción temprana de líquidos o formulas. Estas prácticas suelen reforzarse por la autoridad familiar, como abuelas o suegras y por tradiciones transmitidas entre generaciones, que, aunque buscan proteger al recién nacido, en ocasiones contradicen las recomendaciones de salud pública.

En el ámbito local, (Agrina, y otros, 2025) demostraron que las normas socioculturales influyen más en la lactancia exclusiva que el conocimiento individual. En

una zona rural de Indonesia, la aceptación social y los mandatos culturales determinaron en la decisión de amamantar. Las madres con apoyo comunitario y validación cultural prologaban la lactancia, mientras que aquellas bajo presión familiar o laboral la interrumpían antes de los seis meses.

De forma similar (Amzat, y otros, 2024) y (Feyera, y otros, 2024) muestran que en comunidades africanas las creencias religiosas, la autoridad de ancianos y la influencia de parteras tradicionales condicionan la duración y las prácticas de la lactancia. En algunos contextos, amamantar en público se considera inapropiado y ciertos alimentos o estados emocionales de la madre pueden llevar a suspender la lactancia, reflejando la interacción entre cultura, género y salud.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública ha implementado programas como Infancia EC, que brinda consejería virtual para apoyar la lactancia durante los primeros años del niño (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2025). También se han fortalecido los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM), donde las madres comparten experiencias y reciben acompañamiento profesional, lo que mejora la adherencia a la lactancia exclusiva (Ministerio de Salud Pública, 2023). A esto se suman campañas como el Lactatón, que han incrementado el conocimiento, confianza y práctica de la lactancia exclusiva en distintas comunidades (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2025).

Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil

La Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI), es el primer estudio estadístico longitudinal especializado en Ecuador para medir la prevalencia y los determinantes de la desnutrición en menores de cinco años; diseñada por el Instituto Nacionales de Estadística y Censos INEC en el marco de la Estrategia Nacional “Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil”, su ejecución se realiza mediante un muestreo probabilístico estratificado que abarca zonas urbanas y rurales de las 24 provincias, incluida Galápagos, con personal capacitado desplegado durante doce meses con el fin de asegurar la fiabilidad de los datos (INEC, 2025); la ENDI recopila más de veinte indicadores, entre ellos medidas antropométricas, condiciones económicas del hogar y prácticas de salud y nutrición, generando datos desagregados y actualizados que sirven como insumo fundamental para la formulación, seguimiento y evaluación de políticas y

programas orientados a prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil en todo el país (INEC, 2022).

Aspectos Normativos y Políticos

La Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna en Ecuador, vigente desde 1995, constituye la base legal para la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Esta norma establece que el Estado debe garantizar condiciones adecuadas en los centros de salud para favorecer el contacto inmediato entre madre y recién nacido, además de restringir la publicidad de sucedáneos de leche materna para proteger la práctica natural. Así, se asegura un marco protector que respalda a las madres en la alimentación exclusiva con leche materna (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2024).

El Ministerio de Salud Pública ha implementado diversas políticas públicas para apoyar la lactancia materna. Estas incluyen la certificación de salas de apoyo a la lactancia materna en instituciones públicas y privadas, la promoción de donación de leche humana a través de bancos de leche y la capacitación de profesionales de la salud para brindar asesoría y apoyo a las madres lactantes. Estas acciones buscan garantizar que las madres puedan mantener la lactancia exclusiva hasta los seis meses y continuarla con la alimentación complementaria hasta los dos años o más, contribuyendo al bienestar de los niños y al cumplimiento de los objetivos de la Estrategia Nacional (Ministerio de Salud Pública, 2024).

Planteamiento del problema

La lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida es un elemento clave para garantizar el desarrollo saludable de los niños, proporcionando nutrientes esenciales, fortaleciendo su sistema inmunológico y favoreciendo la vinculación madre – hijo (UNICEF, 2025). Sin embargo, a pesar de sus múltiples beneficios, la prevalencia de LME sigue siendo baja en Ecuador, con importantes variaciones según la región y las condiciones socioeconómicas de las familias (Ministerio de Salud Pública, 2025). La provincia de Imbabura no se escapa a esta situación. Ya que datos recientes de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) muestran que una proporción significativa de niños menores de dos años no recibe lactancia materna exclusiva durante el período recomendado, lo que evidencia la presencia de factores que limitan su práctica (INEC, 2022).

Entre los principales factores que influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva se destacan el nivel educativo de la madre, el ingreso familiar, la condición laboral, el acceso a servicios de salud y apoyo en lactancia (Torres, Camarillo, & Vega, 2023). Estudios han demostrado que madres con menor escolaridad y en situación de pobreza presentan menor probabilidad de mantener la LME, debido a la falta de información sobre sus beneficios, la necesidad de reincorporarse al trabajo y la ausencia de entornos que faciliten la lactancia, además la informalidad laboral, la escasa protección social y la ausencia de espacios o políticas de apoyo a la lactancia en los lugares de trabajo representan obstáculos importantes para su continuidad (Neves, Machado, & Rinaldi, 2022).

En el contexto ecuatoriano, estas condiciones se intensifican en provincias con alta diversidad social y económica como Imbabura, donde una parte significativa de la población habita en zonas rurales o urbano-marginales con limitado acceso a servicios de salud, educación y empleo formal (Puchaicela, 2024). La falta de consejería en lactancia, la influencia de mitos culturales sobre la alimentación del lactante y la carga laboral no remunerada de las mujeres también pueden afectar negativamente la duración de la LME (Hidrobo, y otros, 2021).

Por lo tanto, resulta fundamental analizar cómo los factores socioeconómicos afectan la duración de la LME en la provincia de Imbabura, con el fin de generar evidencia que permita diseñar políticas y estrategias de intervención más efectivas. El estudio

detallado de los datos de la ENDI permitirá identificar patrones y asociaciones entre estas variables, contribuyendo a mejorar las prácticas de apoyo a la maternidad y promoviendo la salud integral de los niños menores de dos años en la región.

Objetivo general y específicos

Objetivo general

- Evaluar la relación entre los factores socioeconómicos, la duración de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 2 años en la provincia de Imbabura.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en niños menores de 2 años en la provincia de Imbabura, según los datos de la ENDI.
- Analizar la relación entre el nivel de ingresos del hogar y la duración de la lactancia materna exclusiva.
- Aplicar un modelo de regresión logística para identificar los factores socioeconómicos que predicen la probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en niños menores de 2 años en la provincia de Imbabura, utilizando los datos de la ENDI.

Hipótesis

La duración de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 2 años en Imbabura esta influenciado por factores socioeconómicos de las familias, los cuales limitan o favorecen la práctica de la lactancia durante los primeros meses de vida.

Metodología

Alcance y diseño del estudio

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo de tipo no experimental y observacional, con un diseño transversal y analítico, basado en datos secundarios obtenidos de la Encuesta sobre Desnutrición Infantil (ENDI). Este diseño permitió evaluar las asociaciones entre factores socioeconómicos y la duración de lactancia materna exclusiva para examinar la relación entre factores socioeconómicos y la duración de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 2 años residentes en la provincia de Imbabura, Ecuador.

Población y área de estudio

Área de estudio: El área de estudio se centró en la provincia de Imbabura, Ecuador, una región que combina contextos urbanos y rurales y que enfrentó desafíos en salud pública derivados de desigualdades socioeconómicas.

Población: correspondió a niños menores de 2 años residentes en la provincia de Imbabura, Ecuador, incluidos en la base de datos de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI).

Definición y selección de la muestra

Muestra

La información utilizada en este estudio correspondió a infantes menores de dos años en Imbabura, incluidos en la base de datos de la Encuesta de Desnutrición Crónica Infantil (ENDI), publicada en 2023 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Inicialmente, se contaba con aproximadamente 105 000 registros de la encuesta general. Luego, se realizó una combinación de las bases de datos de individuos y jefes de hogar mediante la variable “id de hogar”, obteniéndose un total de 56 000 registros. Posteriormente, se filtraron los registros por provincia, dejando 1664 registros correspondientes a Imbabura.

