

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional Medicina Humana



Una Institución Adventista

Prevalencia y factores asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú, subanálisis ENDES 2018

Por:

Daniela Carla Alvarez Cutipa

William Isaac Sánchez Torres

Asesor:

Dr. Salomón Huancahuire Vega

Lima, febrero de 2020

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Dr. Salomón Huancahuire Vega, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulada: **Prevalencia y factores asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú, subanálisis ENDES 2018.** constituye la memoria que presentan los autores **Bachiller Daniela Carla Alvarez Cutipa y Bachiller William Isaac Sánchez Torres** para aspirar al título de Profesional de Médico Cirujano, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

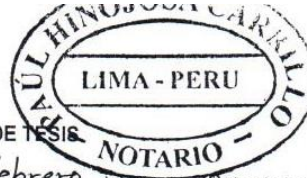
Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, a los 26 días del mes de febrero del año 2020.



Asesor

Dr. Salomón Huancahuire Vega
DNI: 41407030



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a...veintiséis... día(s) del mes de... febrero... del año 20...20... siendo las... 18:00... horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Mc. Roger Albornoz Esteban, el secretario: Mg. Ronny Francisco Chiloñ Troncos y los demás miembros: Mg. Guido Angelo Huapaya Flores y el asesor: Dr. Salomón Huancahuire Vega

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: Prevalencia y factores asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú, subanálisis ENDES 2018

de el(los)/la(las) bachiller/es: a) Daniela Carla Alvarez Cutipa

b) William Isaac Sánchez Torres

conducente a la obtención del título profesional de Médico Cirujano
(Nombre del Título Profesional)

con mención en.....

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/la(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Daniela Carla Alvarez Cutipa

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy Bueno	Sobresaliente

Candidato (b): William Isaac Sánchez Torres

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy Bueno	Sobresaliente

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente

Asesor

Candidato/a (a)

Miembro

Secretario

Miembro

Candidato/a (b)

Dedicatoria

A nuestros padres por su apoyo constante e incondicional y
por motivarnos en cada paso de la carrera.

Agradecimientos

Nuestros agradecimientos a Dios por su constante dirección en nuestra etapa de preparación para servir a la humanidad en el área de la salud.

Agradecemos a la Universidad Peruana Unión por acogernos como estudiantes de la Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud mediante la institucionalización de la Educación Superior licenciada con una cosmovisión cristiana de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

A nuestra Escuela Profesional por encargarse de nuestra formación, así como el logro del perfil profesional con la participación significativa de nuestros estimados docentes.

Nuestra gratitud al Dr. Salomón Huancahuire Vega, nuestro asesor, por su orientación temática y metodológica de presente trabajo de investigación.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS.....	7
LISTA DE ANEXOS	8
ABREVIATURAS.....	9
RESUMEN	10
CAPÍTULO I	
Planteamiento del problema.....	14
1.1. Identificación del problema.....	14
1.2. Formulación del problema.....	16
1.3. Objetivos	16
1.4. Importancia de la investigación	17
1.5. Presuposición filosófica.....	18
CAPÍTULO II	
Marco teórico.....	20
2.1. Antecedentes	20
2.2. Bases teóricas.....	25
CAPÍTULO III	
Materiales y métodos	42
3.1. Tipo y diseño de investigación	42
3.2. Población y muestra.....	42
3.3. Identificación de variables	44
3.4. Operacionalización de variables	45
3.5. Hipótesis	48
3.6. Técnicas de recolección de datos	48

3.7. Plan de procesamiento de datos	49
3.8. Consideraciones éticas	50
CAPÍTULO IV	
Resultados y discusión.....	52
4.1. Resultados	52
4.2. Discusión.....	65
CAPÍTULO V	
Conclusiones y recomendaciones.....	79
5.1. Conclusiones.....	79
5.1. Recomendaciones.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	99

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables.....	45
Tabla 2: Características sociodemográficas.....	53
Tabla 3: Factores neonatales	58
Tabla 4. Factores sociodemográficos asociados a la LME según el análisis multivariado.	59
Tabla 5. Factores gineco-obstétricos asociados a la LME según el análisis..... multivariado.	61
Tabla 6. Factores neonatales asociados a la LME según el análisis multivariado. ...	64

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. ENDES, Cuestionario del Hogar	99
Anexo 2. ENDES, Cuestionario individual	100
Anexo 3. ENDES, Cuestionario de salud	101
Anexo 4. Factores sociodemográficos asociados a la LME según el análisis bivariado.....	97
Anexo 5. Factores gineco-obstétricos asociados a la LME según el análisis bivariado.....	98
Anexo 6. Factores neonatales asociados a la LME según el análisis bivariado.....	99
Anexo 7. Base de datos.....	100

ABREVIATURAS

1. LME: Lactancia Materna Exclusiva
2. OMS: Organización Mundial de la Salud.
3. OPS: Organización Panamericana de la Salud.
4. MINSA: Ministerio de Salud
5. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática
6. ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
7. UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y neonatales, que se asocian al éxito de la lactancia materna exclusiva en el Perú en el periodo 2013-2018, según un subanálisis de la ENDES 2018. Metodología: El tipo de estudio fue observacional, analítico, correlacional. También tuvo un diseño transversal retrospectivo. Se utilizó datos de la ENDES 2018. La cobertura de la población objetivo es representada por la muestra que se determinó mediante conglomerados de viviendas seleccionadas al 100% en las 24 regiones del país y la Provincia Constitucional del Callao. El tamaño muestra está compuesto por las unidades de análisis encuestadas en 36,760 viviendas. Fueron considerados en el estudio datos de 7487 casos madre-hijo. Se utilizaron estadísticos descriptivos, Odd ratio en el análisis bivariado, para la posterior elaboración de un modelo de regresión logística para determinar los factores asociados. Resultados: La prevalencia de LME durante los primeros seis meses de vida del lactante fue de 74%, cifra ubicada dentro del rango propuesto por la OMS (50 – 89%) y mucho mayor a la reportada a nivel mundial (42 %). Los factores sociodemográficos que se asociaron a la LME fueron, la región natural de residencia, nivel socioeconómico, ocupación de la madre, presencia de hijos menores de 5 años en el hogar, y la presencia de violencia a la madre; los gineco obstétricos fueron la paridad, deseo de embarazo, periodo intergenésico, tipo de parto, complicaciones en el parto y capacitación en

lactancia materna durante el embarazo. Y los neonatales fueron tipo de nacimiento según el número de productos, la edad gestacional al nacer y el inicio de la lactancia antes de la primera hora de vida. Se encontró solo un factor inhibidor de la LME, el lugar de parto. Conclusión: La prevalencia de la LME en el Perú se encuentra en el rango propuesto por la OMS, además existen factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y neonatales que determinan esta práctica.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva, factores sociodemográficos, factores gineco-obstétricos, factores neonatales.

ABSTRACT

Objective: To determine the association of sociodemographic, obstetric and neonatal gynecological factors to exclusive breastfeeding (EBFI) in Peru in the 2013-2018 period, according to a sub-analysis of the ENDES 2018. Methodology: The type of study was observational, Analytical, correlational. It also had a retrospective cross-sectional design. ENDES 2018 data was used. The coverage of the target population is represented by the sample that was determined by conglomerates of 100% selected homes in the 24 regions of the country and the Constitutional Province of Callao. The sample size consists of the analysis units surveyed in 36,760 homes. Data from 7487 mother-child cases were considered in the study. Descriptive statistics, Odd ratio were used in the bivariate analysis, for the subsequent elaboration of a logistic regression model to determine the associated factors. Results: The prevalence of SCI during the first six months of the infant's life was 74%, a figure located within the range proposed by the WHO (50 - 89%) and much higher than that reported worldwide (42%). The sociodemographic factors that were associated with the EBF were, the natural region of residence, socioeconomic level, occupation of the mother, presence of children under 5 years in the home, and the presence of violence to the mother; The obstetric gynecs were parity, desire for pregnancy, intergenic period, type of delivery, complications in childbirth and breastfeeding training during pregnancy. And the neonatals were type of birth according to the number of products, the gestational age at birth and the beginning of breastfeeding before the first hour of life. Only one inhibitor factor of the EBF, the

place of delivery, was found. Conclusion: The prevalence of EBF in Peru is in the range proposed by the WHO, in addition there are sociodemographic, gynecologic and neonatal factors that determine this practice.

Keywords: Exclusive breastfeeding, sociodemographic factors, gynecologic factors, neonatal factors.

CAPÍTULO I

Planteamiento del problema

1.1. Identificación del problema

Según la OMS, lactancia materna exclusiva (LME) se define como dar al lactante únicamente leche materna: no otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes (1). Ésta es una práctica fundamental para satisfacer las necesidades nutricionales y alcanzar un óptimo crecimiento y desarrollo (2).

Es considerada también un “salvavidas” para algunos países en vías de desarrollo (3), ya que se ha determinado que la LME disminuye el riesgo de enfermedades infecciosas, especialmente, respiratorias e intestinales, además de otras, y que gracias a sus efectos protectores logra reducir grandemente los porcentajes de morbi-mortalidad en los recién nacidos y lactantes (4)(5)(6)(7).

La prevalencia y la duración de esta importante práctica ha ido en aumento, desde que la Organización Mundial de la Salud propuso la recomendación de una LME durante los 6 primeros meses de vida, seguidos de alimentación complementaria y manteniendo la lactancia materna hasta los dos años. Sin embargo, estas cifras varían notoriamente entre las diferentes realidades alrededor del mundo. Las tasas de LME de los países de bajos y medianos ingresos han

aumentado, siendo los países de bajos ingresos los que presentan mayores porcentajes de LME frente a los de ingresos medios-altos (8,9).

En el Perú, la evolución de la lactancia materna en niños menores de 6 meses, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú a través de su Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), muestra que el porcentaje aumentó desde el año 2000, manteniéndose en promedio por encima del 62.0%, y alcanzó alrededor del 70,0 % en los años 2011 y 2013. Sin embargo, para los años posteriores presentó una ligera tendencia a la disminución, siendo el porcentaje para el año 2018 (66.4%) inferior al registrado el 2013 (72.3%)(10).

A pesar de los innumerables beneficios no solo para el lactante, sino también para la madre, la LME aún es reemplazada o interrumpida. El abandono de ésta es una realidad que afecta a la salud pública mundial. Un estudio publicado el año 2016 reporta que el 63% (36,3 millones) de niños menores de 6 meses de países de bajo y mediano ingreso, no fueron amamantados de manera exclusiva en el momento de la encuesta nacional más reciente. Esto puede deberse a que existen diversos factores que influyen en la iniciación, proceso y, finalmente, éxito de esta práctica. Factores históricos, demográficos, socioeconómicos, culturales e individuales han sido asociados a la lactancia materna, y lograr la exclusividad de ésta se dará en la medida del entendimiento e intervención estas variables a diferentes niveles (8).

Por lo tanto, esta investigación tuvo como objetivo determinar la asociación de los factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y neonatales a la LME en el Perú

1.2. Formulación del problema

¿En qué medida están asociados los factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y neonatales a la lactancia materna exclusiva en el Perú en el periodo 2013-2018, según un subanálisis de la ENDES 2018??

1.3. Objetivos

1.3.1. General

- Determinar los factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y neonatales, que se asocian a la lactancia materna exclusiva en el Perú en el periodo 2013-2018, según un subanálisis de la ENDES 2018.

1.3.2. Específicos

- Determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en el Perú en el periodo 2013-2018, según un subanálisis de la ENDES 2018.
- Identificar los factores sociodemográficos asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú durante el periodo 2013-2018, según un subanálisis de la ENDES 2018.

- Identificar los factores gineco-obstétricos asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú durante el periodo 2013-2018, según un subanálisis de la ENDES 2018
- Identificar los factores neonatales asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú durante el periodo 2013-2018, según un subanálisis de la ENDES 2018.

1.4. Importancia de la investigación

El conocimiento de los numerosos beneficios de la LME, así como los efectos de su deficiencia en la salud a corto y largo plazo de los lactantes y madres, convierte a esta práctica esencial en un determinante de la salud infantil y materna, además de un importante pilar de la salud pública que podría tener impacto aún en otras áreas de la salud al generar importantes ahorros de costos para los servicios que velan por esta, e incluso producir cambios económicos al reducir costo médicos indirectos si se considera el tiempo perdido de trabajo y gastos personales, excluyendo el costo de las muertes (11).

El presente trabajo reviste de importancia ya que pretende mostrar la realidad de la LME en el Perú, una práctica que previene de uno de los problemas de salud pública más importantes del país, como es la desnutrición y morbilidad infantil, que a pesar de los múltiples intentos no se logra aún combatir. Es en ese punto donde los factores asociados toman importancia ya que su conocimiento y comprensión permitirá optimizar las intervenciones con mayor efectividad para

mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño y así, la salud de la niñez en el país. Por lo tanto, hay necesidad de tener políticas claras y bien sustentadas, que vayan acompañadas de una apropiada capacitación y educación personal de salud para que se comprometa con el cuidado de madres y de los lactantes (12).

