



Doi: <https://doi.org/10.70577/ASCE/1531.1549/2025>

Recibido: 2025-06-11

Aceptado: 2025-07-11

Publicado: 2025-08-14

Impacto de los factores sociodemográficos en la lactancia materna exclusiva en el Ecuador

Impact of sociodemographic factors on exclusive breastfeeding in Ecuador

Autores

Jimmy Alexander Erazo Pomaquiza¹

<https://orcid.org/0009-0009-4167-0442>

jimmyepdent@gmail.com

Universidad Internacional de La Rioja

Logroño – España

Darío Fernando Martínez Cabadiana²

<https://orcid.org/0009-0005-4599-6408>

dariodr0304@gmail.com

Investigador Independiente

Riobamba – Ecuador

Melanie Isabel Oleas Heredia³

<https://orcid.org/0009-0008-1978-1771>

melanieoleas4@gmail.com

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

Riobamba – Ecuador

Geomara Dayana Bravo Lapo⁴

<https://orcid.org/0009-0005-4504-591X>

geomarabravolapo2001@gmail.com

Universidad Nacional de Chimborazo

Riobamba – Ecuador

Paola Monserrath Dávalos Balseca⁵

<https://orcid.org/0000-0002-0950-936X>

monsedava13@gmail.com

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

Riobamba – Ecuador

Jessenia Esmeralda Villalba De La Vega⁶

<https://orcid.org/0009-0004-4130-4657>

jesjos.25@hotmail.com

Investigadora independiente

Esmeraldas – Ecuador

Cómo citar

Erazo Pomaquiza, J. A., Martínez Cabadiana, D. F., Oleas Heredia, M. I., Bravo Lapo, G. D., Dávalos Balseca, P. M., & Villalba De La Vega, J. E. (2025). Impacto de los factores sociodemográficos en la lactancia materna exclusiva en el Ecuador. *ASCE*, 4(3), 1531–1549.



Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida del lactante y la continuación de la lactancia materna (LM) durante los 2 años. La tasa mundial de LME es baja; por lo tanto, es importante identificar los factores que inciden en su cumplimiento. El objetivo de la presente investigación fue determinar los factores sociodemográficos que determinan la falta de adherencia o abandono de la LME en el Ecuador. Se realizó un estudio observacional de corte transversal analítico, para lo cual se utilizó la base de datos de acceso abierto de la segunda ronda de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI); se incluyeron los datos de un total de 12141 niños menores de 3 años. Las diferencias en las características sociodemográficas y de LM con la práctica de LME se verificaron mediante la prueba de chi-cuadrado. Se realizó un análisis de regresión logística para verificar los factores relacionados con la LME. La prevalencia general de cumplimiento de lactancia materna exclusiva durante al menos los primeros 6 meses de vida del niño fue del 36,11%. Existen factores sociodemográficos que se relacionan estrechamente con el apego o abandono de la LME en la población ecuatoriana. Por lo tanto, se requieren esfuerzos multifacéticos, eficaces y basados en la evidencia para aumentar el nivel nacional de lactancia materna exclusiva.

Palabras clave: Lactancia Materna Exclusiva; Factores Sociodemográficos, Factores De Riesgo, Lactante, Ecuador



Abstract

The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding (EBF) during the first 6 months of an infant's life and continued breastfeeding (BF) for the next 2 years. The global rate of EBF is low; therefore, it is important to identify the factors that influence compliance. The objective of this research was to determine the sociodemographic factors that determine non-adherence to or abandonment of EBF in Ecuador. An analytical cross-sectional observational study was conducted using the open-access database of the second round of the National Survey of Child Malnutrition (ENDI); data from a total of 12,141 children under 3 years of age were included. Differences in sociodemographic and BF characteristics with the practice of EBF were verified using the chi-square test. A logistic regression analysis was performed to verify factors related to EBF. The overall prevalence of exclusive breastfeeding adherence for at least the first 6 months of a child's life was 36.11%. Sociodemographic factors are closely related to adherence to or abandonment of EBF in the Ecuadorian population. Therefore, multifaceted, effective, and evidence-based efforts are needed to increase the national level of exclusive breastfeeding.

Keywords: Exclusive Breastfeeding; Sociodemographic Factors; Risk Factors; Infant; Ecuador



Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna exclusiva (LME) como una práctica en la que el bebé recibe solo leche de su madre durante los primeros 6 meses de vida sin otros alimentos ni líquidos, excepto medicamentos, suplementos vitamínicos y minerales, y sales de rehidratación oral. Esta misma entidad recomienda esta práctica hasta los 6 meses de edad, y luego continuar con la lactancia materna (LM) junto con la alimentación complementaria hasta los 2 años o más (Zong et al., 2021).