Para el análisis sociodemográfico general se seleccionaron únicamente los registros de los representantes del hogar, con un total de 366 registros. Finalmente, para el análisis de lactancia materna exclusiva se filtraron los niños menores de 2 años (categorías de edad “0-5 meses”, “6-11 meses y 12-23 meses”), quedando un total de 258

registros para análisis descriptivo y 247 registros para análisis de regresión logística, considerando la disponibilidad de información demográfica completa de los hogares.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio niños y niñas menores de 24 meses de edad residentes en la provincia de Imbabura, registrados en la base de datos de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) 2023, que contaban con información completa y válida sobre la duración de la lactancia materna exclusiva y las variables socioeconómicas del hogar necesarias para el análisis (sexo y edad del niño, nivel de instrucción, etnia, estado conyugal y ocupación de la madre o jefe/a de hogar, condición de inactividad del jefe/a de hogar, área de residencia y quintil de ingreso).

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio los registros correspondientes a niños mayores de 24 meses o residentes en provincias distintas a Imbabura, así como aquellos casos que presentaron información incompleta, inconsistente o faltante en las variables de interés. Asimismo, se excluyeron los registros duplicados identificados durante el proceso de cruce y depuración de las bases de datos.

Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI), de forma secuencial y sistemática. Inicialmente, se extrajo la población de niños menores de 2 años residentes en la provincia de Imbabura, filtrando la base de datos general.

De manera inicial se escogió la base de datos:

“BDD_ENDI_R1_f1_personas_Trabajada”, de la cual se extrajeron variables sociodemográficas, tales como: edad, nivel de instrucción, etnia, ocupación, estado conyugal, área, quintiles.

Posteriormente se utilizaron las bases:

“BDD_ENDI_R1_f1_lactancia_Trabajada”, de donde se seleccionaron variables asociadas con la duración de lactancia materna exclusiva.

“BDD_ENDI_R1_f1_desarrollo_Trabajada”. Se seleccionarán las variables día, mes, año de nacimiento del niño.

Finalmente, se realizó el cruce de información utilizando identificadores únicos que permitieron asociar de manera precisa los datos de cada niño en las distintas fuentes. Durante este proceso se depuraron los registros para eliminar aquellos con datos incompletos o inconsistentes, garantizando así la calidad y confiabilidad de la base final.

Limpieza de datos

Las bases de datos estaban segmentadas obedeciendo a las variables sociodemográficas (93 000 registros aproximadamente) y las variables de lactancia (12 000 registros aproximadamente). Se contó con un registro total inicial de 105 000 registros aproximadamente, se realizó una combinación basada en la variable “id de hogar” para poder contar con una base de datos única para un total de 56 000 registros aproximadamente, en un segundo momento se filtró todos los registros por la variable “Provincia” para obtener los datos únicamente de Imbabura dejando un total de 1 664 registros. Estos datos se filtraron seleccionando únicamente para los “Representantes de Hogar” de la variable “Parentesco con el jefe de hogar” dejando un total de 366 registros que fueron tomados en cuenta para el análisis sociodemográfico general de la muestra.

Para los cálculos posteriores se realizó una filtración atendiendo a las variables “Parentesco con el jefe de hogar” y “Grupo de edad”, de los que se seleccionó las categorías “Hija o Hijo” – “Hijastra o Hijastra” y “Nieta o Nieto” con un total de 906 registros. Finalmente, para cubrir los propósitos de esta investigación se filtraron los menores de 2 años usando la variable “Grupo de edad” seleccionando las categorías “0-5 meses”, “6-11 meses” y “12-23 meses” dejando un total de 258 registros. Para el análisis de regresión logística se hizo una combinación de los datos correspondientes a los jefes de Hogar y el filtrado de menores de dos años utilizando la variable “Id de hogar”, con el propósito de contar con las condiciones sociodemográficas apropiadas para un total de 247 registros. Este último proceso de filtración se realizó dada la naturaleza de la base de datos, que codifica datos sociodemográficos clave como la edad, ocupación, nivel educativo, entre otros, únicamente de los menores y no refleja adecuadamente la situación sociodemográfica del hogar del menor.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó a partir de la base de datos secundaria proporcionada por la ENDI, la cual fue revisada, organizada y codificada con el propósito de asegurar la veracidad de la información. La información se procesó en el software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versión 26). Se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables demográficas y de salud infantil, así como regresión logística para evaluar la relación entre los factores socioeconómicos y la duración de la lactancia materna exclusiva. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos, y se estableció un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

Variable dependiente: duración de lactancia materna exclusiva.

Variables independientes: sexo, edad, nivel de instrucción, etnia, estado conyugal, ocupación, inactividad jefe de hogar, área de residencia (rural/urbana), quintil de ingreso.

Operacionalización de variables

TABLA 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo de variable	Escala
Sexo	Clasificación biológica	Sexo biológico	Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre/Mujer
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento del padre hasta el momento de la encuesta	Medida del tiempo de vida	Edad	Cuantitativa continua	Adulto Adulto joven Joven Adulto medio Adulto mayor Menor
Nivel de instrucción	Último nivel educativo alcanzado.	Grado de educación alcanzado	Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Bachillerato Educación superior

						Educación general básica Educación técnica Maestría/especialización Ninguno PHD/ Doctorado
Etnia	Grupo étnico al que se autoidentifica el encuestado.	Identidad cultural	Etnia	Cualitativa nominal		Indígena Mestizo Afroecuatoriana Blanca
Ocupación	Actividad principal que realiza el encuestado.	Trabajo o actividad principal	Ocupación	Cualitativa nominal		Inactividad Cuenta propia Empleada/o doméstica/o Empleada/o u obrera/o del Estado, Gobierno, Municipio, Consejo Provincial, Junta Parroquial Empleada/o u obrera/o privado Jornalera/o o peón Patrón/a Trabajador/a familiar no remunerado Socia/o
Inactividad jefe de hogar	condición de laboral en la cual la persona no participa en el mercado de trabajo,	Condiciones socioeconómicas del jefe de hogar	Inactividad jefe de hogar	Cualitativa nominal		Actividad laboral Estudiante Jubilada/o Rentista Impedido de trabajar por discapacidad Quehaceres del hogar Otro

Estado conyugal	Situación sentimental del encuestado	Relación sentimental marital	Estado o conyugal	Cualitativa nominal	Casada/o Unida/o Separada/o Soltera/o Divorciada/o Viuda/o
Área	Lugar de residencia	Ubicación geográfica	Área	Cualitativa nominal	Urbano rural
Quintiles	Nivel de ingresos según distribución por quintiles	Nivel económico	Quintiles	Cuantitativa ordinal	Quintil 1 Quintil 2 Quintil 3 Quintil 4 Quintil 5

Nota: Elaborado por la autora.

Resultados

La presente sección expone los resultados obtenidos a partir del análisis de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENDI) en la provincia de Imbabura. Se presentan primero las características sociodemográficas de los jefes de hogar, abarcando variables como sexo, edad, nivel de instrucción, etnia, ocupación, estado conyugal, área de residencia y quintiles de ingreso. Posteriormente, se incluyen los hallazgos vinculados a la lactancia materna exclusiva en menores de dos años, el momento de inicio de la lactancia, la duración en meses y las razones de no amamantar, con el fin de aportar una visión integral sobre esta práctica en el contexto provincial.

Asimismo, se analizan las asociaciones entre las condiciones sociodemográficas y la probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, empleando pruebas de asociación (Chi-cuadrado) y modelos de regresión logística. Estos procedimientos permitieron identificar la relevancia de factores como el nivel de ingresos, el área de residencia o la condición laboral en el sostenimiento de la lactancia exclusiva, aportando evidencia para comprender mejor la influencia del entorno socioeconómico y cultural en las decisiones de alimentación infantil en Imbabura

Condiciones sociodemográficas de la muestra

Sexo

TABLA 2

Sexo en jefes de hogar de Imbabura según ENDI

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Hombre	215	58.7%	58.7%
Mujer	151	41.3%	100%
TOTAL	366	100%	

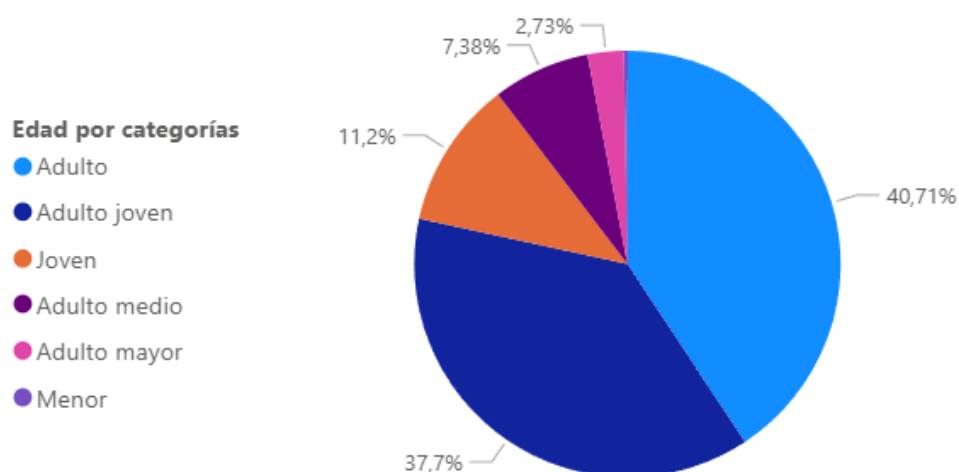
Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

Según se observa en la Tabla 1, los jefes de hogar encuestados corresponden en su mayoría a Hombres (58.7%) en contraste con la cantidad de mujeres (41.3%) en la provincia de Imbabura.