A pesar de la trascendencia del tema, son insuficientes las investigaciones enfocadas al estudio de la LM a nivel nacional. Los estudios de prevalencia realizados hasta la fecha se ha puesto en manifiesto la necesidad de modificar y enfatizar los factores asociados al éxito y al fracaso de la LME (13)(14)(15).

1.5. Presuposición filosófica

La importancia de la etapa de lactancia se registra en la Biblia para todo ser vivo. Se tiene la experiencia de Ana, quien consideró que Sansón, hijo elegido por Dios como libertador de su pueblo, debía cumplir con la etapa de lactancia, a pesar que Elcana le había dado la orden de subir a ofrecer sacrificio diciéndole a su esposo “...no subiré hasta que el niño sea destetado ...y crió a su hijo hasta que lo destetó” (La Biblia, Reina Valera. 1 Samuel 1: 22, 23). También se evidencia la importancia de esta etapa para la vida reproductiva de la madre, como sucedió con Gomer que “Después de haber destetado a Lo-ruhama...concibió y dio a luz un hijo” (La Biblia, Reina Valera. Oseas 1: 8). Así, Abraham vio necesario celebrar por la culminación de este periodo, “...ofreció Abraham un gran banquete el día que fue destetado Isaac” (La Biblia, Reina Valera. Génesis 21: 8), como ejemplo de la promoción de esta buena práctica que tiene un impacto significativo en los hijos y, por ende, en la

familia. Además esta etapa es importante para todo ser vivo que amamanta “Aun los chacales dan las ubres para amamantar a sus cachorros...” (*La Biblia, Reina Valera. Lamentaciones 4: 3*).

La leche materna es un alimento primordial para la primera etapa de vida del lactante, y como tal puede ser representado como la palabra de Dios en un contexto de comunión personal y adoración, indispensable y vital para vida cristiana, pues se debe desear esta leche espiritual “...como niños recién nacidos, la leche espiritual no adulterada, para que por ella crezcáis para salvación.” (*La Biblia, Reina Valera. 1 Pedro 2: 2*).

Por otro lado, la escritora Ellen G. de White reafirma que en esta etapa no debe darse ninguna sustitución de la leche materna, pues el mejor alimento para el niño es el que suministra la naturaleza, por ningún motivo debe privárselo de él sin necesidad, es cruel que la madre, por causa de las conveniencias y los placeres sociales, procure liberarse de su ministerio materno: amamantar a su pequeñuelo (Ellen G. de White, *Consejos Sobre El Régimen Alimenticio*, pp. 266.3).

De manera metafórica cuán importante es la palabra de Dios en la vida espiritual, pues todo aquel que participa de la leche es inexperto en la palabra de justicia, porque es niño ya que el alimento sólido es para los que han alcanzado madurez, habiendo ejercitado el discernimiento entre el bien y el mal (*La Biblia, Reina Valera. Hebreos 5: 12-14*).

CAPÍTULO II

Marco teórico

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Un estudio realizado en el 2017 sobre la prevalencia de la LME en el que se establecieron práctica y factores asociados entre madres que tienen bebés menores de 6 meses, en Bahir Dar, Noroeste, Etiopía(16). Se realizó un estudio transversal mediante la aplicación de un cuestionario adaptado mediante la entrevista del 15 de abril al 3 de mayo de 2017 a 499 hogares, seleccionados de manera aleatoria, de un total de 1497 hogares con bebés menores de 6 meses que se infiere de 221,991 pobladores. El tamaño de la muestra se determinó mediante el uso de una fórmula de proporción de población única considerando (prevalencia $P = 82\%$ de proporción de la práctica de LME en Ambo, nivel de confianza $CI = 95\%$, margen de error $W = 5\%$). La regresión logística se utilizó para evaluar la relación entre las variables dependientes y predictoras. Se realizó un análisis bivariado para examinar las asociaciones de una variable independiente con la práctica exclusiva de la lactancia materna con un $p \leq 0.05$ para realizar un análisis multivariado. La asociación entre las variables dependientes y predictoras se evaluó mediante AOR e IC del 95% con p valor menor a 0.05. Según los resultados, a prevalencia de la práctica exclusiva de lactancia materna 1 día antes de la encuesta fue del 86,4%. Madres con un bebé de

0 a 1 mes de edad [AOR = 5.702 (1.747, 18.613)], amas de casa [AOR = 2.995 (1.557, 5.690)] y madres no influenciados por la cultura [AOR = 11 (3.449, 35.165)] tuvieron más probabilidades de practicar LME que sus contrapartes.

Otro estudio transversal sobre esta práctica y sus factores asociados en un área suburbana en Angola tuvo como objetivo identificar los factores asociados con la prevalencia de la LME en un área suburbana de Angola. Se encuestó a 274 madres con un total de 749 niños menores de seis meses. Las razones de prevalencia (RP) se estimaron utilizando la regresión de Poisson basada en un modelo jerárquico. De acuerdo a los resultados, la prevalencia de la LME entre los niños menores de seis meses fue del 51,5% (intervalo de confianza del 95%, IC, 46,3-56,6%). Se asociaron positivamente cuatro variables con la LME a menores de seis meses: número de visitas prenatales (PR 1.11 para cada visita después de la primera; IC del 95%: 1.04-1.18), ocupación materna (otras ocupaciones versus trabajadores independientes) (RP 1,54; IC del 95%: 1,05-2,26), edad de los niños más pequeños (RP 0,77 por mes; IC del 95%: 0,71-0,84) y niñas (RP 1,34; IC del 95%: 1,02-1,76). Se concluye que la prevalencia de LME a los seis meses fue satisfactoria, situación relevante en el contexto de la alta mortalidad infantil, pudiendo ser útiles para establecer estrategias destinadas a mejorar la salud infantil a través de la promoción de esta importante práctica (17).

Otro estudio sobre los determinantes de las prácticas de lactancia materna y el éxito en una población asiática multiétnica (18), tuvo como objetivo evaluar la

prevalencia, la duración y el modo de amamantamiento (directo o expresado) entre madres de tres grupos étnicos asiáticos. Participaron 1,300 mujeres reclutadas durante el embarazo temprano. Para el análisis se utilizaron modelos de regresión de Cox para identificar los factores asociados con la interrupción de la lactancia materna completa. Los análisis de regresión logística evaluaron la asociación de etnicidad con el modo de lactancia materna. Los resultados indican que a los 6 meses después del parto, la prevalencia de cualquier lactancia materna fue del 46 por ciento para las madres chinas, del 22 por ciento para las madres malayas y del 41 por ciento para las madres indias; La prevalencia de la lactancia materna completa fue de 11, 2 y 5 por ciento, respectivamente. Más madres chinas alimentaron a sus bebés con leche materna extraída, en lugar de amamantarlos directamente, en comparación con los otros dos grupos étnicos. La duración de la lactancia materna completa se asoció positivamente con una mayor edad materna y educación, y también se asoció negativamente con la frecuencia de lactancia materna irregular y cómo amamantar. Con ajuste, la educación materna, la duración de la lactancia materna fue similar en los tres grupos étnicos, pero la etnia siguió siendo un predictor significativo del modo de lactancia materna. Se concluye que las bajas tasas y la duración de la lactancia materna en esta población pueden mejorarse con educación y apoyo sobre la lactancia materna, especialmente en madres con educación inferior. Se necesita más trabajo para comprender las diferencias culturales en el modo de alimentación y sus implicaciones para la salud materna e infantil.

2.1.2. Nacionales

En el 2014 se efectuó una investigación sobre las tendencias y factores asociados a LME en el Perú, basado en datos de ENDES 1996 – 2011(15), que tuvo como objetivo establecer las tendencias y factores asociados a LME en el Perú. La población de estudio fue establecida por el ENDES, que incluye a mujeres en edad fértil, así como a sus niños menores de 5 años. El tamaño de la muestra se determinó mediante 1414 conglomerados de los cuales fueron elegidas 27,483 para ser entrevistadas en hogares seleccionados. Para el ENDES 2006 y 2011, la muestra estuvo constituida por 17 515 conglomerados y 22 517 mujeres. Para el análisis se realizó un procedimiento analítico bivariado inferenciales, para las asociaciones se utilizó para establecer la significancia, el R de Pearson y el test de Wald. Los factores asociados fueron determinados mediante el análisis de un modelo lineal de Poisson. Según los resultados, para el año 1996 y 2011, se observó que el número de controles prenatales y la edad promedio del niño tuvieron influencia en el cumplimiento de la LME. En el año 2011, un número mayor de hijos (2.73, IC: 2.50 – 2.97) estuvo asociado con un mayor cumplimiento de LME. Para el año 1996, un periodo intergenésico menor (39.56, IC: 36.67 – 42.45), igualmente que un mayor peso al nacer (6.03, IC: 5.70 – 6.36) estuvieron asociados a un mayor cumplimiento de LME. Sin embargo el lugar del parto, LME fue significativamente menor en madres cuyo parto fue institucional (42.66%, IC: 37.83 – 47.63) que en el grupo de madres cuyo parto ocurrió fuera de un establecimiento de salud (63.35%, IC: 59.15 – 67.35). En el año 2000 y 2011, el parto por cesárea estuvo asociado con un bajo

cumplimiento de LME, la cual fue significativamente mayor en los grupos de niños que iniciaron precozmente la lactancia materna. Se evidenció que un bajo cumplimiento de LME durante el periodo de estudio en aquellos niños con biberón.

Un trabajo de investigación sobre los factores relacionados al éxito de la LME en madres del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de la ciudad de Huánuco en el 2018 (19), tuvo como objetivo determinar los factores relacionados al éxito de la LME en madres del mencionado nosocomio. Se realizó un estudio analítico relacional en 152 madres de niños menores de 6 meses de edad, aplicando el cuestionario en la recolección de datos. En el análisis inferencial se utilizó la prueba del Chi Cuadrado con un nivel de significancia $p \leq 0,05$. Según los resultados, el 62,5% de las madres efectuaron LME a sus hijos. Los factores sociodemográficos relacionados al éxito de esta fueron procedencia rural ($p=0,003$) y ama de casa ($p = 0,000$). Los factores culturales fueron embarazo planificado ($p = 0,000$), conocer sobre LME ($p = 0,001$), antecedentes de lactancia materna ($p = 0,001$), motivación ($p = 0,000$) y apoyo familiar ($p=0,008$). Los factores del parto relacionados al éxito de LME fueron contacto piel a piel ($p = 0,001$) y brindar lactancia después del nacimiento ($p = 0,012$). Los factores biológicos fueron adecuada producción de leche ($p = 0,000$), no tener pezones invertidos ($p = 0,000$) y no tener mastitis ($p = 0,000$); siendo estadísticamente significativos. Se concluye que los factores sociodemográficos, culturales, del parto y biológicos se encuentran relacionados significativamente con el éxito de LME en las madres en estudio.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Lactancia materna

La OMS hace referencia a la leche materna como el primer alimento natural de los niños, pues brinda toda la energía y nutrientes necesarios durante sus primeros meses de vida. Ofrece beneficios, al menos a la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. Igualmente, esta promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, también protege al bebé de enfermedades crónicas e infecciosas (20). Además de reducir riesgos de anemia temprana, asma, dermatitis, obesidad o diabetes, también incrementa las puntuaciones de coeficiente intelectual, por otro lado, disminuye la posibilidad del síndrome de muerte súbita y riesgo de enfermedades cardiovasculares a futuro (7)(21).

En el marco de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS, la lactancia materna es descrita como un acto natural y como un comportamiento aprendido, por el cual se proporciona un alimento ideal para el desarrollo y crecimiento sano de los lactantes; además de ofrecer protección natural contra ciertas enfermedades infecciosas o no, permite fortalecer el lazo de amor entre la madre y su bebé, favorece la mejor recuperación fisiológica post parto y reduce la ausencia laboral de la madre(22). Otros beneficios para la madre se han descrito, como el hecho de disminuir el riesgo de depresión posparto y la pérdida

sanguínea, así como el riesgo de padecer cáncer de mama o de ovario durante la vida(23).

Sin embargo, Casado de Frías menciona que no siempre la lactancia natural puedes ser administrada del pecho de la madre, existen casos en el que la lactancia materna se provee mediante sondas o cucharitas, pero no va acompañado de los demás beneficios (24).

2.2.1.1. Lactancia materna exclusiva (LME)

La OMS define lactancia materna exclusiva como el acto de dar al lactante únicamente leche materna (implica la leche extraída) durante los primeros 6 meses de vida: no se le proporciona otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua. A excepción de la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes(1)(6).

La leche humana no debe ser considerada solo como un conjunto de nutrientes necesarios para el bebé, sino un fluido vivo que tiene más de 200 componentes conocidos que interactúan para cumplir más función que una nutricional. Ésta además brinda protección a través de la inmunoglobulina A materna, y es un importante estímulo del desarrollo cognoscitivo. (25)

Es indispensable tomar amplias medidas a una escala mucho mayor a fin de alcanzar la meta mundial puesta para el 2025 de incrementar la LME en los seis primeros meses de vida a por lo menos 50%(26).