La LME es una importante estrategia de salud pública que permite mejorar la salud de los niños y las madres, al reducir la morbilidad y la mortalidad infantil y ayudar a controlar los costos de la atención médica en la sociedad (Dukuzumuremyi et al., 2020).

Las investigaciones sugieren que la LME es un importante factor de protección contra la morbi-mortalidad en la población pediátrica por infecciones respiratorias e infecciones del tracto gastrointestinal. Esta práctica tiene el potencial de evitar aproximadamente el 12 % de las muertes en niños menores de 5 años en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM) (Hossain & Mahrshahi, 2022). A nivel mundial, el 74 % del síndrome de muerte súbita del lactante y el 13 % de la mortalidad infantil pueden prevenirse mediante la lactancia materna. Se ha reportado que los bebés amamantados tienen un menor riesgo de enfermedades infecciosas y atópicas infantiles, así como de enfermedad celíaca. Además, la leche materna se asoció con el desarrollo emocional y cognitivo del niño y también influyó en el estado de ánimo, el afecto, el estrés y el cuidado materno (Wu et al., 2022).

A más de los beneficios para el niño, la madre también presenta ventajas con la práctica de LME, estudios han demostrado que las mujeres que dan de lactar presentan una menor tasa de cáncer de mama y de ovario, así como de diabetes. El exceso de grasa acumulada durante el embarazo puede ser absorbido por la lactancia materna. Los bebés amamantados tienen mayor probabilidad de recuperar su peso prenatal (Masi & Stewart, 2024).

A pesar de las múltiples ventajas de la LME, su estado actual durante los 6 meses no es satisfactorio y esta situación se mantiene con relativa regularidad en todo el mundo. La LM subóptima es un problema tanto en los países de ingresos bajos y medios como en los de altos ingresos; alrededor



del 63 % de los bebés menores de 6 meses en PIBM no la reciben, mientras que en los países de altos ingresos tienen una duración de la LM más corta en comparación con los PIBM (Victoria et al., 2016). En este contexto, en el 2012, la OMS adoptó su Plan Integral de Implementación sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño, que estableció seis objetivos para reducir la mortalidad y la mortalidad asociada con la nutrición. Uno de los seis objetivos era aumentar las tasas de LME durante los primeros seis meses de vida al 50 % para 2025, lo que indica la urgente necesidad de abordar este problema (Zong et al., 2021).

La utilización de programas y políticas de promoción de la LM puede salvar las vidas de millones de niños, en particular en áreas con recursos limitados donde la nutrición infantil adecuada y los servicios de salud pediátrica de fácil acceso no son fáciles de conseguir. Por esta razón, aun se considera relevante desarrollar estrategias de salud pública para promover la LM entre las mujeres y concientizarlas sobre las recomendaciones sobre la LME y su momento oportuno. Sin embargo, para identificar los potenciales beneficiarios de estas intervenciones de salud pública, es necesario comprender las características que podrían estar asociadas con la adherencia a las recomendaciones existentes. De hecho, la LM podría verse influenciada por factores psicológicos y fisiológicos, que, a su vez, se relacionan con un amplio espectro de circunstancias ambientales, socioeconómicas y culturales (Lio et al., 2021). En este sentido, se planteó la presente investigación con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos que determinan la falta de adherencia o abandono de la LME en el Ecuador. (Tipografía Times New Roman a 14 puntos solo en mayúsculas la primera letra, centrado, negrillas)

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal analítico, para lo cual se utilizaron los datos abiertos de la segunda ronda de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI). Esta encuesta se realizó entre julio del 2023 y agosto del 2024.

El diseño muestral implementado en la ENDI fue probabilístico estratificado de elementos y comprendió dos etapas. En la primera etapa, se seleccionó una muestra estratificada de Unidades Primarias de Medida (UPM) con probabilidad proporcional al tamaño (PPT), donde la medida de tamaño de cada UPM estuvo dada por el total de viviendas particulares ocupadas. Luego, se enlistó

la totalidad de cada UPM seleccionada, con la finalidad de corregir los errores existentes en el marco e identificar aquellas viviendas con niños menores a cinco años.

En la segunda etapa de muestreo, se seleccionaron de manera sistemática aleatoria un número fijo de viviendas, siendo 8 el número de viviendas por UPM escogido tras consideraciones operativas y presupuestales.