Edad

FIGURA 1

Edad en jefes de hogar de Imbabura según ENDI



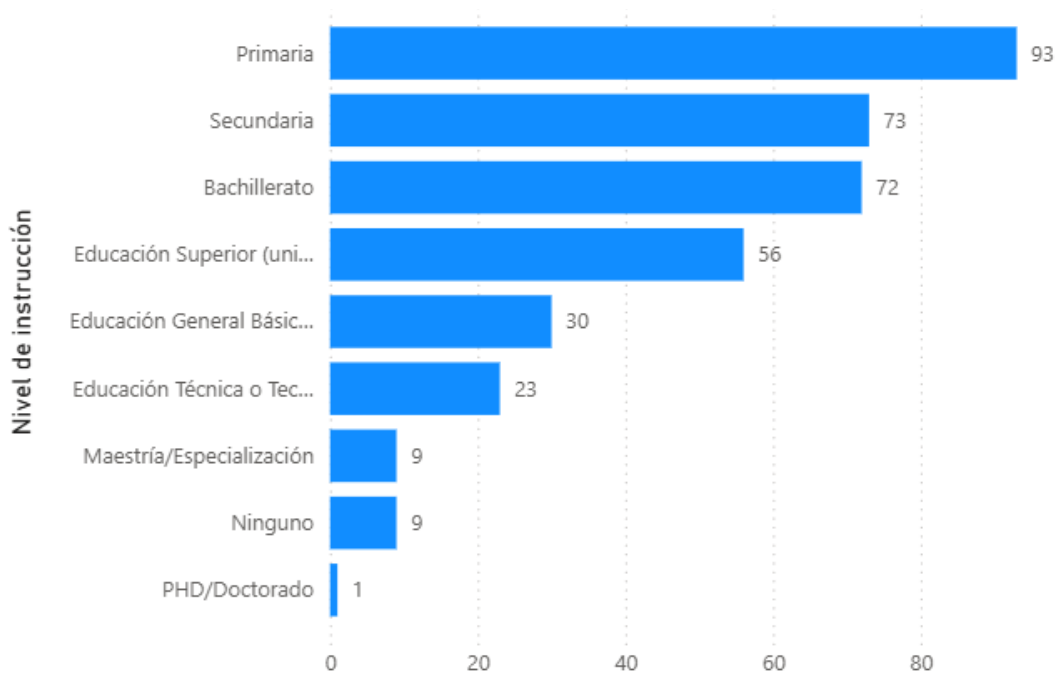
Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

En la Figura 1 es posible notar que cerca del 80% de la muestra de jefes de hogar en la provincia de Imbabura corresponde a Adultos de entre 35 y 44 años (40.7%), seguido de los Adultos jóvenes de entre 25 y 34 años (37.7%). El tercer grupo representativo son los Jóvenes de 18 a 24 años (11.2%). El resto de la muestra compuesta por aproximadamente el 12% del total está compuesta por Adultos mayores (2.7%), Adultos medios (7.4%) y Menores de edad (0.3%).

Nivel de instrucción

FIGURA 2

Nivel de instrucción en jefes de hogar de Imbabura según ENDI



Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

La Figura 2 muestra la distribución del nivel de instrucción de los jefes de hogar en Imbabura. Se observa que la mayor proporción corresponde a quienes alcanzaron la educación primaria (25,4%), seguidos de quienes culminaron la secundaria (19,9%) y el bachillerato (19,7%). En menor medida se encuentran quienes alcanzaron la educación superior (15,3%) y la educación general básica (8,2%). La educación técnica o tecnológica representa el 6,3%, mientras que los niveles de maestría o especialización y PHD/Doctorado concentran el 2,5% y 0,3% respectivamente. Finalmente, un 2,5% de los jefes de hogar no presenta ningún nivel de instrucción.

Etnia

TABLA 3

Etnia en jefes de hogar de Imbabura según ENDI

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Mestiza	219	59.8%	59.8%
Indígena	107	29.2%	89%
Afroecuatoriana	35	9.6%	98.8%
Blanca	5	1.4%	100%
TOTAL	366	100%	

Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

La Tabla 2 evidencia que la mayoría de los jefes de hogar de la provincia de Imbabura se identifica como mestiza (59,8%), seguida de una proporción considerable de población indígena (29,2%). En menor medida se encuentran los jefes de hogar que se reconocen como afroecuatorianos (9,6%), mientras que la población blanca representa únicamente el 1,4%.

Ocupación

TABLA 4

Ocupación en jefes de hogar de Imbabura según ENDI

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Inactividad	80	21.9%	21.9%
Cuenta propia	99	27%	48.9%
Empleada/o doméstica/o	4	1.1%	50%
Empleada/o u obrera/o del Estado, Gobierno, Municipio, Consejo Provincial, Junta Parroquial	30	8.2%	58.2%
Empleada/o u obrera/o privado	95	26.0%	84.2%
Jornalera/o o peón	41	11.2%	95.4%
Patrón/a	11	3%	98.4%
Trabajador/a familiar no remunerado	3	0.8%	99.2%
Socia/o	3	0.8%	100%
TOTAL	366	100%	

Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

En la Tabla 3 es posible observar la distribución de la ocupación en los jefes de hogar de Imbabura según la ENDI. Se observa que el grupo más numeroso corresponde a quienes trabajan por cuenta propia (27%), seguido muy de cerca por los empleados u obreros privados (26%). Un 21,9% de los jefes de hogar se encuentran en situación de inactividad, mientras que un 11,2% se desempeña como jornaleros o peones. Los empleados del sector público representan el 8,2%, y en proporciones menores se ubican los patrones (3%), los empleados domésticos (1,1%), así como los trabajadores familiares no remunerados y los socios, ambos con un 0,8%.

Inactividad

TABLA 5

Inactividad en jefes de hogar de Imbabura según ENDI

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Actividad laboral	305	83.3%	83.3%
Estudiante	3	0.8%	84.2%
Jubilada/o	5	1.4%	85.5%
Rentista	2	0.5%	86.1%
Impedido de trabajar por discapacidad	2	0.5%	86.6%
Otro	1	0.3%	86.9%
Quehaceres del hogar	48	13.1%	100%
TOTAL	366	100%	

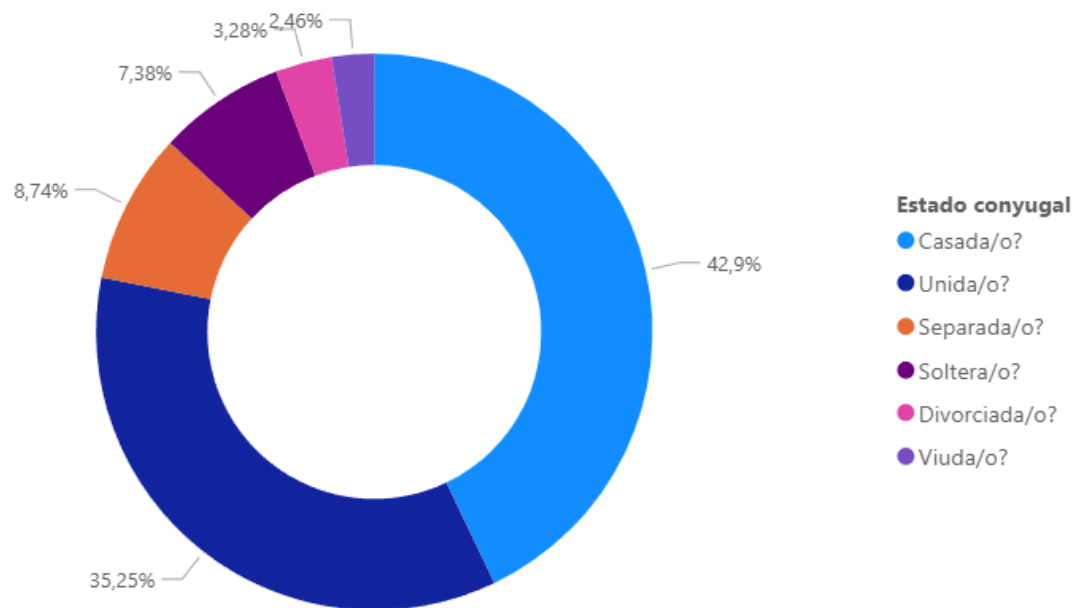
Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

La Tabla 4 presenta la condición de inactividad en los jefes de hogar de Imbabura según la ENDI. La gran mayoría se encuentra en actividad laboral (83,3%), mientras que un 13,1% se dedica a los quehaceres del hogar, constituyendo el segundo grupo más representativo. En menor proporción aparecen los jubilados (1,4%), estudiantes (0,8%), rentistas (0,5%) y quienes están impedidos de trabajar por discapacidad (0,5%), además de un 0,3% clasificado en la categoría otro.