2.2.2. Lactancia artificial

La lactancia artificial y/o fórmula láctea se define como un alimento adecuado que, ya sea parcial o totalmente, pueda sustituir a la leche humana, cubriendo nutricionalmente los requerimientos del lactante y puede ser de iniciación durante los primeros 4-6 meses de vida y de continuación como parte de un régimen de alimentación mixto desde el 4-6 mes de edad (27).

Hay diferencias importantes entre la fórmula láctea y la leche materna, tanto en la cantidad como en la calidad de los macro y micronutrientes que recibirá el niño, además de inconvenientes para la preparación y un mayor riesgo para enfermedades debido a la contaminación de alimentos (28).

Sin embargo, lactancia materna y sus diversas formas es incluso mejor para el bebé que recibir sólo fórmula infantil. Y si las madres utilizaran algunas fórmulas infantiles, deben continuar el mayor tiempo posible con la lactancia (29).

2.2.3. Alimentación complementaria

Según la OMS, la alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna ya no es suficiente por sí sola para cumplir con las necesidades nutricionales del lactante, debido a esto es necesario además de la leche materna, otros alimentos y líquidos. En otras palabras, se le denomina alimentación complementaria a la transición de la LME a los alimentos familiares, esto comprende normalmente el período que va de los 6 a los 24 meses de edad.

Así mismo es una etapa crítica de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial (30).

2.2.4. Epidemiología

2.2.4.1. Lactancia materna en el mundo

La OMS, para el periodo 2007-2014, calculó a nivel mundial un 36% de los niños se alimentan con LME hasta los 6 meses(31).

La UNICEF, en el 2018, realizó un análisis de 123 países, reportando que en todo el mundo la mayoría de los bebés han sido amamantados alguna ocasión en sus vidas, siendo un 95% los bebés que alguna vez les dieron leche materna. Sin embargo, esta tasa varía ampliamente en base a los ingresos de los países. En los países de ingresos bajos y medianos, sólo el 4%, ó 1 de cada 25 bebés, jamás fueron amamantados. En países de altos ingresos, el 21% de bebés, o más de 1 en 5, nunca recibieron leche materna(32).

Las diferencias en las tasas de lactancia materna no solo se ven entre países con diferentes niveles de ingresos, incluso entre grupos ricos y pobres dentro de los países. La evidencia demuestra que en los países con ingresos altos, quienes tienen menos probabilidades de amamantar son las madres de hogares más pobres. Esto contrasta con los países de bajos y medianos ingresos, donde el pequeño porcentaje

de madres que no amamantan proviene, en su mayor parte, de hogares más ricos(33)(34)(9).

2.2.4.1.1 Intervenciones

En 1989, la OMS y la UNICEF realizan una declaración conjunta "Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural": La función especial de los servicios de maternidad, en el cual dentro de pautas tratadas se encuentran los diez pasos para una lactancia exitosa(35).

En 1990, mediante la Declaración de Innocenti "Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna", se reconoce que la lactancia materna es un proceso único y superior. Se aborda temas sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural, además finalizan con metas operacionales para el 1995, dentro de los cuales mencionan que todos los gobiernos para tal año deberían practicar los 10 pasos para una lactancia exitosa(36).

En 1991, la OMS conjuntamente con la UNICEF pusieron a andar la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), con la finalidad de animar a los establecimientos que prestaban servicios de maternidad y neonatología de todo el mundo a que adoptaran los diez pasos para la lactancia exitosa(37).

En 2001, la OMS en un reporte de consulta de expertos sobre "Duración óptima sobre lactancia materna exclusiva" Ginebra 2001, concluye que son 6 meses el periodo óptimo de ésta y que confiere diversos beneficios para el bebé y la madre,

además recomienda que después del periodo continuar con la lactancia y empezar la introducción de alimentos complementarios(38).

En el 2002, la OMS en conjunto con la UNICEF lanzan la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño, con la finalidad de reactivar los esfuerzos dirigidos a promover, proteger y apoyar la alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño(39).

2.2.4.2. Lactancia materna en el Perú

Según la ENDES 2018, el 98,9% de las niñas y niños que nacieron en los últimos cinco años a la encuesta han lactado alguna vez, sin diferencia entre el área urbana y rural. El 49,7% de niñas y niños empezaron a lactar en la primera hora de nacimiento, en lo que si hay diferencia según área urbana (43,4%) y rural (68,7%). Esta cantidad se elevó a 92,3% si comenzó a lactar dentro del primer día y el 44,8% recibió alimentos antes de empezar a lactar. El área rural tiene porcentajes mayores respecto al inicio de la lactancia, tanto en la primera hora (68,7%) como en el transcurso del primer día de nacido (95,2%). Por otro lado, entre las niñas y niños que recibieron alimentos antes de empezar a lactar, fue mayor en el área urbana (51,6%), respecto al área rural (24,3%).

Según región natural, la Selva y la Sierra superan los porcentajes de lactancia dentro de la primera hora de nacido en comparación al resto de regiones (69,7% y 59,5%, respectivamente). En cambio, no hay diferencias importantes si las

niñas/niños empezaron a lactar durante el primer día de nacida/o. En las regiones de Lima Metropolitana (55,9%) y Resto Costa (55,8%), más de la mitad de las niñas y niños empezaron a recibir alimentos antes de empezar a lactar.

En el año 2018, el 66,4% de niñas y niños menores de seis meses se beneficiaron de lactancia materna; alcanzaron los mayores porcentajes en el área rural, en la región Sierra (79,6% y 77,0%, respectivamente) y en aquellas/os cuyas madres tenían un nivel educativo de primaria o menos (80,5%)(10).

Según la ENDES 2019 (Resultados preliminares al 50% de la muestra), en el primer semestre, el 64,0% de las madres alimentaron con leche materna a sus menores de seis meses de edad, con una mayor tendencia en el área rural (78,2%) respecto con el área urbana (57,4%). Además la práctica de la lactancia materna fue más frecuente en la Sierra y en la Selva (75,7% y 72,0%, respectivamente); estos porcentajes contrastan con la reportada en la región de la Costa, donde el 54,9% de los menores de seis meses de edad son alimentados con la leche materna.

Según región natural, la práctica de la lactancia materna, entre los años 2018 y el primer semestre 2019, disminuyó principalmente en la Selva de 76.2% a 72,0% y en la región Costa de 58,3% a 54,9% (40).

2.2.4.2.1 Intervenciones

En el 2006, sale el Decreto Supremo N° 009- 2006-SA por el MINSA “Reglamento de Alimentación Infantil”, con el objetivo de lograr un eficiente cuidado y

atención de la alimentación de los menores hasta los 24 meses de edad, promoviendo, protegiendo y apoyando la lactancia materna, además de orientar adecuadas prácticas de alimentación complementaria, el correcto uso de los sucedáneos de la leche materna, cuando se tengan necesidad de estos(41)”, además en el mismo decreto supremo se apertura la Resolución Ministerial N° 959-2006/MINSA “Directiva sanitaria para la implementación de lactarios en establecimientos y dependencias del Ministerio de Salud”, con la finalidad de facilitar la lactancia materna en niños de 0 a los 2 años de edad de las trabajadoras en edad fértil o estén dando de lactar, de todas las dependencias, hospitales, redes y los establecimientos de salud del ministerio de salud, además serán tomadas de referencias para otras entidades del sector salud sean éstas, públicas o privadas(42).

En el 2011, el MINSA aprueba la Resolución Ministerial N° 528-2011, “Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil”, que tiene por finalidad cooperar con el desarrollo de la salud y nutrición de la gestante y niños menores de 36 meses teniendo como objetivos la reducción de la desnutrición crónica infantil, y así aminorar la mortalidad materna y neonatal, donde la lactancia materna es un pilar importante(43).

En el 2014, el MINSA presenta la Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA “Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, 2014- 2016, teniendo como objetivo colaborar con la disminución de la desnutrición crónica infantil al 10% y la anemia en menores de 36

meses al 20%, para el año 2016, mediante el fortalecimiento de intervenciones adecuadas en el ámbito intersectorial e intrasectorial(44). El mismo año aprueba la Resolución Ministerial N°609-2014, “Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño”, con el propósito de colaborar en la disminución de la morbi-mortalidad infantil y al desarrollo integral de la niña y el niño, estableciendo criterios técnico-normativos para la certificación de puestos de salud como establecimientos de salud amigables para la madre, la niña y el niño(45).

En el 2019, a través de la Resolución Ministerial N° 426-2019, el MINSA aprueba la norma técnica N° 152-MINSA/2019/DGIESP.V.01 "Norma Técnica de Salud para la Implementación, Funcionamiento y Promoción de Bancos de Leche Humana en el Perú", con la finalidad de colaborar con la reducción de la morbi-mortalidad neonatal y suministro de leche humana segura para los lactantes que la necesiten, proteger y promocionar la lactancia materna, estableciendo modelos, procesos técnicos y operativos para la llevar a cabo el funcionamiento y promoción de bancos de leche humana y centros de recolección de leche humana extraída y donada en el Perú(46).

La lactancia materna es un tópico importante para la salud pública del país, es por eso que ya llegado a tener un lugar en el ámbito legislativo:

Ley N° 26644: Especifica el goce del derecho de descanso pre natal y post natal de la trabajadora gestante, siendo 49 días antes y 49 días después del parto,

indistintamente trabaje en sector público o privado.

Ley N° 27606: Extiende el descanso por 30 días adicionales de haber sido el nacimiento múltiple.

Ley N° 30367: Protege contra el despido durante el embarazo y los 90 días posteriores al parto.

Ley N° 29896: Ordena la implementación de lactarios institucionales indistintamente en el sector público o privado.

2.2.5. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva (LME)

Se han descrito diferentes factores asociados a la LME, dentro de ellos algunos relacionados a la madre, como por ejemplo la edad, el nivel económico, el haber tenido una experiencia anterior, tabaquismo, el compañerismo de la pareja y el apoyo de la familia (47), el hecho de llevar o no una carga laboral, y en caso de que así fuera, el entorno laboral y si este está o no protegido con políticas legales relacionadas con la lactancia(48).

Otros factores son los relacionados al embarazo y parto, como por ejemplo el tipo de parto, personal que fue encargado de atender a la gestante durante el embarazo en sus controles prenatales, la calidad de la información brindada, si presentó o no complicaciones durante el parto o puerperio y la duración de la hospitalización (49).

Las características de los recién nacidos también han sido asociadas a la LME o al fracaso de esta, por ejemplo si el niño es hijo o no de inmigrantes, peso al nacer, sexo, edad gestacional al nacimiento y complicaciones al nacer(50).

Edad materna

La edad materna mayor podría parecer favorecedora para la experiencia con la lactancia materna, puesto que madres mayores y más educadas, a menudo, tienen mejores comportamientos de salud, habilidades para resolver problemas y confianza en sí mismas, y son más conscientes de los beneficios de la lactancia materna (51). No obstante edades intermedias parecen ser las que facilitan la lactancia materna exclusiva, ya que las madres adolescentes y las que tienen 35 años o más interrumpen la lactancia prematuramente (52). Por otro lado, otros estudios refieren que la edad materna avanzada se correlaciona con la educación superior y, por lo tanto, con el nivel socioeconómico, otro factor bien conocido para el logro de la lactancia materna (53).

Tipo de parto

El parto vaginal contribuye al inicio oportuno de la lactancia materna, suponiendo la posibilidad que también pueda proporcionar su mantenimiento en modo exclusivo(54). Por otro lado, la cesárea y su efecto en el retardo de la primera toma se muestran en varios estudios y puede estar relacionado con los efectos de la

anestesia, los procedimientos quirúrgicos realizados en el periodo posparto(55) y la recuperación de la madre(56).

Peso al nacer

Se ha encontrado que el peso al nacer tiene una asociación positiva entre los niños con un peso adecuado al nacer y la lactancia materna exclusiva(57). Esto puede explicarse porque los niños con bajo peso al nacer son más propensos a pasar más tiempo hospitalizados en la unidad neonatal, pasando más tiempo separados de sus madres(58). Incluso, estos menores pueden tener mayores dificultades para empezar o mantener la lactancia materna, ya que, tanto la frecuencia como la presión de la succión, aumenta a medida que aumenta la edad gestacional y el peso del recién nacido(59).

Sexo del bebé

Se ha encontrado una asociación positiva respecto al sexo femenino(60) y la lactancia materna exclusiva. La prevalencia de la lactancia materna entre las niñas es mayor; sin embargo, no está claro si este aumento de la prevalencia se debe a algunos aspectos culturales, como la creencia de que los niños necesitan una mayor ingesta nutricional de otros alimentos, además de la leche materna(61).

Consejería sobre lactancia materna

Las charlas y o pautas brindadas en el hospital pueden ser las más adecuadas, ya que las mujeres que reciben orientación sobre la lactancia materna suelen presentar un riesgo menor de abandonar la lactancia materna durante los primeros 6 meses(62). La evaluación de los aspectos relacionados con el parto puede determinar la duración de la lactancia materna exclusiva.