Existió una tercera etapa de muestreo con dos subetapas específicas para las secciones de Lactancia Materna y Desarrollo Infantil. En la primera subetapa, se escogió un niño menor de 3 años por mujer en edad fértil efectiva. En la segunda subetapa, se escogió un niño menor de 5 años por hogar efectivo en el segundo semestre de levantamiento de información. En los dos casos, la selección se hizo mediante el criterio de cumpleaños más próximo.

El marco de muestreo utilizado para la ENDI fue el Marco Maestro de Muestreo- MMM para encuestas de hogares del INEC, el cual es una lista organizada, en forma de base de datos, que contiene las viviendas registradas en el proceso pre-censal del VII Censo de Población y VI de Vivienda del Ecuador- CPV 2010, junto con las actualizaciones cartográficas realizadas en el periodo 2011-2018.

El tamaño de muestra de la ENDI se determinó con la siguiente ecuación:

$$n \geq \frac{N * p * (1 - p) * deff}{\left(\frac{p * e_{rel}}{Z}\right)^2 + P * (1 - p) * deff} * \frac{1}{1 - tnr}$$

Donde:

n = *Tamaño de muestra resultante.*

p = *Prevalencia del estimador.*

e_{rel} = *Error relativo asociado a la prevalencia p .*

z = *Nivel de confianza.*

N = *Tamaño de la población objetivo del estimador.*

$deff$ = *Efecto de diseño.*

tnr = *Tasa de no respuesta esperada.*



Para calcular el tamaño muestral de la ENDI se necesitó determinar los diferentes parámetros por dominio de estudio:

$$e_{rel} = 0,15 ; z = 1,96 ; tnr = 0,20$$

Se fijó la tasa de no respuesta en 20% para todos los dominios de estudio, ya que en la ENSANUT 2018, a pesar de haber contado con un proceso de enlistamiento previo al levantamiento de información, el número de viviendas identificadas originalmente como viviendas con niñas/os, en realidad no cumplían con esta característica.

Para la ENDI, el indicador de diseño fue la prevalencia de desnutrición crónica infantil (DCI) en niñas/os menores a cinco años, el mismo se determinó a partir de la ENSANUT 2018. Además, a partir de esta encuesta se determinó el efecto de diseño y el promedio de niñas/os menores a cinco años por vivienda.

Utilizando los parámetros descritos en la sección anterior y aplicando la fórmula para determinar el tamaño muestral, se obtuvo el número de niñas/os menores a cinco años que se debían considerar en el levantamiento de información.

Para determinar el número de viviendas a seleccionar, se dividió el número de niñas/os para el promedio de niñas/os por vivienda en cada provincia, el mismo que se obtuvo a partir de la ENSANUT 2018.

Finalmente, para obtener el número de UPM, se dividió el número de viviendas para ocho. El motivo de esta división en ocho viviendas por UPM fue debido a las características logísticas (carga de trabajo, tiempo de diligenciamiento del formulario, desplazamiento en campo, entre otras).

Con esta metodología, la ENDI abarcó una muestra representativa de 20110 viviendas efectivas con niñas y niños menores de 5 años. Sin embargo, para el presente estudio fueron considerados los niños menores de 3 años, que fueron un total de 12141.

La recolección de los datos se realizó mediante una encuesta y con la utilización de e formularios: 1) Hogar, 2) Mujeres en Edad Fértil, salud de la niñez y lactancia materna y 3) Desarrollo infantil para niños/as menores de 5 años. Del formulario 1, se utilizaron las 3 primeras secciones (registro de los miembros del hogar, actividades económicas para personas de 10 años y más y datos de la

vivienda y el hogar); de igual manera del formulario 2 (características generales de la entrevistada, historia de embarazos y nacimientos y lactancia materna en niñas/os menores de 3 años). La información del formulario 3 no fue necesaria en el presente estudio.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata para Mac versión 14 (StataCorp, 2023). Se realizó un análisis bivariado entre LME durante los primeros 6 meses de vida del niño con las distintas variables independientes incluidas. Para evaluar la asociación entre las variables categóricas se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher en dependencia de las características de las variables cruzadas. Finalmente, se ajustaron modelos de regresión logística para evaluar las asociaciones multivariadas entre LME con las variables independientes. Las pruebas estadísticas emplearon un nivel de significancia de $p < 0,05$

Resultados

El estudio incluyó un total de 12141 niños menores de 3 años, de los cuales el 48,80% fueron hombres y el 51,20% fueron mujeres. Se encontró una prevalencia general de cumplimiento de LME durante al menos los primeros 6 meses de vida del niño del 36,11%.