Estado conyugal

FIGURA 3

Estado conyugal en jefes de hogar de Imbabura según ENDI



Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

La Figura 3 expone la distribución del estado conyugal en los jefes de hogar de Imbabura según la ENDI. Se observa que la mayor parte se encuentra casada (42,9%) o en condición de unión libre (35,2%), lo que en conjunto representa más de tres cuartas partes de la población. En menor medida aparecen los jefes de hogar separados (8,7%) y solteros (7,4%), mientras que los divorciados y viudos constituyen grupos reducidos, con 3,3% y 2,5% respectivamente.

Área

TABLA 6

Área en jefes de hogar de Imbabura según ENDI

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Rural	102	28.1%	28.1%
Urbano	263	71.9%	100%
TOTAL	366	100%	

Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

La Tabla 5 muestra la distribución de los jefes de hogar de Imbabura según el área de residencia de acuerdo con la ENDI. Los datos evidencian un claro predominio del área urbana, donde se concentra el 71,9% de los jefes de hogar, mientras que el área rural representa el 28,1%.

Quintiles

TABLA 7

Quintiles en jefes de hogar de Imbabura según ENDI

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Quintil 1	80	21.9%	21.9%
Quintil 2	67	18.3%	40.2%
Quintil 3	58	15.8%	56%
Quintil 4	53	14.5%	70.5%
Quintil 5	108	29.5%	100%
TOTAL	366	100%	

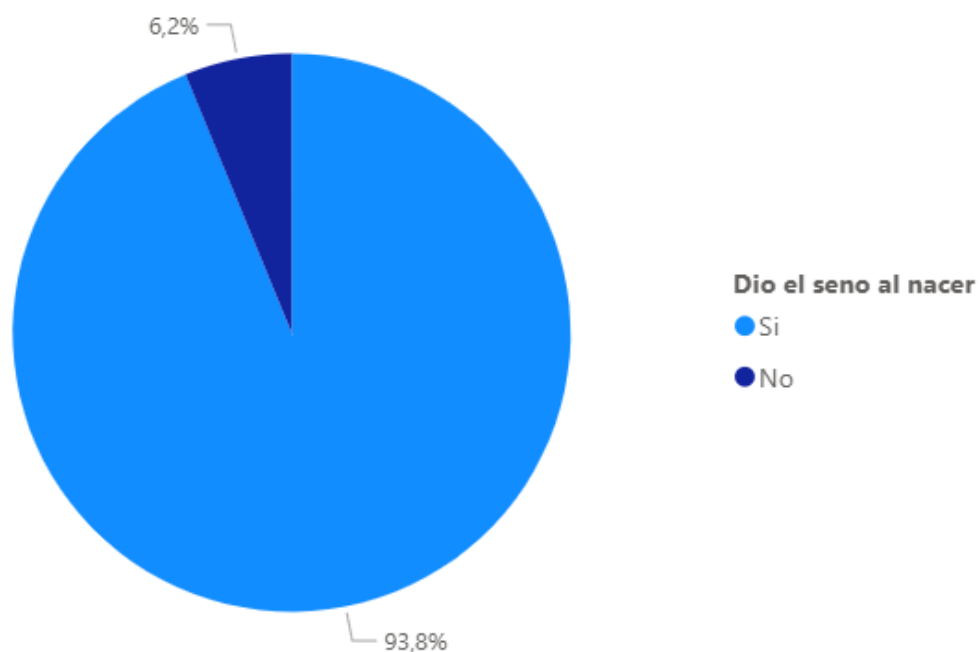
Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

La Tabla 6 presenta la distribución de los jefes de hogar de Imbabura según quintiles de ingreso de acuerdo con la ENDI. Se observa que la mayor proporción corresponde al quintil 5 (29,5%), seguido del quintil 1 (21,9%) y del quintil 2 (18,3%). En menor medida se encuentran los jefes de hogar ubicados en el quintil 3 (15,8%) y en el quintil 4 (14,5%).

Prevalencia de lactancia materna en niños menores de 2 años en la provincia de Imbabura

FIGURA 4

Dio el seno al nacer en menores de 2 años



Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

Según se observa en la Figura 4, la mayoría de los menores de dos años en Imbabura recibieron leche materna al nacer, con un 93,8% de casos, mientras que solo el 6,2% no fueron amamantados en ese momento.

Razón de no amamantar

TABLA 8

Razón de no amamantar en menores de 2 años

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Otra	1	0.4%	0.4%
Porque nació muy enfermo y le pusieron en otra sala por varios días	9	3.5%	3.9%
Porque estaba muy enferma	1	0.4%	4.3%
Porque le hicieron cesárea	3	1.2%	5.4%
Porque no tuvo leche	2	0.8%	6.2%
Si dio el pecho al nacer	242	93.8%	100%
TOTAL	258	100%	

Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

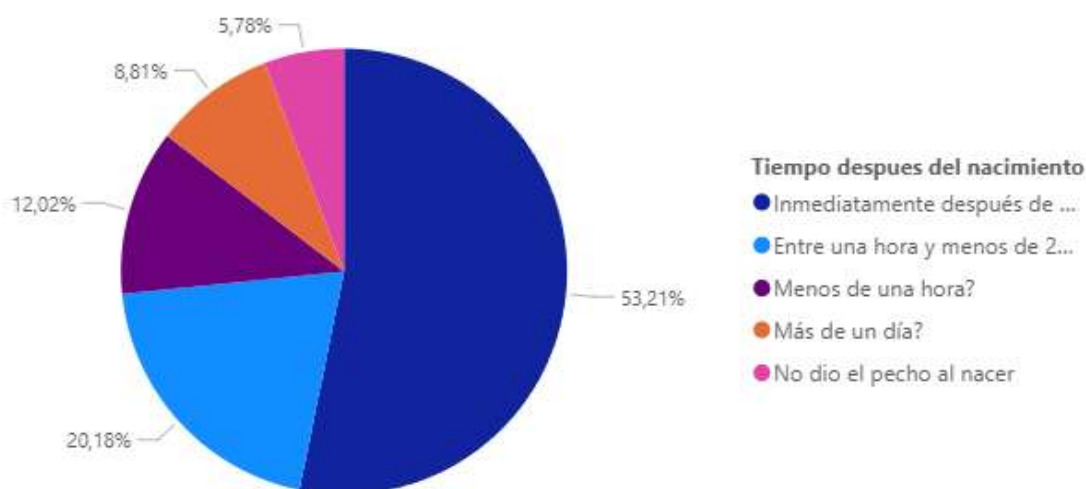
Por otro lado, la Tabla 7 señala que entre los menores que no recibieron seno materno al nacer, las principales razones reportadas fueron que el recién nacido nació muy enfermo y fue separado en otra sala por varios días (3,5%) y la realización de una cesárea (1,2%). Otras causas menos frecuentes fueron la enfermedad de la madre (0,4%) y la falta de leche (0,8%). No obstante, la gran mayoría de los casos (93,8%) sí fueron amamantados al nacer, confirmando la alta prevalencia de esta práctica en la población estudiada.

Se puede apreciar en la Tabla 7 que, respecto al momento de inicio de la lactancia, más de la mitad de los menores fueron amamantados inmediatamente después de nacer (52,3%), mientras que un 20,2% lo hizo entre una hora y menos de 24 horas. En porcentajes menores, el inicio ocurrió en un lapso de menos de una hora (10,9%) o en más de un día (10,5%). Finalmente, un 6,2% no recibió leche materna al nacer.