Trabajo de la madre

El trabajo materno fue una variable ampliamente utilizada en los estudios donde se encontraron asociación estadísticamente significativa, mostrando asociación negativa (52). Sin embargo, esta variable debe investigarse considerando si la madre está o no en licencia de maternidad(63). Las madres que trabajan fuera del hogar con licencia de maternidad tendrían mejores condiciones para mantener la lactancia materna exclusiva durante el período de licencia de maternidad. Por otro lado, en familias con bebés menores de seis meses cuyas madres tenían un empleo formal (principalmente en el sector público o privado), se observó que la prevalencia de la lactancia materna exclusiva era un 54% más alta que entre las madres que trabajaban por cuenta propia(17).

Controles prenatales

Se ha estudiado el número de visitas prenatales y su vínculo a la LME, encontrándose una asociación que indicaron el bajo número de visitas prenatales como un factor de riesgo para la lactancia materna exclusiva(52). Se considera que

el bajo cumplimiento de la atención prenatal es propio de mujeres que son menos cuidadosas con su salud(64)(62). Por otro lado, este bajo cumplimiento puede reflejar un bajo acceso a fuentes de información sobre lactancia materna(65). Además se menciona que cada visita prenatal después de la primera se asocia con un aumento del 11% en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva entre los niños menores de 6 meses(17).

Anemia

Se ha encontrado que niveles bajos de hemoglobina, por debajo de 9.0 g/dL está inversamente asociado con el inicio exitoso de la LME(66). Madres con anemia fueron menos propensas a amamantar a sus bebés. Una de las posibles explicaciones es que las madres anémicas se cansan con facilidad, influyendo en la disposición para amamantar, lo que afecta negativamente a la lactancia materna(56).

Nivel educativo de la madre

Las madres con menos educación interrumpieron la lactancia materna antes que las madres más educadas(18)(67)(52), lo que sugiere que las mujeres con mayor nivel de educación pueden ser más conscientes de los beneficios de la lactancia materna. La mayoría de estudios refieren que a mayor nivel de escolaridad hay mayor prevalencia de lactancia materna(48), siendo esta una escolaridad de 9 años o más(68). Las madres con un nivel más bajo de escolaridad pueden no

comprender la importancia del EBF para los niños y ofrecerles a sus hijos agua, té y leche antes del sexto mes de vida(52).

Raza

El "color de piel o raza", a su vez, puede representar costumbres, normas y tradiciones sociales(69), además de los ingresos y las relaciones sociales. Algunas encuestas nacionales mencionan que las madres blancas amamantaron exclusivamente durante más tiempo, pero solo un estudio encontró una asociación entre el color de la piel y una mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva(70). Las mujeres de origen hispano, independientemente de sus circunstancias socioeconómicas (que en general son adversas), tienen más intención de iniciar y mantener la lactancia materna (50).

Lactancia materna en la primera hora

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan iniciar la LM a más tardar una hora después del nacimiento, esta es de importancia crítica tanto para la supervivencia como para la lactancia a largo plazo. Cuando la lactancia materna se inicia más tarde, las consecuencias pueden poner en riesgo la vida del bebé(71)(56).

El conjunto de prácticas, rutinas y la calidad de recursos humanos de los hospitales de maternidad puede interferir en el tiempo que transcurre hasta la primera toma(55). Varios estudios han argumentado que los procedimientos

neonatales rutinarios son barreras que retrasan innecesariamente la iniciación temprana de la lactancia materna y, a su vez, afecta a la duración de la lactancia materna(29).

Paridad

Las madres con hijos anteriores tienen más probabilidades de tener éxito en la lactancia materna(72)(73). Las madres con más de un niño han aumentado conocimiento, habilidades y experiencias de embarazos anteriores y pueden practicar una lactancia materna exclusiva(74). Posiblemente, la experiencia anterior favorezca la continuación de la LM y sirva de base a la mujer para vencer los problemas iniciales más repetidos(23). Por otro lado la nuliparidad se asocia como factor de riesgo para la iniciación de la lactancia materna(66).

Violencia de pareja

La violencia de la pareja en la etapa prenatal influye en la interrupción precoz de la lactancia materna(75). Además, la violencia de pareja, a menudo, se asoció negativamente con prácticas óptimas de lactancia materna(76). Respecto a la violencia psicológica se encontró que es un factor de riesgo independiente para el cese temprano de la lactancia materna exclusiva, incluso si la violencia psicológica por la pareja es severa, el riesgo aumenta en más de un 30%(77).

Contacto piel a piel

Consiste en colocar inmediatamente al recién nacido en posición encima del vientre materno por el personal que atiende el parto, seguidamente el equipo neonatal se encargará de secar al recién nacido. De 45 a 60 minutos es el tiempo mínimo de duración del contacto piel a piel, con esto se fomenta el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño, comenzando la lactancia materna y buscando alcanzar una lactancia materna eficaz(78). Además se ha demostrado una asociación estadística entre el contacto piel con piel con la madre y las tasas exclusivas de lactancia materna al alta, manteniéndose este efecto a los tres y seis meses (79).

CAPÍTULO III

Materiales y métodos

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de estudio es observacional, analítico, correlacional porque permitió establecer cuáles son los diversos factores asociados a la lactancia materna exclusiva y además el grado de asociación.

Es un estudio de diseño transversal retrospectivo. Transversal porque la entrevista a nivel nacional mediante la ENDES recogió los datos en el año 2018. Es retrospectivo porque se utilizan datos secundarios que representan la realidad de los factores que podrían estar asociados con la lactancia exclusiva en el periodo 2013-2018.

3.2. Población y muestra

La unidad de análisis está conformada por niños menores de 5 años y sus madres. La muestra de la ENDES es probabilística de tipo equilibrado, de áreas, estratificada, bietápica e independiente en cada departamento del país. Esta muestra

se seleccionó en dos etapas: la selección de conglomerados en la primera y la selección de viviendas en la segunda etapa.

La cobertura de la población objetivo es representada por la muestra que se determinó mediante conglomerados de viviendas seleccionadas al 100% en las 24 regiones del país y la Provincia Constitucional del Callao, siendo la unidad de muestreo, el conglomerado y la Vivienda particular para el área urbana, y el área de empadronamiento rural y la vivienda particular para el área rural. El tamaño muestral está compuesto por las unidades de análisis encuestadas en 36,760 viviendas. Se hallaron datos de 34971 mujeres de 15-49 años y de 70689 nacidos en los últimos 5 años. El muestreo para este subanálisis fue por conveniencia. Se tomó en cuenta los criterios de exclusión e inclusión para las madres e hijos. La muestra final fue de 7487 casos.

3.2.1. Criterios de inclusión

- Mujeres de 15 a 49 años
- Hijos de las madres seleccionadas

3.2.2. Criterios de exclusión

- Niños nacidos antes de los últimos 5 años.
- Mujeres de 12 – 14 años
- Niños menores de 6 meses de edad
- Casos que tengan encuestas incompletas

3.3. Identificación de variables

Variables Dependiente:

- Lactancia Materna Exclusiva

Variables Independientes:

- Factores sociodemográficos: Región natural de residencia, zona de residencia, edad de la madre, estado civil de la madre, nivel educativo de la madre, ocupación de la madre, tamaño del hogar según número de miembros, presencia de niños menores de 5 años, nivel socioeconómico, nivel educativo de la pareja, edad de la pareja y violencia física y sexual hacia la madre.
- Factores gineco-obstétricos: Paridad, periodo intergenésico, controles prenatales completos, deseo de embarazo, lugar de parto, tipo de parto, complicaciones gineco-obstétricas en el parto, complicaciones gineco-obstétricas en el puerperio y capacitación sobre lactancia materna (LM) durante el embarazo.
- Factores neonatales: Tipo de nacimiento según número de productos, Sexo del lactante, peso al nacer, edad gestacional al nacer, inicio inmediato de lactancia materna y contacto piel a piel inmediata.

3.4. Operacionalización de variables

Tabla 1 Operacionalización de variables

Variable	Subvariables	Definición	Naturaleza	Escala	Valores
Lactancia Materna Exclusiva	Lactancia Materna Exclusiva	Condición que cumple todo niño, cuya madre niega haberle provisto de alimento alguno diferente a la leche materna durante los primeros 3 días y 6 meses de vida	Cualitativo	Nominal	No
					Sí
Factores sociodemográficos	Región natural de residencia	Región natural en la que reside la madre	Cualitativa	Nominal	Costa
					Sierra
					Selva
	Zona de residencia	Tipo de zona en la que reside el individuo	Cualitativa	Nominal	Rural
					Urbano
	Edad de la madre	Grupo etáreo a la que pertenece la edad en años de la madre	Cuantitativo	Razón	<20 años
					20-34 años
					>35 años
	Estado civil de la madre	Situación personal en que se encuentra la madre en relación a otro individuo	Cualitativa	Nominal	Casada
					Soltera
Nivel educativo de la madre	Máximo nivel de instrucción académica alcanzado por la madre	Cualitativa	Ordinal	Sin estudios	
				Estudios básicos	
				Estudios universitarios	
Ocupación de la madre	Situación laboral de la madre	Cualitativa	Nominal	Trabaja	
				No trabaja	
Tamaño del hogar según número de miembros	Número de persona que habitan en la vivienda de la madre	Cuantitativo	Razón	Pequeño (1-3)	
				Mediano (4-6)	
				Grande (De 7 a más)	
Presencia de niños menores de 5 años	Número de hijos de la madre menores a 5 años de edad	Cuantitativo	Razón	No	
				Sí	
Nivel socioeconómico	Estatus económico según el índice de riqueza reportado	Cualitativa	Ordinal	Alto	
				Medio	

					Bajo
	Nivel educativo de la pareja	Máximo nivel de instrucción académica alcanzado por la pareja de la madre	Cualitativa	Ordinal	Sin estudios
					Estudios básicos
					Estudios superiores
	Edad de la pareja	Tiempo de vida del compañero de la madre, desde el nacimiento, en años	Cuantitativo	Razón	<20 años
					20-34 años
					>35 años
	Violencia física	Madre víctima de violencia física	Cualitativa	Nominal	Violencia menos severa (Esposo alguna vez la empujó, sacudió o le tiró algo, la abofeteó, la golpeó con puño o algo peligroso)
					Violencia severa (Esposo alguna vez la pateó o arrastró, trató de estrangularla o quemarla, la amenazó con cuchillo, pistola u otra arma, la atacó con cuchillo, pistola u otra arma)
	Violencia sexual	Madre víctima de violencia sexual	Cualitativa	Nominal	Si
					No
Factores gineco-obstétricos	Paridad	Número de partos que tuvo la madre	Cualitativo	Nominal	Primípara
					Múltipara
	Periodo intergenésico	Tiempo en meses, transcurrido desde la última gestación antes de la gesta del bebé en estudio	Cuantitativo	Razón	Menos de 24 meses
					De 24 meses a mas
	Controles prenatales completos (CPN)	Cumplimiento de CPN mínimos (6) durante la gestación según el MINSA (8)	Cualitativa	Nominal	No
					Sí
	Deseo de embarazo	Deseo de la madre de gestar al bebé en estudio	Cualitativa	Nominal	Esperado
					No esperado
	Lugar de parto	Lugar donde la madre dio a luz	Cualitativa	Nominal	No institucionalizado
					Institucionalizado
Tipo de parto	Vía de culminación del embarazo	Cualitativa	Nominal	Vaginal	
				Cesárea	

	Complicaciones gineco-obstétricas en el parto	Presencia de alguna complicación gineco-obstétrica en el parto (Trabajo de parto prolongado, sangrado excesivo, fiebre con sangrado, convulsiones, otros)	Cualitativa	Nominal	No
					Sí
	Complicaciones gineco-obstétricas en el puerperio	Presencia de alguna complicación gineco-obstétrica durante el puerperio (Sangrado intenso, pérdida de conocimiento, fiebre y escalofríos, infección en los senos)	Cualitativa	Nominal	No
					Sí
	Capacitación sobre lactancia materna durante el embarazo	Recepción de capacitación sobre lactancia materna durante la gestación	Cualitativa	Nominal	No
					Sí
Factores neonatales	Tipo de nacimiento según número de productos	Presencia de uno o más fetos al nacimiento	cualitativa	Nominal	Único
					Múltiple
	Sexo del lactante	Condición biológica del niño al nacer	Cualitativa	Nominal	Hombre
					Mujer
	Bajo peso al nacer	Peso del lactante al nacer, en gramos	Cualitativa	Ordinal	No (≥ 2500 gramos)
					Sí (< 2500 gramos)
	Edad gestacional al nacer	Condición del recién nacido de acuerdo a edad gestacional al nacimiento	Cualitativa	Ordinal	A término
					Pre término
	Inicio inmediato de lactancia materna	lactancia materna dentro de la primera hora de vida	Cualitativa	Nominal	No
					Sí
	Contacto piel a piel inmediato	Condición que debe cumplir todo niño al tener contacto piel a piel con la madre inmediatamente al parto	Cualitativa	Nominal	No
					Sí

3.5. Hipótesis

Hipótesis específica 1:

Existe al menos un factor sociodemográfico que se asocia a la lactancia materna exclusiva.

Hipótesis específica 2

Existe al menos un factor gineco-obstétrico que se asocia a la lactancia materna exclusiva.

Hipótesis específica 3

Existe al menos un factor neonatal que se asocia a la lactancia materna exclusiva.