En cuanto a las características sociodemográficas, a nivel país, la no adherencia o abandono de la LME presentó porcentajes mayores en el área urbana con el 64,51% ($p=0,000$), en la región sierra con el 46,87% ($p=0,000$), en la etnia mestiza con el 82,85% ($p=0,000$), en madres que se encuentran en el grupo de edad de 20 a 35 años con el 72,22% ($p=0,000$), y sin pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) con el 67,66% ($p=0,000$), en todos los casos anteriores las relaciones fueron estadísticamente significativas. Fue además mayor en los niños de sexo masculino con el 51,08% y con vivienda propia y totalmente pagada (34,99%), sin embargo, en estos casos sin relación estadística (Tabla 1).

En la región Costa, la no adherencia o abandono de la LME se presentó mayormente y con relación estadística en los niños de mestizos con el 80,03% ($p=0,000$); y que no tenían pobreza por NBI con el 79,03% ($p=0,000$). Siendo también mayor, pero sin relación estadística en área urbana (74,31%), de sexo masculino (51,20%), con madres en el grupo de edad de 20 a 35 años (76,25%) y con vivienda propia y totalmente pagada (41,79). En la región Sierra, la no adherencia o abandono de la LME presentó mayores prevalencias y relación estadística en los niños del área urbana con el



63,48% ($p=0,000$); mestizos con el 87,40% ($p=0,000$); con madres de entre 20 y 35 años con el 71,04% ($p=0,000$); con vivienda arrendada/anticresis con el 33,94% ($p=0,016$) y sin pobreza por NBI con el 78,03% ($p=0,000$). El sexo masculino (50,83%) aunque presentó una prevalencia mayor, esta no resultó con significancia estadística. En la Amazonía, la no adherencia o abandono de la LME resultó prevalente y con relación estadística en los niños del área rural con el 51,63% ($p=0,000$); mestizos con el 76,56% ($p=0,000$); con madres de entre 20 y 35 años con el 69,26% ($p=0,027$); con vivienda propia y totalmente pagada con el 37,39% ($p=0,001$) y sin pobreza por NBI con el 62,18% ($p=0,000$). Además, a pesar de que en el sexo masculino (50,83%) se presentó una prevalencia mayor, esta no resultó con significancia estadística (Tabla 1).

Posteriormente se realizó el análisis de las características relacionadas con la LM en los primeros días del nacimiento con la práctica de LME durante los primeros 6 meses. A nivel país se encontró que el dar de lactar al niño al nacimiento (86,44%); el dar de lactar entre una hora y menos de 24 horas después del nacimiento (38,79%) y el darle algo de beber a parte del seno materno (64,29%) se relacionaron estadísticamente con la no adherencia o abandono de la LME con un $p=0,000$. Esta tendencia se repite en las diferentes regiones, excepto en la Amazonía, en donde el darle de lactar al niño inmediatamente después de nacer fue la práctica mayormente relacionada con la no adherencia o abandono de la LME con el 45,35%, en todos los casos la relación estadística se estableció con un $p=0,000$ (Tabla 2). Además, las 3 principales causas referidas por la madre para no dar de lactar inmediatamente después del nacimiento fueron que el niño nació muy enfermo (38,92%), porque no tuvo leche (26,19%) y haber sido sometida a cesárea (18,57%) (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de sujetos según características sociodemográficas