Tiempo de inicio de lactancia

FIGURA 5

Tiempo de inicio de la lactancia después del nacimiento en menores de 2 años



Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

Se puede apreciar en la Figura 5 que, respecto al momento de inicio de la lactancia, más de la mitad de los menores fueron amamantados inmediatamente después de nacer (53,2%), mientras que un 20,2% lo hizo entre una hora y menos de 24 horas. En porcentajes menores, el inicio ocurrió en un lapso de menos de una hora (12%) o en más de un día (8,8%). Finalmente, un 5,8% no recibió leche materna al nacer.

Duración de lactancia materna exclusiva

TABLA 9

Meses de solo pecho en menores de 2 años

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
0	10	3.9%	3.9%
1	9	3.5%	7.4%
2	3	1.2%	8.5%
3	128	49.6%	58.1%
4	5	1.9%	60.1%
5	8	3.1%	63.2%
6	83	32.2%	95.3%
7	5	1.9%	97.3%
8	6	2.3%	99.6%
9	1	0.4%	100%
TOTAL	258	100%	

Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

En cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva, En la Tabla 8 se observa una concentración en el rango de tres meses (49,6%) y en seis meses (32,2%), que en conjunto representan más de cuatro quintas partes de los casos. Duraciones menores a tres meses (0 a 2 meses) alcanzan apenas el 8,5%, mientras que periodos superiores a seis meses son poco frecuentes, con porcentajes reducidos que oscilan entre 0,4% y 2,3%.

Relación entre nivel de ingresos y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en menores de 2 años

Tabla cruzada

TABLA 10

Tabla cruzada entre nivel de ingresos y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en menores de 2 años

MESES DE SOLO PECHO	QUINTILES					Total
	Quintil	Quintil	Quintil	Quintil	Quintil	
	1	2	3	4	5	
0	4	1	1	2	3	10
1	2	1	4	0	2	9
2	0	2	0	1	0	3
3	28	23	23	17	36	128
4	1	4	0	0	0	5
5	0	3	0	3	2	8
6	19	15	22	7	20	83
7	2	1	2	0	0	5
8	4	1	0	0	1	6
9	0	0	0	1	0	1
TOTAL	60	51	52	31	64	258

Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

La Tabla 9 evidencia la distribución de la duración de la lactancia materna exclusiva según los quintiles de ingreso. Se observa que en todos los quintiles la mayor concentración se da en los tres meses de lactancia exclusiva, destacando especialmente el quintil 5 con 36 casos y el quintil 1 con 28. La práctica de mantener la lactancia hasta los seis meses se presenta de manera relevante en los quintiles 3 (22 casos), 1 (19 casos) y 5 (20 casos). En contraste, los periodos extremos, como 0, 1 o 2 meses, así como más allá de los 7 meses, son menos frecuentes en todos los niveles de ingreso.

Chi cuadrado

TABLA 11

Prueba de Chi-cuadrado para establecer la significancia en la relación entre nivel de ingresos y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en menores de 2 años

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56.468	45	0.117
Razón de verosimilitud	56.822	45	0.117
Nro de casos válidos	258		

Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

La prueba de Chi-cuadrado de Pearson ($\chi^2=56,468$; $gl=45$; $p=0,117$) y la razón de verosimilitud ($\chi^2=56,822$; $p=0,117$) indican que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de ingresos y la probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Aunque se evidencian diferencias numéricas entre quintiles en la tabla cruzada, estas no alcanzan significancia estadística, lo que sugiere que el nivel de ingresos por sí solo no es un factor determinante en la duración de la lactancia exclusiva en la muestra analizada.

Regresión logística entre variables sociodemográficas y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses o más de solo pecho en menores de 2 años

TABLA 12

Regresión lineal entre variables sociodemográficas y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses o más de solo pecho en menores de 2 años

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	B	ERROR ESTÁNDAR	WALD	GL	SIG.	EXP(B)
Etnia	-0.110	0.154	0.514	1	0.473	0.895
Nivel de instrucción	0.26	0.79	0.107	1	0.744	1.026
Quintil	-0.103	0.103	0.990	1	0.320	0.902
Área	0.715	0.318	5.054	1	0.025	2.044
Estado conyugal	0.107	0.095	1.270	1	0.260	1.113
Ocupación	0.020	0.079	0.062	1	0.803	1.020
Inactividad	-0.616	0.338	3.327	1	0.068	0.540
Constante	-1.229	0.801	2.351	1	0.125	0.293

Nota. Elaborado por la autora. Fuente: ENDI.

La Tabla 11 presenta los resultados de la regresión logística entre variables sociodemográficas y la probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses o más en menores de dos años. Los hallazgos muestran que la mayoría de las variables no presentan asociación significativa, como etnia ($p=0,473$), nivel de instrucción ($p=0,744$), quintil de ingresos ($p=0,320$), estado conyugal ($p=0,260$) y ocupación ($p=0,803$). Sin embargo, el área de residencia resultó significativa ($p=0,025$), con una razón de momios ($OR=2,044$), lo que indica que los jefes de hogar en del área urbana tienen el doble de probabilidad de mantener la lactancia exclusiva en comparación con el rural. Asimismo, la inactividad laboral mostró una tendencia cercana a la significancia ($p=0,068$), con un $OR=0,540$ que sugiere una reducción de la probabilidad de mantener la lactancia exclusiva.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio muestran que, entre las variables sociodemográficas analizadas, únicamente el área de residencia se asoció de manera estadísticamente significativa con la probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses en niños menores de dos años en la provincia de Imbabura. En contraste, variables como etnia, nivel educativo, quintil de ingresos, estado conyugal, ocupación e inactividad laboral no evidenciaron asociaciones significativas. La prueba de χ^2 aplicada al nivel de ingresos también confirmó la ausencia de asociación estadísticamente significativa ($p = 0,117$), lo cual sugiere que, en esta muestra, el ingreso del hogar no opera como un factor determinante en la duración de la LME.

La Tabla de área de residencia muestra que el 71,9 % de los jefes de hogar vive en zonas urbanas, mientras que el 28,1 % reside en zonas rurales. Esta distribución indica que la mayoría de la población del estudio está en contexto urbano, lo cual puede influir en las prácticas de lactancia (INEC, 2022). Que el ingreso y la educación no resulten significativos puede explicarse, en parte, por una homogeneidad relativa en las condiciones socioeconómicas de la muestra; es decir, en contextos donde la mayoría de la población comparte niveles similares de acceso a recursos y servicios, las diferencias estadísticas pueden ser menores. Este patrón también podría reflejar un posible efecto mediador del acceso a servicios de salud y políticas públicas, que atenúan las desigualdades socioeconómicas en torno a la lactancia materna.

Estos resultados coinciden con lo reportado por el estudio “Análisis de factores maternos que afectan la lactancia materna exclusiva en Ecuador”, en el cual se evaluó la influencia de variables socioeconómicas y maternas sobre la duración de la lactancia materna exclusiva. En dicha investigación tampoco se observó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo, la ocupación o el estado socioeconómico y la duración de la lactancia materna exclusiva. (Oleas, 2024). De manera similar, el estudio “Factores sociodemográficos y relacionados con la salud asociados con la lactancia materna exclusiva en 77 distritos de Uganda” concluyó que los factores de salud materna, condiciones de atención y el entorno familiar tenían un peso mayor en las prácticas de lactancia que las características demográficas o socioeconómicas (Kimuli, y otros, 2023).

No obstante, los resultados del presente estudio difieren de investigaciones recientes realizadas en otros países de América Latina, donde algunos determinantes socioeconómicos sí mostraron asociación con la duración de la lactancia materna exclusiva. Un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en Perú encontró que vivir en zonas rurales y de la sierra se asoció con una mayor probabilidad de lactancia materna exclusiva, lo cual sugiere que las condiciones territoriales y, por ende, las características socioeconómicas pueden influir en la práctica de la LME (Tapia, y otros, 2023). Asimismo, estudios en la región han mostrado que la participación de la madre en el mercado laboral y su situación ocupacional se relacionan con la prevalencia de lactancia materna exclusiva: en una investigación comparativa de países de América Latina y el Caribe, la maternidad empleada mostró una asociación negativa con la práctica de la LME, lo que indica que la inserción laboral puede ser un factor socioeconómico relevante (Neves, Machado, & Rinaldi, 2022). Estas diferencias podrían deberse a las particularidades contextuales y estructurales de cada país, como la cobertura de servicios de salud, las políticas de apoyo a la maternidad y las condiciones del mercado laboral, las cuales modulan la influencia de factores socioeconómicos sobre la LME.