3.6. Técnicas de recolección de datos

Este estudio se basa en la recolección original de datos de la ENDES 2018 del INEI a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda. Esta encuesta nacional se realiza anualmente, con el propósito de conocer los niveles actuales de fecundidad y mortalidad infantil, conocimiento y uso de métodos de planificación familiar y fuentes de obtención de los métodos, salud materno infantil, nutrición, SIDA y violencia doméstica. Utiliza tres cuestionarios: Cuestionario del Hogar (el Jefe/a de Hogar, el (la) esposo/a o persona de 18 años a más), Cuestionario Individual

(mujeres de 12 a 49 años de edad) y el Cuestionario de Salud (persona de 15 años a más de edad). La recolección de datos se efectuó a través de un dispositivo móvil: tablet. El método utilizado fue por entrevista directa, llevado a cabo por personal debidamente capacitado para la obtención detallada de la información, quienes visitaron las viviendas seleccionadas.

3.7. Plan de procesamiento de datos

El procesamiento de la data empieza con la obtención de segmentos en el formato SAV, para la selección y el etiquetado de las variables en el SPSS. Se separó datos de los tres cuestionarios, correspondientes a las variables de interés y se creó una base de datos conjunta. El tratamiento estadístico de los datos se realizó haciendo uso del Software IBM SPSS Statistics V25. Para garantizar la calidad de los resultados se tomaron en cuenta los pasos previos como la exploración inicial, donde se corrigieron errores de etiquetado de categorías; luego se realizó el proceso de limpieza de datos, dentro de este paso se realizó el conteo de datos perdidos luego se contaron las categorías que no aportaban a los fines del estudio como por ejemplo la categoría “No sabe” o “No contesta”, el código de valores de esta categoría se contabilizó por cada caso, posteriormente se generó un archivo con datos limpios utilizando como filtro la variable que almacena el conteo de datos perdidos y la variable de conteo de las categorías de las variables que no aportan al estudio.

Una vez obtenido el nuevo conjunto de datos se realizó el proceso de preparación de los datos, la mayoría de las variables fueron dicotómicas; sin embargo, hubo variables que presentaron categorías naturalmente establecidas y que eran de 3 a más. En estas variables y para poder identificar la categoría asociada al evento en el análisis bivariado se procedió a colocar cada categoría con los valores 0 y 1, tomando el valor de 1 cuando el valor estaba presente y 0 para ausencia de ese valor de la categoría.

Para presentar los resultados descriptivos se utilizaron tablas de frecuencia y para el análisis bivariado se hizo uso de las tablas cruzadas, para este análisis se calculó el OR para poder identificar las variables y categorías que se asocian de manera independiente a la variable respuesta. Posterior a esto se realizó el análisis multivariado haciendo uso de la regresión logística con el método de pasos sucesivos hacia atrás de Wald. Se realizaron las pruebas correspondientes del modelo a través de los test de Ómnibus, Hosmer y Lemeshow, el análisis de los R cuadrados y la clasificación. Consideramos la significancia con un p valor < 0.05 .

3.8. Consideraciones éticas

En el presente estudio no se vulnerará los derechos de privacidad de los sujetos, ya que estos brindaron la información requerida al Instituto Nacional de Estadística e Investigación a través de la ENDES 2018. Los datos recogidos por el INEI están debidamente codificados, a fin de no mostrar ni conocer los nombres o identificaciones de los participantes, respetando así la confidencialidad de los

individuos. Estos datos han sido publicados a disposición de autoridades de gobierno, entidades públicas, centros de investigación, universidades y público en general, a través de su sistema de Microdatos en su sitio web. Además, este trabajo fue presentado al Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Union y se aprobó el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO IV

Resultados y discusión

4.1. Resultados

Los resultados se han obtenido de acuerdo a los objetivos de establecer la prevalencia y los factores sociodemográficas, gineco-obstétricos y neonatales asociados a la lactancia materna exclusiva.

Se presentan tablas del análisis descriptivo y la regresión logística multivariada. El análisis bivariado se adjunta en los Anexos 4-6.

Tabla 2: Características sociodemográficas (n=7487)

Variable	Categoría	n	%
Región natural de residencia	Costa	2159	28.8
	Sierra	3123	41.7
	Selva	2205	29.5
Zona de residencia	Urbana	4362	58.3
	Rural	3125	41.7
Edad de la madre	Menos de 19 años	303	4.0
	De 20 a 34 años	5146	68.7
	De 35 a más	2038	27.2
Nivel educativo de la madre	Sin estudios	180	2.4
	Estudios básicos	5676	75.8
	Estudios superiores	1631	21.8
Nivel socioeconómico	Alto	1092	14.6
	Medio	1179	15.7
	Bajo	5216	69.7
Ocupación de la madre	Trabaja	4802	64.1
	No trabaja	2685	35.9
Estado civil de la madre	Casada	1862	24.9
	Soltera	5625	75.1
Edad de la pareja	Menos de 19 años	65	0.9
	De 20 a 34 años	4053	54.1
	De 35 a más	3369	45.0
Nivel educativo de la pareja	Sin estudios	61	0.8
	Estudios básicos	5511	73.6
	Estudios superiores	1915	25.6
Tamaño del hogar según número de miembros	Grande	6504	86.9
	Mediano	868	11.6
	Pequeño	115	1.5
Presencia de niños menores de 5 años	Sí	7279	97.2
	No	208	2.8

Tabla 2: Continuación

Variable	Categoría	n	%
Violencia física menos severa	Sí	1940	25.9
	No	5547	74.1
Violencia física severa	Sí	573	7.7
	No	6914	92.3
Violencia sexual	Sí	290	3.9
	No	7197	96.1

La Tabla 2 describe las características demográficas de la muestra. De los 7487 casos, el 28.8% son de la costa, 41.7% de la Sierra y 29.5% de la selva; el 58.3% residen en la zona urbana. El 68.7% tienen edades entre 20 y 34 años, seguidas del 27.2 % que corresponde a edades de 35 a más. Respecto al nivel educativo de las madres, el 75.8% realizaron estudios básicos y el 21.8% estudios superiores. El 69.7% y 15.7% manifestó ser de un nivel socioeconómico bajo y medio respectivamente. Además, el 64.1% laboraba en algún trabajo, mientras que el 35.9% no trabajaba. Con referencia al estado civil, la mayoría (75.1%) eran solteras, y solo 24.9% casada. La edad de la pareja de la madre también fue evaluada, obteniendo el mayor porcentaje las parejas que tenían entre 20 y 34 años siendo estos 54.1%, seguidas por un 45% de parejas de 35 años a más. Así también, la mayor parte de las parejas (73.6%) alcanzaron estudios básicos y solo un 25.6% estudios superiores. El tamaño del hogar de residencia de las madres según el número de miembros que habitan en él, se consideró en su mayoría (86.9%) grande. El

97.2% de los hogares reportaron la presencia de niños menores de 5 años además del niño en estudio. El 25.9% de las madres fue víctima de violencia física poco severa por parte de su pareja, mientras que el 7.7% sufrió violencia severa. Por otro lado, la violencia sexual estuvo presente solo en un 3.9%.

Tabla 3: Factores gineco-obstétricos (n=7487)

Variable	Categoría	n	%
Paridad	Primípara	1730	23.1
	Múltipara	5757	76.9
Periodo intergenésico	Menos de 24 meses	2312	30.9
	De 24 meses a más	5175	69.1
Controles prenatales completos	No	743	9.9
	Sí	6744	90.1
Deseo de embarazo	No esperado	3874	51.7
	Esperado	3613	48.3
Lugar de parto	No Institucionalizado	692	9.2
	Institucionalizado	6795	90.8
Tipo de parto	Cesárea	1050	14.0
	Vaginal	6437	86.0
Complicaciones gineco-obstétricas en el parto	Sí	1514	20.2
	No	5973	79.8
Complicaciones gineco-obstétricas en el puerperio	Sí	1275	17.0
	No	6212	83.0
Capacitación sobre lactancia materna durante el embarazo	No	2048	27.4
	Sí	5439	72.6

La tabla 3 describe los factores gineco-obstétricos. Se observó que el 76.9% de las madres fueron múltiparas y el 69.1% tuvo un periodo intergenésico mayor o igual a 24 meses. Los controles prenatales durante el embarazo completos según el

MINSA se dieron en el 90.1% (como mínimo 6). El 51.7% de las madres no esperaron el embarazo, mientras que el 48.3% de gestaciones fueron esperadas. En su mayoría el parto fue institucionalizado (90.8%) y de tipo vaginal (86%). Las madres tuvieron complicaciones en el parto en un 20.2% y durante el puerperio en un 17%. Las capacitaciones sobre la lactancia materna durante el embarazo se llevaron a cabo en el 72%.

Tabla 4: Factores neonatales (n=7487)

Variable	Categoría	n	%
Sexo del lactante	Hombre	3752	50.1
	Mujer	3735	49.9
Tipo de nacimiento según número de productos	Múltiple	13	0.2
	Único	7474	99.8
Bajo de peso al nacer	Si	293	3.9
	No	7194	96.1
Edad gestacional al nacer	Pre término	966	12.9
	A término	6521	87.1
Inicio inmediato de lactancia materna	No	5412	27.7
	Si	2075	72.3
Contacto piel a piel inmediato	No	2655	35.5
	Sí	4832	64.5
Lactancia materna exclusiva	No	1944	26.0
	Sí	5543	74.0

La Tabla 4 describe los factores relacionados al lactante. Se observó que la proporción de sexos masculino y femenino es semejante (50.1 y 49.9%, respectivamente); la mayoría (99.8%) fue producto de embarazo único. El peso bajo al nacer se presentó en un 3.9%, y la edad gestacional a término en un 87.1%. El 72.3% de los lactantes evaluados iniciaron la lactancia dentro de la primera hora de vida, mientras que el 64.5% realizó contacto piel a piel de inmediato. La lactancia materna exclusiva se dio en el 74%.

Tabla 5. Factores sociodemográficos asociados a la LME según el análisis multivariado.

VARIABLES Y CATEGORÍAS	AOR	(IC 95 %)	p
Región natural de residencia			
Costa			
Sierra	2.084	(1.823-2.382)	0.000
Selva	1.943	(1.681-2.245)	0.000
Nivel socioeconómico			
Alto			
Medio	1.234	(1.035-1.472)	0.019
Bajo	1.605	(1.379-1.868)	0.000
Ocupación de la madre			
Trabaja	1		
No trabaja	1.314	(1.173-1.472)	0.000
Presencia de niños menores de 5 años			
Sí	1		
No	1.591	(1.181-2.440)	0.014
Violencia física menos severa			
Sí	1		
No	1.245	(1.105-1.402)	0.000

El análisis de regresión de la Tabla 5, muestra los factores sociodemográficos asociados a la lactancia materna exclusiva. Las variables sociodemográficas que evidencian asociación a lactancia materna exclusiva según el modelo son: región de procedencia con sus categorías sierra (OR=2.084), y selva (OR=1.943,); nivel socioeconómico medio (OR=1.234) y bajo (OR=1.605); las madres que no trabajan (OR=1.314), las que no tienen hijos menores de 5 años (OR=1.591); y las madres que no experimentaron violencia física poco severa (OR=1.245).

Hipótesis específica 1:

H₀: Ningún factor sociodemográfico se asocia a la lactancia materna exclusiva.

H₁: Existe al menos un factor gineco-obstétrico que se asocia a la lactancia materna exclusiva.

Regla de decisión:

- Si todos los $p > 0.05$, se acepta la H₀.
- Si algún $p < 0.05$, se acepta la H₁.

Al menos un factor sociodemográfico se asocia a la lactancia materna exclusiva. Las madres residentes de la sierra, y selva tienen más probabilidades de dar LME ($p=0.000$ y $p=0.000$). El tener un nivel socioeconómico medio y bajo otorga más probabilidades para dar LME ($p=0.019$ y $p=0.000$), el no tener otros niños menores de 5 años en el hogar otorga más probabilidades para dar LME ($p=0.014$) y el no ser víctima de violencia poco severa otorga a las madres más probabilidades para dar LME ($p=0.000$)

Tabla 6. Factores gineco-obstétricos asociados a la LME según el análisis multivariado.

VARIABLES Y CATEGORÍAS	AOR	(IC 95 %)	p
Paridad			
Primípara	1		
Múltipara	1.579	(1.254-1.987)	0.000
Deseo de embarazo			
No esperado	1		
Esperado	1.124	(1.010-1.249)	0.032
Periodo intergénésico			
< a 24 meses	1		
≥ a 24 meses	0.811	(0.655-1.004)	0.054
Controles prenatales completos			
No	1		
Si	0.833	(0.691-1.003)	0.054
Lugar de parto			
No institucionalizado	1		
Institucionalizado	0.741	(0.606-0.907)	0.004
Tipo de parto			
Cesárea	1		
Vaginal	1.302	(1.127-1.504)	0.000
Complicación gineco-obstétricas en el parto			
Sí	1		
No	1.190	(1.049-1.351)	0.007
Recibió capacitación sobre lactancia			
No	1		
Sí	1.348	(1.202-1.512)	0.000

El análisis de regresión de la tabla 6 muestra los factores relacionados a la madre asociados a la lactancia materna exclusiva. Las variables asociadas fueron las madres multíparas (OR=1.579), los embarazos planificados (OR=1.124) el tener parto vaginal (OR=1.302), el no haber tenido complicaciones en el parto (OR=1.190) y el haber recibido capacitación sobre lactancia materna (OR=1.348). La variable que se presentó como factor inhibidor fue el parto institucionalizado (OR=0.741).