Características sociodemográficas		País (N=12141)					Costa (n=3652)					Sierra (n=6064)					Amazonía (n=2425)				
		Lactancia materna exclusiva					Lactancia materna exclusiva					Lactancia materna exclusiva					Lactancia materna exclusiva				
		No		Si		p	No		Si		p	No		Si		p	No		Si		p
		N	%	N	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
Área	Urbana	5004	64,51	2328	53,1	0,000	2013	74,31	675	71,58	0,102	2308	63,48	1293	53,25	0,000	683	48,37	360	35,54	0,000
	Rural	2753	35,49	2056	46,9		696	25,69	268	28,42		1328	36,52	1135	46,75		729	51,63	653	64,46	
Región	Costa	2709	34,92	943	21,51	0,000															
	Sierra	3636	46,87	2428	55,38																
	Amazonía	1412	18,20	1013	23,11																
Sexo	Hombre	3962	51,08	2254	51,41	0,721	1387	51,2	458	48,57	0,164	1848	50,83	127	52,31	0,258	727	51,49	526	51,92	0,832
	Mujer	3795	48,92	213	48,59		1322	48,8	485	51,43		1788	49,17	1158	47,69		685	48,51	487	48,08	
Etnia	Indígena	613	7,90	862	19,66	0,000	13	0,48	13	1,38	0,000	302	8,31	454	18,7	0,000	298	21,1	395	38,99	0,000*
	Afroecuatoriana/o	275	3,55	195	4,45		177	6,53	149	15,8		78	2,15	39	1,61		20	1,42	7	0,69	
	Montubia/o	308	3,97	58	1,32		288	10,63	49	5,2		17	0,47	9	0,37		3	0,21	0	0	
	Mestiza/o	6427	82,85	3237	73,84		2168	80,03	721	76,46		3178	87,4	191	78,67		1081	76,56	606	59,82	
	Blanca/o u Otra/o	134	1,73	32	0,73		63	2,33	11	1,17		61	1,68	16	0,66		10	0,71	5	0,49	
Grupo edad de la madre	14 - 19 años	638	8,22	372	8,49	0,000	231	8,53	93	9,86	0,154	245	6,74	175	7,21	0,000	162	11,47	104	10,27	0,027
	20 - 35 años	5602	72,22	3346	76,32		2041	75,34	719	76,25		2583	71,04	1876	77,27		978	69,26	751	74,14	
	Mayor o igual a 35	1517	19,56	666	15,19		437	16,13	131	13,89		808	22,22	377	15,53		272	19,26	158	15,6	
Tenencia de la vivienda	Propia y totalmente pagada	2714	34,99	1525	34,79	0,062	1132	41,79	371	39,34	0,353	1054	28,99	718	29,57	0,016	528	37,39	436	43,04	0,001
	Propia y la está pagando	359	4,63	156	3,56		51	1,88	16	1,7		250	6,88	118	4,86		58	4,11	22	2,17	
	Propia (regalada, donada, heredada)	488	6,29	257	5,86		255	9,41	83	8,8		159	4,37	125	5,15		74	5,24	49	4,84	
	Arrendada /anticresis	2154	27,77	1233	28,13		497	18,35	171	18,13		1234	33,94	819	33,73		423	29,96	243	23,99	
	Prestada o cedida (no paga)	1935	24,95	1152	26,28		738	27,24	283	30,01		883	24,28	619	25,49		314	22,24	250	24,68	
	Por servicios	107	1,38	61	1,39		36	1,33	19	2,01		56	1,54	29	1,19		15	1,06	13	1,28	
Pobreza por NBI	No	5248	67,66	2698	61,54	0,000	1533	56,59	437	46,34	0,000	2837	78,03	176	72,49	0,000	878	62,18	501	49,46	0,000
	Si	2509	32,34	1686	38,46		1176	43,41	506	53,66		799	21,97	668	27,51		534	37,82	512	50,54	

p: significación según Chi cuadrado de Pearson; *****: significación según Prueba exacta de Fisher; **NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas

Tabla 2. Distribución de sujetos según características de la lactancia materna

Características de la lactancia materna	País (N=12141)																				
	País (N=12141)					Costa (n=3652)					Sierra (n=6064)					Amazonía (n=2425)					
	Lactancia materna exclusiva					Lactancia materna exclusiva					Lactancia materna exclusiva					Lactancia materna exclusiva					
	No		Si		p	No		Si		p	No		Si		p	No		Si		p	
N	%	N	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%			
Al nacer le dio de lactar	No	1052	13,56	63	1,44	0,000	318	11,74	5	0,53	0,000	579	15,92	47	1,94	0,000	155	10,98	11	1,09	0,000
	Si	6705	86,44	4321	98,56		2391	88,26	938	99,47		3057	84,08	2381	98,06		1257	89,02	1002	98,91	
Cuánto tiempo después del nacimiento empezó a dar de lactar	Inmediatamente después del parto	2071	30,89	2396	55,45	0,000	503	21,04	425	45,31	0,000	998	32,65	1408	59,13	0,000	570	45,35	563	56,19	0,000
	Menos de una hora	1289	19,22	1024	23,7		449	18,78	224	23,88		591	19,33	535	22,47		249	19,81	265	26,45	
	Entre una hora y menos de 24 horas	2601	38,79	864	20		1203	50,31	283	30,17		1068	34,94	414	17,39		330	26,25	167	16,67	
	Más de un día	744	11,1	37	0,86		236	9,87	6	0,64		400	13,08	24	1,01		108	8,59	7	0,70	
Le dio/dieron algo de beber, aparte de dar de lactar	No	2770	35,71	4377	99,84	0,000	949	35,03	943	100	0,000*	1215	33,42	2423	99,79	0,000*	606	42,92	1011	99,8	0,000*
	Si	4987	64,29	7	0,16		1760	64,97	0	0,00		2421	66,58	5	0,21		806	57,08	2	0,20	

p: significación según Chi cuadrado de Pearson; *****: significación según Prueba exacta de Fisher; **NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas

El análisis de regresión logística de las características sociodemográficas arrojó que, la posibilidad de brindar al niño LME durante los primeros 6 meses de vida es 1,31 veces mayor en el área rural ($p=0,000$; IC 95%: 1,206273–1,442028); 1,14 veces mayor en madres con vivienda arrendada ($p=0,013$; IC 95%: 1,028627–1,270371) y 1,25 veces mayor en madres con pobreza por NBI ($p=0,000$; IC 95%: 0,8351927–1,238426). Por otro lado, la posibilidad de no brindar LME resultó 1,75 veces mayor en la costa ($p=0,000$; IC 95%: 0,5184389–0,6354238); 1,16 veces mayor en la Amazonía ($p=0,004$; IC 95%: 0,7771319–0,9522122); 5 veces mayor en montubios ($p=0,000$; IC 95%: 0,146478–0,2738609); 2, 22 veces mayor en mestizos ($p=0,000$; IC 95%: 0,3974776–0,5066341); 4,55 veces mayor en blancos ($p=0,000$; IC 95%: 0,1460755–0,3300219); 1,25 veces mayor en madres mayores de 35 años ($p=0,009$; IC 95%: 0,6827321–0,9461832) y 1,25 veces mayor en madres con vivienda propia aun pagándola ($p=0,025$; IC 95%: 0,6447778–0,9714273) (Tabla 3).

Tabla 3. Modelo de regresión logística factores sociodemográficos

Características sociodemográficas		OR	p	IC 95%	
Área	Urbana				
	Rural	1,318893	0,000	1,206273	1,442028
Región	Sierra				
	Costa	0,5739586	0,000	0,5184389	0,6354238
	Amazonía	0,8602293	0,004	0,7771319	0,9522122
Sexo	Mujer				
	Hombre	1,016096	0,682	0,9414063	1,096711
Etnia	Indígena				
	Afroecuatoriana/o	0,7720302	0,025	0,616112	0,9674063
	Montubia/o	0,2002863	0,000	0,146478	0,2738609
	Mestiza/o	0,4487491	0,000	0,3974776	0,5066341
	Blanca/o u Otra/o	0,2195635	0,000	0,1460755	0,3300219
Grupo de edad de la madre	14 - 19 años				
	20 - 35 años	1,125085	0,099	0,9779457	1,294362
	Mayor o igual a 35	0,8037348	0,009	0,6827321	0,9461832
Tenencia de la vivienda	Propia y totalmente pagada				
	Propia y la está pagando	0,7914258	0,025	0,6447778	0,9714273
	Propia (regalada, donada, heredada)	1,058128	0,515	0,8927004	1,254211
	Arrendada /anticresis	1,143127	0,013	1,028627	1,270371
	Prestada o cedida (no paga)	1,080414	0,132	0,9770476	1,194716
	Por servicios	0,9394606	0,711	0,6750741	1,307392
Pobreza por NBI	No				
	Si	1,253593	0,000	1,149875	1,366666
_cons		1,017017	0,867	0,8351927	1,238426

Prob>Chi2 = 0,000; Pseudo R2 = 0,0443

En cuanto a las características asociadas con la lactancia materna al nacimiento, el análisis de regresión logística sugiere que la probabilidad de que la madre proporcione LME es 1,92 veces mayor en aquellas que dieron de lactar al niño al nacimiento ($p=0,004$; IC 95%: 1,374933–2,693618). Por otro lado, la probabilidad de no proporcionar LME es 1,5 veces mayor en aquellas madres que dieron de lactar antes de la hora de nacimiento ($p=0,004$; IC 95%: 0,5965593–0,757472); 2,13 veces mayor en aquellas que tardaron entre una y 24 horas ($p=0,004$; IC 95%: 0,4207645–0,5333144) y 1,44 veces mayor en aquellas que tardaron más de un día ($p=0,004$; IC 95%: 0,2596751–0,6319769) (Tabla 4).