En esta línea, estudios recientes realizados en países de ingresos medios han señalado que, cuando las poblaciones presentan una distribución socioeconómica relativamente homogénea, variables como ingreso o nivel educativo tienden a perder poder explicativo en los modelos de asociación con la lactancia materna exclusiva. Un estudio desarrollado en Perú evidenció que, en regiones con acceso similar a servicios básicos, las diferencias por quintil de ingresos no se traducen necesariamente en variaciones significativas en la duración de la LME, sugiriendo que otros factores contextuales adquieren mayor relevancia (Hernández Vásquez & Vargas Fernández, 2022). Este enfoque permite comprender por qué, en el contexto específico de Imbabura, las variables socioeconómicas tradicionales no emergen como determinantes principales.

Asimismo, la literatura reciente ha destacado el rol mediador de los servicios de salud en la relación entre las condiciones socioeconómicas y las prácticas de lactancia. Investigaciones en América Latina y Asia han documentado que la cobertura de controles prenatales, la atención institucional del parto y la consejería en lactancia pueden compensar desventajas socioeconómicas, reduciendo las brechas en la duración de la LME (Singh, Khatri, Sahani, & Khanal, 2024). En este sentido, el acceso efectivo a

servicios de salud materno-infantil en la provincia de Imbabura podría estar amortiguando el impacto del ingreso y la educación sobre la práctica de la lactancia exclusiva.

Por otro lado, la asociación significativa encontrada con el área de residencia mayor probabilidad de LME en zona urbana resalta la importancia del contexto territorial. Este patrón es adecuado con evidencias recientes que plantean que el entorno urbano, al ofrecer mejores servicios de salud, redes de apoyo, acompañamiento en políticas institucionales y acceso a información, puede favorecer la LME cuando dichos servicios están disponibles de forma adecuada (Oleas, 2024). En contraste, si bien algunas investigaciones clásicas suelen reportar mayor duración de lactancia en áreas rurales por tradiciones culturales o menor empleo formal en contextos actuales urbanizados esta dinámica puede invertirse cuando hay acceso efectivo a servicios de salud materno-infantil (Rodrigues, Buccini, & Madalena, 2022).

En relación con el área de residencia, los hallazgos del presente estudio que muestran una mayor probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva en zonas urbanas pueden contrastarse con evidencia observada en otros contextos de Latinoamérica. Por ejemplo, análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud en Perú indicaron que la prevalencia de lactancia materna exclusiva tendía a ser mayor en zonas rurales comparadas con las urbanas, sugiriendo que factores socioeconómicos y de estilo de vida propios de cada territorio influyen en dicha práctica (analizado según ENDES 2019; RPaj=1,21; $p<0,001$) (Alvarez, De la Cruz, Muñoz, & Espinoza, 2022).

Además, datos de informes regionales recientes muestran que la relación entre área de residencia y lactancia materna exclusiva no es uniforme en América Latina. Un informe de *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023* indica que, si bien la lactancia materna exclusiva suele ser más frecuente entre mujeres de menores ingresos y en zonas rurales en varios países de la región, existen casos en los que las mujeres que viven en áreas urbanas presentan mayores tasas de LME, como se observa en algunos países como Argentina, República Dominicana, Jamaica y Suriname, donde las tasas de LME son más altas en zonas urbanas que en rurales, y esta diferencia se asocia con mejores niveles educativos y mayores ingresos en contextos urbanos (OECD/The World Bank, 2023).

De igual forma, estudios recientes en la región andina han evidenciado que las políticas públicas orientadas a la promoción y protección de la lactancia materna, como la licencia por maternidad, la promoción de la lactancia en el primer nivel de atención y los programas educativos dirigidos a madres, contribuyen a disminuir las desigualdades socioeconómicas en la duración de la LME (Chai, Nandi, Heymann, & Jody, 2024). Estos hallazgos refuerzan que la asociación urbano–rural observada en el presente estudio no debe interpretarse como una superioridad inherente del entorno urbano, sino como el resultado de diferencias en la disponibilidad y calidad de los servicios y políticas implementadas en cada territorio.

En cuanto a la ocupación y la inactividad laboral, aunque no fue significativa, la tendencia de la inactividad a reducir la probabilidad de LME sugiere una posible asociación que vale la pena explorar en futuros estudios. Esta observación coincide con hallazgos recientes en entornos de crisis, donde el estatus socioeconómico y las condiciones laborales influyen de manera diferencial en la duración de la lactancia: madres con menor estabilidad o en contextos de vulnerabilidad presentan mayor dificultad para sostener la LME (Haddad, y otros, 2025).

En conjunto, estos resultados apoyan la idea de que la LME no depende únicamente de condiciones socioeconómicas formales como ingreso o nivel educativo, sino que está fuertemente influenciada por el entorno de salud, el apoyo institucional, el contexto territorial y las políticas de acompañamiento, así como por la realidad cotidiana de las madres (condiciones de empleo, hábitos, carga doméstica, redes de apoyo). Esta perspectiva es respaldada por estudios recientes que señalan que las barreras al cumplimiento de la LME en países de ingresos medios y bajos a menudo están vinculadas a factores como la falta de políticas de apoyo, ausencias de espacios amigables para lactancia en el trabajo, carencia de consejería adecuada y desigualdades de acceso a servicios de salud (Hoang, y otros, 2023).

Limitaciones del estudio

Entre las principales limitaciones del presente estudio se encuentra el uso de información secundaria proveniente de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI), lo que condiciona el análisis a las variables disponibles y limita la incorporación de otros factores potencialmente influyentes en la duración de la lactancia materna exclusiva, como aspectos culturales, psicosociales o de apoyo familiar. Asimismo, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones de causalidad entre los factores socioeconómicos y la duración de la lactancia materna exclusiva, permitiendo únicamente identificar asociaciones.

Adicionalmente, el análisis se realizó únicamente en la provincia de Imbabura, por lo que los resultados no pueden generalizarse a nivel nacional. La posible homogeneidad socioeconómica de la población estudiada también pudo haber reducido la variabilidad de algunas variables, dificultando la detección de asociaciones estadísticamente significativas.

Conclusiones

En la provincia de Imbabura, el nivel socioeconómico, entendido de manera integral desde una dimensión económica y una dimensión social, a partir de variables como ingresos del hogar, ocupación e inactividad laboral, así como nivel educativo, etnia, estado conyugal y área de residencia, presentó una relación limitada con la duración de la lactancia materna exclusiva (LME) en niños menores de dos años. El análisis estadístico evidenció que, aunque la lactancia materna exclusiva es una práctica ampliamente iniciada, solo el área de residencia mostró una asociación estadísticamente significativa con la probabilidad de mantener la lactancia exclusiva hasta los seis meses.

La prevalencia de lactancia materna en menores de dos años en la provincia de Imbabura es alta, evidenciándose que el 93,8 % de los niños recibió leche materna al momento del nacimiento. Este hallazgo refleja una adecuada adopción inicial de la lactancia materna en la población estudiada, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI), independientemente de las condiciones socioeconómicas del hogar.

Al analizar de forma específica la dimensión económica del nivel socioeconómico, el ingreso del hogar no presentó una asociación estadísticamente significativa con la duración de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Tanto el análisis bivariado mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson ($p=0,117$) como el análisis multivariado confirmaron que el ingreso económico, de manera aislada, no constituye un factor determinante para el mantenimiento de la LME en la población estudiada.

Dentro del modelo de regresión logística aplicado, el área de residencia correspondiente a la dimensión social del nivel socioeconómico surgió como el único factor con asociación significativa con la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Los resultados indican que residir en el área urbana incrementa aproximadamente dos veces la probabilidad de mantener la LME en comparación con el área rural ($OR=2,044$; $p=0,025$). En contraste, otros indicadores socioeconómicos evaluados, como nivel de instrucción, quintil de ingresos, ocupación, etnia, estado conyugal e inactividad laboral, no mostraron asociaciones estadísticamente significativas.