Hipótesis específica 2:

H₀: Ningún factor gineco-obstétrico se asocia a la lactancia materna exclusiva.

H₁: Existe al menos un factor gineco-obstétrico que se asocia a la lactancia materna exclusiva.

Regla de decisión:

- Si todos los $p > 0.05$, se acepta la H₀.
- Si algún $p < 0.05$, se acepta la H₁.

Al menos un factor gineco-obstétrico se asocia a la lactancia materna exclusiva. Las madres multíparas tienen más probabilidad de dar LME ($p=0.000$), el tener una gestación esperada otorga más probabilidades para LME ($p=0.032$), el tener parto de tipo vaginal otorga más probabilidades para LME ($p=0.000$), el hecho de que la madre no haya tenido complicaciones en el parto otorga más probabilidades para dar LME ($p=0.007$), el hecho de haber recibido capacitación sobre lactancia materna durante el embarazo otorga más probabilidades para dar

LME ($p=0.000$). El tener un parto institucionalizado disminuyó las probabilidades de
LME ($p=0.007$).

Tabla 7. Factores neonatales asociados a la LME según el análisis multivariado.

Variables y categorías	AOR	(IC 95 %)	p
Tipo de nacimiento según número de productos			
Múltiple	1		
Único	5.821	(1.766-19.184)	0.004
Edad gestacional al nacer			
Pre término	1		
A término	1.436	(1.241-1.663)	0.000
Inicio inmediato de la lactancia materna			
No	1		
Si	1.493	(0.599-0.749)	0.000

El análisis de regresión de la Tabla 7 muestra los factores neonatales asociados a la lactancia materna exclusiva. Las variables asociadas fueron parto único (OR=5.821), el ser nacido a término (OR=1.436) y el inicio inmediato de la lactancia materna (OR=1.493).

Hipótesis específica 3:

H₀: Ningún factor neonatal se asocia a la lactancia materna exclusiva.

H₁: Existe al menos un factor gineco-obstétrico que se asocia a la lactancia.

Regla de decisión:

- Si todos los $p > 0.05$, se acepta la H₀.
- Si algún $p < 0.05$, se acepta la H₁.

Al menos un factor neonatal se asocia a la lactancia materna exclusiva. El ser producto de parto único otorga mas probabilidades para recibir LME ($p=0.004$), el ser nacido a término otorga mas probabilidades para recibir LME ($p=0.000$) y el inicio inmediato de la lactancia materna otorga mas probabilidades para recibir LME ($p=0.000$).

4.2. Discusión

Prevalencia de LME en el Perú

En la muestra estudiada la prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del lactante fue de 74%, cifra ubicada dentro del rango propuesto por la OMS (50 – 89%) y mucho mayor a la reportada a nivel mundial (42 %), en el sureste de África (54%), en el Sur de Asia (54%), centro oeste de África (34%), este de Europa y Asia central (33%), noreste de África (31%), este de Asia y Pacífico (29%), e incluso Latino América y el Caribe (38%) (80). Este déficit del 26% tendría múltiples razones complejas según UNICEF como, la promoción de sustitutos de la leche materna, cuyos valores en ventas a nivel mundial aumentaron en un 53% solo desde el 2008 hasta el 2013, tabús sociales y culturales acerca de la lactancia materna, la lucha de las madres para equilibrar sus actividades laborales y del cuidado de sus niños y el escaso apoyo que tienen para dar de lactar, entre otros factores inmediatos y/o distales a esta práctica (80). En el Perú, la prevalencia

mostró una tendencia creciente hasta el 2013, sin embargo desde entonces ha decrecido progresivamente más de 5 % según los reportes anuales del INEI (10).

Existe una diferencia entre nuestro resultado de prevalencia con el valor estimado por el INEI para el 2018. Adicionalmente, un estudio peruano que se basó también en datos del INEI y buscó evaluar la tendencia y factores de asociación de la LME a partir de la ENDES 1996-2011, evidenció valores menores a los reportados del INEI (15), estas diferencias encontradas en trabajos que toman bases de datos son debidas a las diferencias metodológicas y la población objetivo del estudio. Cabe resaltar, que nuestro estudio no incluye niños con edades menores a 6 meses. Por lo que no se toma en cuenta las preguntas del recordatorio del día anterior, realizadas a las madres con niños en periodo de lactancia exclusiva. Consideramos no incluir a estos casos, ya que aún tienen oportunidad de abandono de la LME y de acuerdo a nuestra definición de LME esta debe ser durante 6 meses cumplidos.

Características de la población

Las características de la población se constituyen en factores que pueden estar asociados a la lactancia materna exclusiva. En el presente trabajo se puede adicionalmente comparar algunos datos demográficos que han sido objeto de análisis inferencial para la identificación de qué factores determinan la lactancia materna exclusiva.

Se obtuvo que el 68.7% se encuentran en el intervalo de edad de 20-34, evidenciando que las madres de la muestra del estudio son adultas jóvenes. Según el estudio realizado en la Comunidad de Madrid, España en la que se estableció la prevalencia y factores asociados a la LME (21), el mayor porcentaje (69.5%) estuvo en el intervalo de edad 20-35 años. Otro trabajo realizado en Colombia, Bolivia y Perú (81), en el que analiza la asociación de la lactancia materna y la probabilidad de obesidad, se tuvo como objeto de estudio a madres con un promedio de edad de 31 años. Esto implica que los estudios de lactancia materna con poblaciones significativas, tienen como muestra mayoritaria a madres adultas jóvenes.

Se evidenció que la mayoría de las madres (75.8%) tienen un nivel materno de estudios básicos, es decir primaria y/o secundaria para el sistema educativo peruano. De manera similar en el trabajo realizado en la comunidad madrileña (21), el 54% de las madres llegaron a un nivel educativo de secundaria. Sin embargo, en el estudio de los tres países latinoamericanos de lactancia materna asociado a obesidad (81), la mayoría tenía únicamente un nivel materno de estudios primario (54.1%).

En cuanto al nivel socioeconómico, la mayoría de las madres del estudio viven en hogares tipificados con nivel socio económico bajo (69.7%) y medio (15.7%). En el caso del estudio latinoamericano de lactancia materna y obesidad (81), siendo 1 el nivel más bajo y 5 el nivel más alto, la mayoría de las madres pertenecen al nivel 2 y 1, equivalente a pobre y muy pobre en ese orden de porcentaje. En el estudio

realizado en la Comunidad de Madrid (21), el estatus socioeconómico de las madres participantes, fue de nivel medio. Esto implica que en regiones en vía de desarrollo, son más las madres que participan en estudios como estos pertenecen a nivel bajo de índice de riqueza, a comparación de países desarrollados. Cabe señalar también que, aun teniendo niveles bajos de estatus socioeconómicos, las madres logran acceder a niveles de formación académica básicos. Sin embargo, la promoción de la lactancia materna es importante tanto en países ricos y pobres (9).

También las características gineco-obstétricas fueron estudiadas. En el presente trabajo se encontró que el 23.1% de madres son primíparas, comparado con el 58.6% en el trabajo realizado en la Comunidad de Valencia, España (23). Esta diferencia podrá ser explicada por los resultados obtenidos en un estudio a nivel nacional, donde se encontró que las madres tuvieron en promedio 2.73 (hijos) en el 2011, mientras las cifras reportadas a nivel nacional en España llegan a solo 1.31 hijos en promedio por mujer, según su Instituto Nacional de Estadística (15)(82).

En cuanto al periodo intergenésico, el presente estudio halló que el 69.1% de las madres tuvo un periodo intergestacional de al menos 24 meses. De igual manera un estudio realizado en un area suburbana de Angola que evaluó los factores asociados a la LME reportó un periodo intergenesico medio de 33 meses, evidenciando así un periodo integenésico adecuado.

Respecto a las características del lactante, en el presente estudio se encontró que la mayoría (87.1%) de los lactantes nacieron con una edad gestacional de 37 a

más semanas. Así también, en el trabajo sobre el mantenimiento de la LME en la Comunidad de Valencia , la edad gestacional tuvo un promedio 39.1 semanas. En cuanto al peso al nacer, el presente estudio evidencia que la minoría (3.9%) tuvo un peso bajo al nacer, al igual de los nacidos del estudio en la Comunidad de Valencia (23).

Factores sociodemográficos asociados a la LME

Según el análisis de regresión logística multivariado, algunos factores sociodemográficos resultaron asociados a la LME durante los 6 primeros meses de edad del lactante. Se pudo evidenciar que los lactantes y madres residentes de la sierra y selva tuvieron 2 veces más probabilidades de practicar la LME. Concordando con estos resultados un estudio peruano basado también en la ENDES mostró que el residir en la región sierra se comportó como factor asociado a la LME para el año 2006 (sierra: 1.41, IC95%: 1.06 – 1.88), sin embargo no sucedió lo mismo para el año 2011 (sierra: RP:1.05, IC95%: 0.88 – 1.25; selva: RP:1.18 IC95%: 0.98 – 1.42), lo que muestra que la presencia de este factor pueden variar en el tiempo. El hecho de residir en la sierra y selva podría verse relacionado a cuestiones culturales como costumbres, creencias y conocimiento sobre lactancia materna, siendo así las mujeres de la costa las que han superado los hábitos y costumbres de sus antecesores para tener un ritmo de vida ligero y rápido especialmente en las grandes ciudades donde hay más oportunidad de lograr escenarios económicos que les facilitan el uso de sucedáneos de la leche materna, además de más oportunidades

laborales que junto con las situaciones ya mencionadas, influirían en el cese de la LME (15,83,84).

El nivel socioeconómico tuvo una asociación inversamente proporcional a la LME , otorgándole más probabilidades a los de nivel medio (OR: 1.2) y bajo (OR: 1.6). Este resultado concuerda con un estudio madrileño, donde se observa que las madres con un estatus económico familiar medio y alto tenían 1,49 veces más probabilidad de abandonar la LME frente a las de estatus económico bajo (21).

El hecho de que la madre no labore se vio asociado a la LME. Siendo este resultado similar al de un estudio realizado en Rio de Janeiro en el cual se determinó que el no empleo materno se asociaba a la exclusividad de la lactancia (OR=1.750 IC: 1.526-2.006)(85) y al llevado a cabo en Etiopia (OR:2.995, IC:1.557-5.690)(16). Este desempleo podría otorgar a la madre más tiempo dedicado al cuidado de sus hijos, adicionalmente a menos ingresos económicos para conseguir sustitutos de la leche materna si lo quisiera. Sin embargo, el hecho de que las madres trabajen no debería ser obstáculo para la práctica de LME, y las leyes amparan esta importante etapa en la alimentación del niño menor. Muchas veces las madres abandonan o no deciden trabajar para enfocarse en la noble labor de la maternidad, mientras que en otras situaciones desafortunadas abandonan la lactancia materna exclusiva por miedo al despido. El desconocimiento de las posibilidades de brindar lactancia materna y trabajar a la vez, así como la responsabilidad de los diferentes empleos de contar con espacios propicios, podría ser una explicación de la realidad de la LME respecto

al nivel de empleo de las madres. Una definición de trabajo, centrado en la mujer, debe considerarse y debe tomar en cuenta la importancia social de la lactancia materna.

Otro factor sociodemográfico asociado fue la presencia de otros niños menores a 5 años además del niño en estudio, sobre el que se observó que niños con hogares que no tenían otro niño menor a 5 años tuvieron 1.6 veces más probabilidad de tener LME. Esto concuerda con un estudio dominicano que evaluó las características de la familia y su relación con el tiempo de LME, en que se muestra que los niños con familias pequeñas, es decir con menos de 4 miembros alcanzaban 20% de LME a los 6 meses, mientras que los de familias medianas y grandes solo alcanzaron un 18.2% y 14.3% respectivamente. La carga doméstica de las madres con hijos pequeños es alta, ya que estos requieren de un cuidado y dedicación especial. Una madre que necesite amamantar a un lactante y además tenga que criar uno o más hijos pequeños, definitivamente tendrá dificultades si pretende dar una LME (86). La violencia por parte de la pareja, y tan solo el miedo a sufrir violencia de cualquier tipo dentro de una relación puede afectar la salud física y mental de la madre.

En este trabajo se evidenció que el hecho de no haber sufrido violencia en sus niveles menos severos estuvieron asociados a la LME. Estos resultados difieren de un estudio realizado a partir de la ENDES 2017 donde la asociación no fue significativa ($p=0.338$) para violencia física. Sin embargo, en un estudio realizado en

51 países de mediano y bajo ingreso el 2019, las madres expuestas a violencia por parte de la pareja fueron menos propensas a iniciar la lactancia materna tempranamente (AOR: 0.88 [95% CI 0.85-0.97], $p < 0.001$) y a brindar LME en los 6 primeros meses (AOR: 0.87 [95% CI 0.82-0.92], $p < 0.001$),.(87).