Tabla 4. Modelo de regresión logística factores sociodemográficos

Lactancia materna exclusiva		OR	p	IC 95%
Al nacer le dio de lactar	No			
	Si	1,924459	0,000	1,374933 2,693618
Cuánto tiempo después del nacimiento empezó a dar de lactar	Inmediatamente después del parto			
	Menos de una hora	0,672218	0,000	0,5965593 0,757472
	Entre una hora y menos de 24 horas	0,4737085	0,000	0,4207645 0,5333144
	Más de un día	0,4051033	0,000	0,2596751 0,6319769
Le dio/dieron algo de beber, aparte de dar de lactar	No			
	Si	0,0009339	0,000	0,0003875 0,0022511
_cons		2,162752	0,000	2,014153 2,322315

Prob>Chi2 = 0,000; Pseudo R2 = 0,3736

Discusión

El presente estudio encontró una prevalencia de LME del 36,11%, lo que sugiere una brecha significativa si se compara con el promedio mundial que para el 2023 fue del 48% (Global Breastfeeding Collective et al., 2023). Las prevalencias varían entre los distintos países y regiones, así, en Estados Unidos la tasa de LME alcanza únicamente el 26% (Centers for Disease Control and Prevention, 2023), en África occidental y central (25%), Asia oriental y el Pacífico (30%), Asia meridional (47%), América Central y el Caribe (32%), Asia oriental y meridional (51%), países menos desarrollados (46%) respectivamente (Unicef & World Health Organization, 2015). Considerando la importancia de esta práctica en la salud del niño y de la madre, actualmente se producen avances en diferentes regiones, donde numerosos países de África, Asia, Europa y Oceanía han documentado grandes aumentos en la lactancia materna exclusiva, con incrementos de más de diez puntos porcentuales en 22 países desde 2017 (Global Breastfeeding Collective et al., 2023).

En relación a las características sociodemográficas estudiadas, la no adherencia o abandono de la lactancia materna exclusiva presentó porcentajes mayores y relación estadísticamente significativa en el área urbana, la región sierra, etnia mestiza, con madres que se encuentran en el grupo de edad de 20 a 35 años, y que no presentaron pobreza por NBI. La práctica de la LME es un fenómeno multifactorial, de tal manera que los distintos estudios realizados han incorporado tanto variables



en común como también variables específicas en dependencia de regiones, costumbres, tradiciones, etc. En este sentido un metaanálisis y revisión sistemática realizado en Ghana observó que la LME mujeres de 20 años o más, las mujeres rurales con educación superior y las propietarias de una vivienda. Mientras que, era menos frecuente entre las mujeres solteras, las residentes en zonas urbanas y aquellas con educación superior (Mohammed et al., 2023).

Los resultados presentados hacen referencia a una madre del área urbana, adulta joven, mestiza y sin NBI, en este caso la no adherencia o abandono de la LME puedes tener varios matices. Por un lado, como la baja por maternidad insuficiente (una baja por maternidad remunerada más corta que obliga a la madre a reincorporarse al trabajo antes de los 6 meses de edad del bebé) (Chai et al., 2018), las políticas laborales que no apoyan la capacidad de la mujer para amamantar al reincorporarse al trabajo, y las creencias de los cuidadores y de la sociedad que favorecen la LM no exclusiva antes de los 6 meses de edad de los bebés (Wanjohi et al., 2017). Algunas evidencias demuestran que empoderar a las mujeres para la LME, mediante la implementación de una licencia de maternidad remunerada obligatoria de seis meses, así como políticas que alienten a las mujeres a amamantar en el lugar de trabajo y en espacios públicos, puede aumentar la tasa de LME en los primeros seis meses de vida hasta en un 50 % (Unicef & World Health Organization, 2025). Otra evidencia demuestra que una licencia de maternidad remunerada más prolongada ayuda a las madres a practicar la lactancia materna exclusiva de manera efectiva (Wake & Mittiku, 2021).

Se evidenció que la probabilidad de practicar la LME fue inversamente proporcional al tiempo transcurrido entre el nacimiento del niño y la primera toma. En este sentido y considerando que las principales causas relacionadas con el retraso en la LM fueron algún tipo de enfermedad del recién nacido y la cesárea materna, es evidente que, a separación precoz, especialmente en las primeras horas posnatales, tiene efectos importantes y perjudiciales sobre la duración y el éxito de la LM. El inicio tardío de la lactancia, la interacción madre-hijo interrumpida y la inhibición de la succión del lactante pueden mediar los efectos de la falta de apego precoz sobre la LM (Shi et al., 2021). En Ecuador, el porcentaje de nacimientos por cesárea para el 2015 fue del 48,97% y es probable que la tasa se haya incrementado en los últimos años (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015); por tanto, la reducción de las cesáreas y sus efectos adversos sobre LM es un grave problema de salud pública aún sin resolver.



Conclusiones

Este estudio indica que, en el Ecuador existen varios factores socioculturales y sociales que influyen directamente en las prácticas de LME. Dentro de los factores que pueden incidir en el fracaso de la LME se encuentran el vivir en la región costa o amazónica; ser de raza montubia, mestiza o blanca; madres mayores de 35 años y con vivienda propia y aun pagándola. Por otro resultaron factores protectores el ser de área rural y tener vivienda arrendada.