Recomendaciones

Resulta pertinente que futuras investigaciones aborden el nivel socioeconómico desde una perspectiva integral, incorporando no solo variables económicas como el ingreso del hogar, sino también componentes sociales y contextuales tales como el nivel educativo, la ocupación, el área de residencia, el apoyo familiar y las condiciones laborales maternas, con el fin de comprender de manera más completa su relación con la duración de la lactancia materna exclusiva en niños menores de dos años.

Se sugiere fortalecer el monitoreo periódico de la prevalencia de lactancia materna exclusiva a través de encuestas nacionales como la ENDI, asegurando la actualización y desagregación de la información por territorio, área de residencia y características sociodemográficas, lo que permitiría identificar tendencias, brechas y grupos prioritarios para intervenciones en la provincia de Imbabura.

Aunque en el presente estudio el nivel de ingresos no mostró una asociación estadísticamente significativa con la duración de la lactancia materna exclusiva, se recomienda que futuras investigaciones profundicen este análisis considerando medidas más sensibles de la situación económica del hogar, como estabilidad laboral, informalidad del empleo, acceso a protección social y gastos asociados al cuidado infantil, para explorar posibles efectos indirectos sobre la práctica de la lactancia.

Bibliografía

- Agrina, Wahyuni, S., Misrawati, Suyanto, S., Irvani, Y., & Dwi, S. (2025). Sociocultural Influences on Exclusive Breastfeeding Practices in a Watershed Area. *Universal Journal of Public Health*, 13(4), 1058-1065. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/394596229_Sociocultural_Influences_on_Exclusive_Breastfeeding_Practices_in_a_Watershed_Area
- Albuja, W. (2022). Determinantes socioeconómicos de la desnutrición crónica en menores de cinco años: evidencia desde Ecuador. *INTER DISCIPLINA*, 10(28), 591-611. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-57052022000300591&script=sci_arttext
- Amzat, J., Aminu, K., Matankari, B., Ismail, A., Almu, B., & Kazeem, K. (2024). Sociocultural context of exclusive breastfeeding in Africa: A narrative review. *Health Science Reports*, 7(5), 1-10. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11089088/>
- Andrade, J., & Gil, J. (2023). Maternal Employment and Child Malnutrition in Ecuador. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 20(13), 2-25. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37444102/>
- Asamblea Nacional República del Ecuador. (2024). *Tiupul aprueba la Ley Orgánica de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna*. Obtenido de <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/blogs/carmen-tiupul-urquizo/101599-tiupul-aprueba-la-ley-organica-de#:~:text=El%20Pleno%20de%20la%20Asamblea%20Nacional%20aprob%C3%B3,a%20una%20nutrici%C3%B3n%20saludable%2C%20segura%20y%20natural.>
- Badanta, B., Suárez, P., Álvarez, I., Lucchetti, G., Guerra, M., Vega, J., & De Diego, R. (2025). Creencias y prácticas culturales sobre comportamientos de lactancia materna en mujeres: una Revisión Sistemática Exploratoria. *Enfermería Global*(76). Obtenido de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/648551/384651>
- Beletew, B., & Shalmeno, B. (2025). Non-exclusive breastfeeding is associated with pneumonia and asthma in under-five children: an umbrella review of systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal*, 20(18), 2-9. Obtenido de <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-025-00712-w>
- Bjerregaard, L., Johansen, T., Dahl, C., & Baker, J. (2024). Duration and intensity of being breastfed and educational attainment, income and labour force participation: a prospective cohort and sibling study from Denmark. *ScienceDirect*, 237, 37-43. Obtenido de [62](https://pdf.sciencedirectassets.com/272854/1-s2.0-</p></div><div data-bbox=)

- Term and Preterm Babies: The Importance of Maternal Lactation in the First Days. *Nutrients*, 15(19). Obtenido de <https://www.mdpi.com/2072-6643/15/19/4249>
- Garro, Y., Gulak, M., Astigarraga, E., & Barreda, G. (2022). Lactancia materna: historia, técnicas, beneficios, complicaciones y cuidados. *HSO JOURNAL OF PRACTICAL AND PROFESSIONAL NURSING*, 6(31). Obtenido de https://www-heraldopenaccess-us.translate.goog/openaccess/breastfeeding-history-techniques-benefits-complications-and-care?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
- Gonzales, A., Ortiz, J., & Cruz, Y. (2022). Lactancia materna exclusiva en Latinoamérica: una revisión sistemática. *vive Revista de Investigación en Salud*, 5(15), 874-888. Obtenido de <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/247/653>
- Haddad, C., Hage, P., Sacre, H., Rizk, R., Fakih, C., Abdallah, B., . . . Salameh, P. (2025). Differential effects of work and socioeconomic status on breastfeeding duration in times of crisis. *Springer Nature*, 22(440). Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1186/s12982-025-00790-5>
- Hannan, F., Elajnaf, T., Vandenberg, L., Kennedy, S., & Thakker, R. (2023). Hormonal regulation of mammary gland development and lactation. *Nature Reviews Endocrinology*, 19(1), 46-61. Obtenido de <https://www.nature.com/articles/s41574-022-00742-y>
- Hidrobo, J., Jaramillo, D., Álvarez, M., Vásquez, T., Reascos, Y. L., & Cabascango, K. (2021). Factores étnicos culturales asociados a la lactancia materna en madres gestantes de Imbabura –Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(6). Obtenido de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1327/1818>
- Hoang, T. N., Do, T. T., Nguyen, L. V., Nguyen, T. T., Pham, T. T., Nguyen, T. M., . . . Tran, T. B. (2023). Prevalence of exclusive breastfeeding for the first six months of an infant's life and associated factors in a low–middle income country. *Springer Nature*, 18(47). Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1186/s13006-023-00585-x>
- Hossain, S., & Mahrshahi, S. (2024). Effect of exclusive breastfeeding and other infant and young child feeding practices on childhood morbidity outcomes: associations for infants 0–6 months in 5 South Asian countries using Demographic and Health Survey data. *International Breastfeeding Journal*, 19(35), 2-18. Obtenido de <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-024-00644-x>
- INEC. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

- inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf
- INEC. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf
- INEC. (2018). *Salud, Salud reproductiva y Nutrición*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/?utm_source
- INEC. (2022). *Principales resultados Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil- ENDI*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ENDI/Presentacion_de_Resultados_ENDI_R1.pdf
- INEC. (2025). *Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil* . Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta_nacional_desnutricion_infantil/
- Instituto Nacional de Salud. (2024). *En Colombia solo el-36,1 de la población practica la lactancia materna exclusiva*. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/En-Colombia-solo-el-36,1-de-la-poblaci%C3%B3n-practica-la-lactancia-materna-exclusiva.aspx#:~:text=Seg%C3%BAn%20datos%20revelados%20por%20la,de%206%20meses%20de%20edad>
- Jiménez, A., Martínez, A., Salas, M., Martínez, R., & González, L. (2021). Evaluando la desnutrición en pediatría, un reto vigente. *Nutrición Hospitalaria*, 38(2), 64-67. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v38nspe2/0212-1611-nh-38-spe2-64.pdf>
- Jozsa, F., & Thistle, J. (2023). Anatomy, Colostrum. En *Other Issues*. StatPearls - NCBI Bookshelf. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513256/>
- Kalhor, M., Simbar, M., Hajian, S., kiani, Z., Sattari, M., & Nazem, H. (2025). Predictores de lactancia materna exclusiva: una revisión sistemática y metaanálisis. *International Breastfeeding Journal*, 20(52), 2-28. Obtenido de <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-025-00744-2>
- Kimuli, D., Nakaggwa, F., Namuwenge, N., Nsubuga, R., Isabirye, P., Kasule, K., . . . Bukenya, D. (2023). Sociodemographic and health-related factors associated with exclusive breastfeeding in 77 districts of Uganda. *Springer Nature*, 18(66). Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1186/s13006-023-00604-x>
- Lovcevic, I. (2023). Associations of breastfeeding duration and cognitive development from childhood to middle adolescence. *ACTA PEDIATRICA NURTURING THE*