Factores gineco-obstétricos asociados a la LME

Por otro lado, los factores ginecoobstétricos que influyen en la LME también fueron evaluados en el presente estudio. En las madres multíparas se observó 1.6 veces mas probabilidades de LME. Un estudio realizado en 638 madres de tres comarcas españolas reportó, de igual manera que las multíparas poseían más probabilidades de realizar esta práctica durante los 4 primeros meses (OR: 1.7; 95% CI: 1.09-2.64), sin embargo no hasta los 6 seis meses al igual que resultados encontrados en diferentes estudios en los cuales la paridad no se asocia a la LME (16,17). Esto podría deberse a que la multiparidad está estrechamente relacionada y cobra más importancia en el inicio de la lactancia materna, así como lo menciona un estudio realizado en Grecia (88), ya que el hecho de tener partos previos, concede a la madre la experiencia y de forma indiscutible más conocimientos sobre la práctica de la lactancia materna, pero no necesariamente brindarle los recursos necesarios para mantenerla el tiempo debido. Los estudios donde la multiparidad fue relacionada con la LME no exitosa mencionan que esto se debe a que las madres que no logran dar de lactar a su primer hijo tienen menos probabilidades de intentar dar pecho a sus posteriores hijos (73).

El deseo de embarazo, mostró más probabilidad de LME a las madres que esperaban ese embarazo frente a las que aún no querían estar embarazadas y a las que no deseaban más quedar embarazadas. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado en un hospital de Huánuco que concluye que el embarazo planificado está asociado a la LME (19). Se sugiere, que las razones de esta asociación serían principalmente de aspecto psicológico, como el deseo de amamantar muy fuerte y la intención de dar de lactar que han sido asociados positivamente a la lactancia materna y a su duración (89)(90), mientras que la ausencia de intención pregestacional de lactancia materna 3.44 (0.80 – 14.89) se asocia a no LME (91), pues al concebir un hijo no planificado o no deseado, el estado de salud, mental, y afectivo no son los optimos en muchas ocasiones.

El lugar de parto también tuvo influencia, siendo los llevados a cabo en establecimientos de salud ya sea, del seguro social, ministerio de salud, fuerzas armadas, policiales, privados y/o de instituciones no gubernamentales, se asocian como factores inhibitorios de la LME frente a los de parto domiciliario. Llama la atención este ultimo hallazgo, ya que los partos domiciliarios en los que no hay ninguna medida de higiene, cuidado, a veces interés y/o conocimientos del los peligros a los que se expone la madre y el bebé, son los que deberían ser los factores inhibidores de la LME. Según el INEI las cifras de parto institucional en el Perú ascendieron del año 2013 al 2018 de un 88 a un 92.7%, proveyendo a las madres y a los recién nacidos de menos morbimortalidad (92). Sin embargo si nos basamos en la definición exacta de LME, podemos observar que la lactancia

materna mixta (añadiendo leche artificial) durante los tres primeros días, y especialmente durante el primer día de vida puede ser un factor que está presente más en los partos insitucionalizados, ya que una parte de las madres que se atienden en hospitales son cesareadas o tienen algún tipo de complicación, por otro lado las que no estuvieren en esa situación podría verse en escenarios en los que la demora de los procesos de atención, sobresaturación del establecimiento u otros factores favorezcan que el niño reciba algo de leche artificial durante el primer día de vida. Otra razón que puede explicar este resultado puede ser la alta mortalidad de los partos domiciliarios, que provocaría la muerte de los niños antes llegar a los 6 meses de vida.

La vía de parto vaginal otorgó 1.3 más probabilidades para LME, cabe resaltar que algunos estudios de factores asociados no encuentran esta variable como asociada (16,17,19,93), sin embargo otras investigaciones evidencian la fuerte asociación del parto por vía vaginal con el inicio de la lactancia materna, continuación al mes (AOR: 4.18, IC: 1.27 - 13.71), los 2 meses (OR 2.22, 95% CI, 1.012 - 4.878) y una asociación poco significativa con la continuación de LME hasta los 6 meses (OR:1.30 , IC:1.05 – 1.61) (88, 91, 92). El parto por cesárea implica una serie de circunstancias que dificultarían el inicio de la lactancia materna, como por ejemplo la disminución de la prolactina y oxitocina, la separación inevitable madre – hijo para los cuidados post intervención quirúrgica, disminución del contacto piel a piel, dolor y alteraciones psicológicas (95).

El no presentar complicaciones en el parto presentó mayor probabilidad de practicar LME. En un estudio realizado en Hong Kong que estudió la asociación entre intervenciones médicas intraparto y duración de la lactancia materna, halló que la inducción del trabajo de parto por alguna complicación (HR, 1.23; IC 95%, 1.08-1.39) y tener una cesárea de emergencia (HR, 1.25; IC 95%, 1.05-1.51) se asociaron con la lactancia materna exclusiva a una menor duración (96). Esto probablemente debido a que las complicaciones obstetricas intra y peri parto suelen conllevar a mayores intervenciones por el equipo medico, las que pueden llegar a retrasar el contacto precoz y la lactancia materna en la primera hora y el establecimiento de esta en los primeros dias de vida.

Respecto al acceso a la capacitación sobre la lactancia materna como factor asociado a la LME, en el presente trabajo se obtuvo un OR=1.34, con $p=0.000$, esto implica que a las madres que son orientadas sobre técnicas, importancia, beneficios y otros aspectos tiene la probabilidad de 1.34 más veces de que la LME sea exitosa. En el trabajo sobre factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva(97), realizado en la ciudad de Bucaramanga, Colombia, se observó que las madres recibieron información sobre los beneficios de la lactancia materna son 1.57 (razón de tasas) menos propensas a abandonar la LME. Por otro lado, estudios realizados en la zona rural de la India(18) se observa que el éxito de la LMA depende de haber recibido educación prenatal ($p>0.001$). Además, estudios comparativos, como los realizados en China, Malasia e India(18), la demostración de la práctica de cómo amamantar estuvo asociada a LME ($p>0.019$)(98). Sin embargo, en el estudio

realizado en el Pernambuco, Brasil(68), la orientación prenatal sobre la lactancia materna no estuvo asociada (OR=1.6, p=0.172) a la LME. Un estudio realizado en el Perú, basado en el ENDES, para el periodo 1996-2011, la consejería, que se expresa en el trabajo, como condición de haber recibido capacitación sobre lactancia materna fue no significativa. Con los resultados de este trabajo se evidencia que esta realidad ha cambiado debido a la importancia de disponer espacios para recibir cursos, puede ser individual o grupal, visita a domicilio, programas o campañas, así como acciones posnatales mediante citas de consultas (49), (99).

Factores neonatales asociados a la LME

Se encontró una asociación respecto al número de productos de gestación al nacimiento. El producto único tiene más probabilidades de practicar la lactancia materna exclusiva hasta en casi 6 veces más [OR= 5.821, IC 95% (1.766-19.184)]. En un estudio realizado en Brasil que evalúa la incidencia de la lactancia materna exclusiva y los factores de riesgo asociados a su interrupción, se halló que la gestación doble tiene más probabilidades de interrumpir la lactancia materna [HR= 4.495, IC 95% (1.802-11.213)](100). En nacimientos múltiples la lactancia materna exclusiva es un gran reto. En Japón, un estudio con 15,262 bebés nacidos a término entre tres y seis meses de edad, encontró 4.1% de prevalencia de la lactancia materna exclusiva en gemelos o trillizos en comparación con 44.7% en nacimientos únicos, además las madres de gemelos tenían más probabilidades de optar por el biberón y la fórmula [OR= 2.44, IC 95% (1.90 - 3.13)](101).

La edad gestacional se vio asociada en nuestro estudio siendo los neonatos a término quienes tenían más probabilidad de practicar la lactancia materna exclusiva respecto a los pre-termino [OR=1.436, IC 95% (1.241-1.663)]. Por otro lado, un estudio que evaluó las relaciones entre las experiencias en el hospital y la terminación y duración de la lactancia materna, observó que la lactancia materna se abandonó antes de los 2 meses de los cuales habían tenido un nacimiento prematuro $p=0.002(102)$. Es inversamente proporcional la morbilidad neonatal respecto a la edad gestacional y al peso al nacer, siendo estos factores críticos para la supervivencia del bebé(103). Por consiguiente, se asume en este trabajo que la edad gestacional y el peso al nacer son variables de importancia en relación a la alimentación de los bebés prematuros, sin embargo estos factores no deben considerarse aislados para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna(100).

El hecho del que el bebé inicie la lactancia dentro de la primera hora es crucial y fue recomendado por la OMS en pro de establecer y mantener de la LME durante seis meses, junto con otras medidas como exclusividad, lactancia a demanda y el evitar el uso de biberones, tetinas o chupetes. En el presente estudio los bebés que iniciaron la lactancia inmediatamente después del parto tuvieron 1,27 más probabilidad de mantener la lactancia materna durante los seis primeros meses. De la misma manera lo revela un estudio realizado en Etiopia (OR: 5.46 % CI: 1.93 - 15.41), y por el contrario algunos otros (16,17). La relación de la iniciación antes de la primera hora de vida con el mantenimiento de la LME podría deberse al hecho de que el inicio tardío se ha visto asociado con disminución del vínculo madre – hijo y

secreción inadecuada de leche, que conduciría a introducir tempranamente otros líquidos y/o alimentos (3,4,9). Un estudio realizado en el Perú sobre factores del parto relacionados al éxito de la lactancia materna exclusiva (19), se observó que las madres en estudio, estuvo correlacionada de manera significativa [$\chi^2 = 6,291$; $p = 0,012$], es decir dar de lactar al bebé antes de cumplir la primera hora de nacimiento se constituye en un factor favorece el éxito de la lactancia materna exclusiva.

CAPÍTULO V

Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

La prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del lactante en el subanálisis realizado se ubica dentro del rango propuesto por la OMS, siendo esta mucho mayor a la reportada a nivel mundial. Se estableció también factores sociodemográficos, gineco obstétricos y neonatales asociados a la LME.

Respecto a los factores sociodemográficos, se asociaron la región natural de residencia, nivel socioeconómico, ocupación de la madre, presencia de hijos menores de 5 años en el hogar, y la presencia de violencia a la madre por parte de la pareja.

Con respecto a los factores gineco-obstétricos se observó que los asociados fueron, la paridad, deseo de embarazo, periodo intergenésico, tipo de parto parto, complicaciones en el parto y capacitación en lactancia materna durante el embarazo. El haber dado a luz en una institución se comportó como factor que inhibió la lactancia materna exclusiva.

Por último, el tipo de nacimiento según el número de productos, la edad gestacional al nacer y el inicio de la lactancia antes de la primera hora de vida fueron

los factores neonatales asociados a la LME durante los primeros 6 meses de vida del lactante.

5.1. Recomendaciones

Se recomienda para estudios posteriores con encuestas nacionales mejorar la calidad de las preguntas orientadas a la lactancia materna para determinar con facilidad las causas y consecuencias que determinen el inicio precoz y duración de la misma y los factores que influyen en su éxito u abandono. En este sentido, sería recomendable crear un sistema de monitorización de la lactancia materna que permita la recogida de datos con carácter periódico y sistemático.

Sería muy conveniente realizar un control del proceso de lactancia materna de las madres desde el inicio con el fin de monitorizar su progreso y resolver sus dudas, ya que es en estos primeros momentos cuando se produce un mayor abandono de la lactancia y aparecen problemas que la madre no sabe cómo afrontar.