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño enfatiza la necesidad de que quienes promueven la LM comprendan las circunstancias socioculturales y ambientales de la lactancia materna. Por lo tanto, la evidencia presentada en este estudio es útil para el diseño de nuevos estudios e implementación de intervenciones de cambio de comportamiento dirigidas a mejorar las prácticas de LM. Para ello, se recomienda investigar más a fondo el papel de los factores sociodemográficos en este contexto. Tipografía Times New Roman a 14 puntos solo en mayúsculas la primera letra, centrado, negrillas)



Referencias bibliográficas

- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Breastfeeding Report Card United States, 2022. [www.cdc.gov/breastfeedingAccessibleVersion:https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/repor tcard.htm](https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/repor tcard.htm)
- Chai, Y., Nandi, A., & Heymann, J. (2018). Does extending the duration of legislated paid maternity leave improve breastfeeding practices? Evidence from 38 low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 3(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001032>
- Dukuzumuremyi, J. P. C., Acheampong, K., Abesig, J., & Luo, J. (2020). Knowledge, attitude, and practice of exclusive breastfeeding among mothers in East Africa: A systematic review. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00313-9>
- Global Breastfeeding Collective, Unicef, & World Health Organization. (2023). Global breastfeeding scorecard 2023: rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support. <https://www.unicef.org/documents/global-breastfeeding-scorecard-2023>
- Hossain, S., & Mahrshahi, S. (2022). Exclusive Breastfeeding and Childhood Morbidity: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 2. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214804>
- Lio, R. M. S., Maugeri, A., Rosa, M. C. La, Cianci, A., Panella, M., Giunta, G., Agodi, A., & Barchitta, M. (2021). The impact of socio-demographic factors on breastfeeding: Findings from the “mamma & bambino” cohort. *Medicina (Lithuania)*, 57(2), 1–12. <https://doi.org/10.3390/medicina57020103>
- Masi, A. C., & Stewart, C. J. (2024). Role of breastfeeding in disease prevention. *Microbial Biotechnology*, 17(7), 1–10. <https://doi.org/10.1111/1751-7915.14520>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Boletín Nacimientos por cesárea012-2015. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/BOLET%25C3%258DN-CESAREAS.pdf&ved=2ahUKEwiqiOXdqfeOAxUnQzABHRMsG8QQFnoECCcQAQ&usg=AOvVaw2TJApJU6HosfCGMqNMoa2D>
- Mohammed, S., Yakubu, I., Fuseini, A. G., Abdulai, A. M., & Yakubu, Y. H. (2023). Systematic review and meta-analysis of the prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the first six months of life in Ghana. *BMC Public Health*, 23(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15758-w>



- Shi, H., Yang, Y., Yin, X., Li, J., Fang, J., & Wang, X. (2021). Determinants of exclusive breastfeeding for the first six months in China: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00388-y>
- StataCorp. (2023). *Stata Statistical Software (Release 18)*. StataCorp LLC. www.stata.com
- Unicef, & World Health Organization. (2015). *Advocacy Strategy: Breastfeeding Advocacy Initiative*. <https://iris.who.int/handle/10665/152891>
- Unicef, & World Health Organization. (2025). *Global Nutrition Targets 2025 Breastfeeding Policy Brief*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., Allen, K., Dharmage, S., Lodge, C., Peres, K. G., Bhandari, N., Chowdhury, R., Sinha, B., Taneja, S., Giugliani, E., ... Richter, L. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Wake, G. E., & Mittiku, Y. M. (2021). Prevalence of exclusive breastfeeding practice and its association with maternal employment in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00432-x>
- Wanjohi, M., Griffiths, P., Wekesah, F., Muriuki, P., Muhia, N., Musoke, R. N., Fouts, H. N., Madise, N. J., & Kimani-Murage, E. W. (2017). Sociocultural factors influencing breastfeeding practices in two slums in Nairobi, Kenya. *International Breastfeeding Journal*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0092-7>
- Wu, Q., Tang, N., & Wacharasin, C. (2022). Factors influencing exclusive breastfeeding for 6 months postpartum: A systematic review. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33(4), 290–303. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12360>
- Zong, X., Wu, H., Zhao, M., Magnussen, C. G., & Xi, B. (2021). Global prevalence of WHO infant feeding practices in 57 LMICs in 2010–2018 and time trends since 2000 for 44 LMICs. *EClinicalMedicine*, 37, 1. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100971>



Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.