- CHILD*, 112, 1696–1705. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apa.16837>
- McGuire, M., Seppo, A., Goga, A., Buonsenso, D., Collado, M., Donovan, S., . . . Van de Perre, P. (2021). Best Practices for Human Milk Collection for COVID-19 Research. *Breastfeeding Medicine*, 16(1). Obtenido de <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2020.0296>
- Mendoza, M., Bates, B., & Vivat, B. (2023). The (im)possibility of being a breastfeeding working mother: experiences of Ecuadorian healthcare providers. *Frontiers*, 8, 1-14. Obtenido de https://www.frontiersin.org/journals/communication/articles/10.3389/fcomm.2023.1153679/full?utm_source
- Min, K., & Choi, J.-W. (2020). Associations between breastfeeding and cognitive function in children from early childhood to school age: a prospective birth cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 2-9. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32993704/>
- Ministerio de Salud Pública . (2024). *La lactancia materna, es amor en cada gota recibida y donada*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/la-lactancia-materna-es-amor-en-cada-gota-recibida-y-donada/>
- Ministerio de Salud Pública . (2025). *Lactancia materna en el Ecuador*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/lactancia-materna-en-el-ecuador/>
- Ministerio de Salud Pública. (2023). *Directrices de Metodología GRUPOS DE APOYO LACTANCIA MATERNA*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/07/Directrices_de-Metodologia_GRUPOS_DE_APOYO_LACTANCIA_MATERNA.pdf
- Moncayo, A., Granizo, G., Grijalva, M., & Rasella, D. (2019). Fuerte efecto del programa de transferencia condicional de efectivo de Ecuador sobre mortalidad infantil por enfermedades relacionadas con la pobreza: un análisis a nivel nacional. *BMC Public Health*, 19(1), 2-10. Obtenido de https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7457-y?utm_source
- Neves, M., Machado, C., & Rinaldi, A. (2022). Association Between Maternal Work and Exclusive Breastfeeding in Countries of Latin America and Caribbean. *Maternal and Child Health Journal*, 1496-1506. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35243585/>
- Oleas, K. (2024). Análisis de factores maternos que afectan la lactancia materna exclusiva en Ecuador. *VIVE Revista de Investigación en Salud*, 7(20), 617-627. Obtenido de <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/491/1225>

- OPS/ OMS. (2025). *En la Semana Mundial de la Lactancia Materna, se insta a los países a invertir en sistemas de salud y brindar apoyo a las madres lactantes*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/6-8-2025-semana-mundial-lactancia-materna-se-insta-paises-invertir-sistemas-salud-brindar>
- OPS/OMS. (2025). *Lactancia materna y alimentación complementaria*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
- Organización de las Naciones Unidas. (2024). *La lactancia materna podría salvar la vida de más de 820.000 niños al año*. Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2024/08/1531681#:~:text=El%20porcentaje%20mundial%20de%20lactantes%20que%20se,alcanzar%20al%20menos%20un%2050%25%20para%202025>.
- Organización Mundial de la Salud . (2024). *Malnutrición*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Pillay, J., & Davis, T. J. (2023). Physiology, Lactation. StatPearls - NCBI Bookshelf. Obtenido de https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK499981/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge
- Pinos, M. E., Mesa, I., Ramírez, A., & Aguirre, M. (2021). Estado nutricional en niños menores de 5 años: revisión sistemática. *ProSciences*, 5(40), 411-425. Obtenido de <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/509/562>
- Plan International Ecuador. (2025). *Nota de Prensa | Semana Mundial de la Lactancia Materna “La Lactancia digna se logra con apoyo sostenible”*. Obtenido de <https://plan.org.ec/nota-de-prensa-semana-mundial-de-la-lactancia-materna-la-lactancia-materna-digna-se-logra-con-apoyo-sostenible/#:~:text=La%20Semana%20Mundial%20de%20la,de%20sus%20hijas%20e%20hijos>.
- Puchaicela, E. (2024). *Acceso a atención prenatal y posparto de madres indígenas en zonas rurales del Ecuador: una mirada desde el modelo de determinantes de la salud, usando ENDI-2022*. Obtenido de <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e51ca169-939f-47be-8df5-1613a1b388bb/content>
- Rodrigues, C., Buccini, G., & Madalena, A. (2022). Evolution of breastfeeding indicators and early introduction of foods in Latin American and Caribbean countries in the decades of 1990, 2000 and 2010. *Springer Nature*, 17(32). Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1186/s13006-022-00477-6>
- Romero, P., Zúñiga, M., & Sánchez, M. (2023). Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia y la alimentación de la madre en una comunidad

- semiurbana de México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 21(1). doi:<https://doi.org/10.15517/psm.v21i1.52851>
- Santacruz, E., & Segura, A. (2020). Factors Associated with the Abandonment of Exclusive Breastfeeding before Three Months . *Multidisciplinary Digital Publishing Institute (Children)*, 7(12). Obtenido de <https://www.mdpi.com/2227-9067/7/12/298>
- Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil . (2025). *Infancia EC*. Obtenido de https://www.infancia.gob.ec/infancia_ec/
- Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. (2025). *Nueve caminatas simultáneas para promover la Lactancia Materna y prevenir la Desnutrición Infantil*. Obtenido de <https://www.infancia.gob.ec/nueve-caminatas-simultaneas-para-promover-la-lactancia-materna-y-prevenir-la-desnutricion-infantil/>
- Shah, R., Sabir, S., & Alhawaj, A. F. (2022). Physiology, breast milk. StatPearls - NCBI Bookshelf. Obtenido de https://www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/sites/books/NBK539790/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
- Tang, K., & Tang, T. (2019). Asociación entre la educación materna y las prácticas de lactancia materna en China: un estudio transversal basado en la población. *British Medical Journal*, 9(8), 1-9. Obtenido de <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/8/e028485.full.pdf>
- Torres, E. (2024). *Factores que interrumpen la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes de menores de 6 meses*. (Estudio de caso), Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador. Obtenido de <https://repositorio.uleam.edu.ec/bitstream/123456789/5831/1/ULEAM-ENF-0130.pdf>
- Torres, F., Camacho, N., Cicchetti, R., & Paoli, M. (2021). ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CURVAS DE CRECIMIENTO NCHS Y OMS EN LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 19(3), 149-161.
- Torres, J., Camarillo, V., & Vega, S. (2023). Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna en atención primaria. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 10, 143-150. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmmf/v10n4/2696-1296-rmmf-10-4-143.pdf>
- Tutasi, A., Borrás, R., Valencia, L., & Rodríguez, E. (2021). *Estudio para estimar la prevalencia de violaciones al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en las ciudades de Quito y Guayaquil, 2021. Informe de Resultados*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp->

content/uploads/2019/07/Adjunto-2.-Informe-Estudio-
Codigo_8.16.2021funbasic.pdf

- UNICEF. (2021). *Desnutrición Crónica Infantil*. Obtenido de Uno de los mayores problemas de salud pública en Ecuador.: <https://www.unicef.org/ecuador/desnutrici%C3%B3n-cr%C3%B3nica-infantil>
- UNICEF. (2024). *En la Semana Mundial de la Lactancia Materna, UNICEF y la OMS reclaman un acceso equitativo al apoyo a esta práctica*. Obtenido de https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/semana-mundial-lactancia-materna-unicef-oms-reclaman-acceso-equitativo?utm_source
- UNICEF. (2025). *Desnutrición Infantil*. Obtenido de <https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil>
- UNICEF. (2025). *Lactancia materna*. Obtenido de <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
- Uvnäs, K., Ekstrom, A., Buckley, S., Massarotti, C., Pajalic, Z., Luegmair, K., . . . Dencker, A. (2020). Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding—A systematic review. *PLoS ONE*, 15(8). Obtenido de <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC7406087&blobtype=pdf>
- Vargas, S., Hernández, C., Voltas, N., Morales, P., Canals, J., & Arija, V. (2024). Effects of Breastfeeding on Cognitive Abilities at 4 Years Old: Cohort Study. *Springer Nature*, 57, 255-277. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s13158-024-00396-z>
- Walters, D. D., Phan, L. T., & Mathisen, R. (2019). The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy and Planning*, 34(6), 407-417. Obtenido de <https://academic.oup.com/heapol/article/34/6/407/5522499>
- Wijenayake, S., Martz, J., Lapp, H., Storm, J., Champagne, F., & Kentner, A. (2023). The contributions of parental lactation on offspring development: It's not udder nonsense! *HHS Public Access*, 153. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10351876/pdf/nihms-1914349.pdf>
- Wubetie, B., & Mekonen, T. (2022). Subnutrición y factores asociados entre las madres lactantes en el distrito rural de Yilmana Densa, noroeste de Etiopía: Estudio transversal basado en la comunidad. *Food Science & Nutrition*, 11(3), 1383–1393. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/fsn3.3176>
- Zhu, D., Gupta, T., & Pérez, R. (2024). Empowering Global Health Systems to Protect, Promote and Support Optimal Breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 21(1). Obtenido de https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11650064/?utm_source