La promoción de la lactancia debería estar dirigida a las mujeres antes de la concepción. Por otro lado, se debe reconocer la utilidad de la promoción de la importancia y los beneficios de lactancia dirigida a todas las mujeres en edad fértil. La práctica de nuevos sistemas de promoción debe reconocer el importante papel que pueden desempeñar los padres, el entorno familiar, y la sociedad en general, difundiendo así información de salud también a hombres y establecimientos de trabajo de todo tipo, así como a las mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Lactancia materna exclusiva [Internet]. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). 2019. Available from: https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/
2. World Health Organization. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation [Internet]. International Journal of Evidence-Based Healthcare. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67219/WHO_NHD_01.09.pdf?sequence=1
3. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding in the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and childhood mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. Lancet. 2000;355:451–5.
4. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Int J Paediatr. 2015;104:3–13.
5. Bosnjak AP, Grgurić J. [Long-term health effects of breastfeeding]. Lijec Vjesn [Internet]. 129(8–9):293–8. Available from: 81

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18198630>

6. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Kramer, M S, Kakuma, R (2012) Optim Durat Exclús breastfeeding Cochrane Database Syst Rev doi101002/14651858.cd003517.pub2. 2012;(8).
7. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries [Internet]. Rockville(MD); 2007. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38337/?report=printable>
8. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet [Internet]. 2016;387(10017):491–504. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
9. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet [Internet]. 2016;387(10017):475–90. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
10. Instituto Nacional de Estadística en Informática. Lactancia y Nutrición de Niñas, Niños y Mujeres [Internet]. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 - Nacional y Departamental. Cap 10. 2018. p. 235–68. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1

656/pdf/cap010.pdf

11. Pokhrel S, Quigley MA, Fox-Rushby J, McCormick F, Williams A, Trueman P, et al. Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK. *Arch Dis Child*. 2015;100(4):334–40.
12. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud [Internet]. Washinton D.C.; 2010. Available from: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf
13. Vasquez Atoche ML. Factores socioculturales que influyen en el abandono de la lactancia lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en mujeres del distrito de Piura. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.
14. Carhuas J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna en un Centro de Salud de Lima Metropolitana, 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016;1–76. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4723>
15. Lihim Prado J del P. Tendencias y factores asociados a lactancia materna exclusiva en el Perú: Estudio basado en datos de ENDES 1996 – 2011. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
16. Belachew A, Tewabe T, Asmare A, Hirpo D, Zeleke B, Muche D. Prevalence of

exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers having infants less than 6 months old, in Bahir Dar, Northwest, Ethiopia: A community based cross sectional study, 2017. BMC Res Notes [Internet]. 2018;11(1):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3877-5>

17. Dalcastagnê SV, Giugliani ERJ, Nunes LN, Hauser L, Giugliani C. Practice of exclusive breastfeeding and its associated factors in a suburban area in Angola: A cross-sectional study. Sao Paulo Med J. 2018;136(6):533–42.
18. Pang WW, Aris IM, Fok D, Soh SE, Chua MC, Lim SB, et al. Determinants of Breastfeeding Practices and Success in a Multi-Ethnic Asian Population. Fac Ciencias la Salud [Internet]. 2016;43(1):68–77. Available from: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/1066>
19. Gomez Poma M. Factores relacionados al éxito de la lactancia materna exclusiva en madres del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018 [Internet]. Universidad de Huánuco; 2018. Available from: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/1066>
20. World Health Organization. Lactancia Materna [Internet]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. 2012 [cited 2018 Apr 20]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/

21. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatría*. 2018;89(1):32–43.
22. Ministerio de Salud Perú. Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Somos Leche [Internet]. 2017;1:1–56. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4173.pdf>
23. Vila-candel R, Soriano-vidal FJ, Murillo-llorente M. ARTICLE IN PRESS Atención Primaria 3 meses posparto: experiencia en un departamento de. 2018;51(xx).
24. Paredes Núñez K. Lactancia En El Infante: Materna, Artificial Y Sus Implicancias Odontológicas. *Rev Odontol Pediátrica*. 2018;7(02).
25. Aréstegui Urquiza R. Lactancia Materna Exclusiva, ¿siempre? *Rev Peru Ginecol y Obstet*. 60(2):171–6.
26. Organización Panamericana de la Salud. Semana Mundial de la Lactancia Materna 2019. Protejamos la lactancia materna en el lugar de trabajo. 2019. p. 1–6.
27. Koletzko B, Baker S, Cleghorn G, Neto UF, Gopalan S, Hernell O, et al. Global standard for the composition of infant formula: Recommendations of an

- ESPGHAN coordinated international expert group. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;41(5):584–99.
28. Fein SB, Grummer-Strawn LM, Raju TNK. Infant feeding and care practices in the United States: Results from the infant feeding practices study II. *Pediatrics.* 2008;122(SUPPL. 2).
 29. Inoue M, Binns CW, Otsuka K, Jimba M, Matsubara M. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. *Int Breastfeed J.* 2012;7.
 30. Salud OM de la S. Complementary Feeding [Internet]. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). 2009 [cited 2019 Dec 20]. Available from: https://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
 31. World Health Organization. Datos y Cifras [Internet]. Alimentación del lactante y niño pequeño. 2017 [cited 2018 Feb 16]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 32. Child E. Breastfeeding: A mother's gift, for every child - UNICEF DATA. Available from: <https://data.unicef.org/resources/breastfeeding-a-mothers-gift-for-every-child/>
 33. Anstey EH, Chen J, Elam-Evans LD, Perrine CG. Racial and geographic differences in breastfeeding — United States, 2011–2015. *Morb Mortal Wkly*

Rep. 2017;66(27):723–7.

34. Oakley LL, Renfrew MJ, Kurinczuk JJ, Quigley MA. Factors associated with breastfeeding in England: An analysis by primary care trust. *BMJ Open*. 2013;3(6).
35. OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural [Internet]. Ginebra; 1989. p. 46. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41246/9243561308_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
36. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti. Sobre la Protección, Promoción y Apoyo la Lact Matern [Internet]. 1990;1–3. Available from: https://www.ihan.es/cd/documentos/Declaracion_innocenti_1990.pdf
37. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa hospital amigo del niño revisión actualizada y ampliada para la atención integral lactancia promoción y apoyo. 2008.
38. WHO: World Health Organization. Report of the expert consultation of the optimal duration of exclusive breastfeeding, Geneva, Switzerland, 28-30 March 2001. 2001;(March).
39. OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Oms. 2014;5.

40. INEI. Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2019 (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Resultados preliminares año 50% de la muestra). Inst Nac Estadística e Informática [Internet]. 2019;1–154. Available from: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf
41. MINSA. Reglamento de Alimentación Infantil [Internet]. 2006. p. 40. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3290.pdf>
42. MINSA. Reglamento de Alimentación Infantil [Internet]. 2006. Available from: <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/lactarios-institucionales/pdf/Reglamento-de-Alimentacion-Infantil.pdf>
43. Ministerio de salud. Documentos técnico promoción de prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil. Dir Gen Promoc la Salud [Internet]. 2011;1–66. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>
<http://www.minsa.gob.pe/dgps%0ASe>
44. Salud LG De. Resolución Ministerial N° 258 - 2014 / MINSA. 2014;(258).
45. MINSA/. Resolución Ministerial N° 609-2014. lima; 2014.
46. MINSA. Resolución Ministerial N° 426-2019 [Internet]. LIMA; 2019. p. 55. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/313568/Resolución_Ministerial_

47. Ocampo PS, Vargas N, Leon N, Agüero SD, Rudman J, Muñoz G. El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en lactancia materna exclusiva? 2018;24(2).
48. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez-Gordillo LA. The family and social environment of the mother as a factor that promotes or hinders breastfeeding. *Rev Fac Med*. 2015;63(2):217–27.
49. Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martín E, Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Univ* [Internet]. 2017;14(1):54–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005>
50. Martín Martín R, Sánchez Bayle M. Inmigración, lactancia materna y tabaquismo. *Rev Pediatría Atención Primaria*. 2007;9(36):613–22.
51. Herich LC, Cuttini M, Croci I, Franco F, Di Lallo D, Baronciani D, et al. Maternal Education Is Associated with Disparities in Breastfeeding at Time of Discharge but Not at Initiation of Enteral Feeding in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Pediatr* [Internet]. 2017;182:59-65.e7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.046>
52. Boccolini CS, de Carvalho ML, Couto de Oliveira MI. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49.

53. Casey L, Fucile S, Dow KE. Determinants of Successful Direct Breastfeeding at Hospital Discharge in High-Risk Premature Infants. *Breastfeed Med.* 2018;13(5):346–51.
54. Boccolini CS, De Carvalho ML, De Oliveira MIC, Do Carmo Leal M, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. *Cad Saude Publica.* 2008;24(11):2681–94.
55. Boccolini CS, de Carvalho ML, de Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. *Rev Saude Publica.* 2011;45(1):69–78.
56. Örün E, Yalçın SS, Madendağ Y, Üstünyurt-Eras Z, Kutluk Ş, Yurdakök K. Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *Turk J Pediatr.* 2010;52(1):10–6.
57. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J).* 2007;83(3):241–6.
58. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2004;12(4):597–605.
59. Medoff-Cooper Ba, Verklan T, Carlson S. The development of sucking patterns and physiologic correlates in very-low-birth-weight infants. *Nurs Res Vol 42, No.* 1993;42(2):100–5.

60. Cumming G, Fidler F, Vaux DL. Error bars in experimental biology. Hart PJB, Reynolds JD, editors. *J Cell Biol* [Internet]. 2007;177(1):7–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17420288>
61. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr.* 2006;9(1):40–6.
62. Vieira TO, Vieira GO, de Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: New determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):1–9.
63. Vieira GO, Martins CDC, Vieira TDO, De Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr (Rio J).* 2010;86(5):441–4.
64. Santo LCDE, De Oliveira LD, Giugliani ERJ. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth.* 2007;34(3):212–9.
65. Demétrio F, Pinto E de J, Assis AMO. [Factors associated with early breastfeeding cessation: a birth cohort study in two municipalities in the Recôncavo region, Bahia State, Brazil]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012;28(4):641–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22488310>

66. Horie S, Nomura K, Takenoshita S, Nakagawa J, Kido M, Sugimoto M. A relationship between a level of hemoglobin after delivery and exclusive breastfeeding initiation at a baby friendly hospital in Japan. *Environ Health Prev Med.* 2017;22(1):1–6.
67. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatr* [Internet]. 2010;10(20):1–9. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=20377899>
68. Cavalcanti SH, De Fátima Costa Caminha M, Figueiroa JN, Serva VMSBD, De Sá Barreto Luna Callou Cruz R, De Lira PIC, et al. Factors associated with breastfeeding practice for at least six months in the state of pernambuco, Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(1):208–19.
69. Muniz JO. Sobre o uso da variável raçacor em estudos quantitativos. *Rev Sociol e Polit.* 2010;18(36):277–91.
70. Pereira RSV, Oliveira MIC de, Andrade CLT de, Santos Brito A dos. [Factors associated with exclusive breastfeeding: the role of primary health care]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010;26(12):2343–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21243229>
71. Salud OM de la, UNICEF. Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia

materna: El mejor comienzo para cada recién nacido [Internet]. nutrition. 2018 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/capture-moment-early-initiation-bf/es/>

72. Abola R, Romeiser J, Grewal S, Rizwan S, Adsumelli R, Steinberg E, et al. Association of postoperative nausea/vomiting and pain with breastfeeding success. *Perioper Med*. 2017;6(1):1–5.
73. Sutherland T, Pierce CB, Blomquist JL, Handa VL. Breastfeeding practices among first-time mothers and across multiple pregnancies. *Matern Child Health J*. 2012;16(8):1665–71.
74. Bhandari N, Prajapati R. Prevalence of exclusive breast feeding and its associated factors among mothers. *Kathmandu Univ Med J*. 2018;16(62):166–70.
75. Miller-Graff LE, Ahmed AH, Paulson JL. Intimate Partner Violence and Breastfeeding Outcomes in a Sample of Low-Income Women. *J Hum Lact*. 2018;34(3):494–502.
76. Misch ES, Yount KM. Intimate partner violence and breastfeeding in Africa. *Matern Child Health J*. 2014;18(3):688–97.
77. Moraes CL, De Oliveira ASD, Reichenheim ME, Lobato G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: A risk factor for early

- cessation of exclusive breast-feeding. *Public Health Nutr.* 2011;14(12):2148–55.
78. MINSA. Norma Técnica de Salud para la atención Integral de salud Neonatal. 2014;31. Available from: <http://www.minsa.gob.pe>
79. Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugni L, Barbaglia M, et al. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *Sci World J.* 2017;2017.
80. UNICEF (2019). *The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world.* [Internet]. New York: UNICEF; 2019. Available from: <https://www.unicef.org/media/63016/file/SOWC-2019.pdf>
81. Paca Palao A, Huayanay Espinoza CA, Parra DC, Velasquez Melendez G, Miranda JJ. Asociación entre lactancia materna y probabilidad de obesidad en la infancia en tres países latinoamericanos. *Gac Sanit.* 2019;En prensa.
82. INE. *España en Cifras 2019* [Internet]. Madrid, España; 2019. p. 10. Available from: https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2019/2/
83. Calvo Quirós C. Factores socioeconómicos, culturales asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2009;1(15):1–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745766>

84. Rupaylla Ccenua C. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y lactancia artificial en relación a las prácticas realizadas por las madres primíparas, en el Hospital Rezola de San Vicente, Cañete-Lima, Enero-Diciembre 2016 [Internet]. Universidad Privada Sergio Bernales; 2017. Available from: http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/106/1/RUPAYLLA_Ccenua_Camilo.pdf
85. Rito RVVF, De Oliveira MIC, Brito ADS. Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2013;89(5):477–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.02.018>
86. Gorrita Pérez RR, Ortiz Reyes D, Alfonso Hernández L. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Rev Cubana Pediatr.* 2016;88(1):43–54.
87. Caleyachetty R, Uthman OA, Bekele HN, Martín-Cañavate R, Marais D, Coles J, et al. Maternal exposure to intimate partner violence and breastfeeding practices in 51 low-income and middle-income countries: A population-based cross-sectional study. *PLoS Med.* 2019;16(10):1–15.
88. Tavoulari EF, Benetou V, Vlastarakos P V., Andriopoulou E, Kreatsas G, Linos A. Factors affecting breast-feeding initiation in Greece: What is important?

Midwifery [Internet]. 2015;31(2):323–31. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.10.006>

89. Forster DA, McLachlan HL, Lumley J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Int Breastfeed J*. 2006;1:1–12.
90. Kronborg H, Væth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health*. 2004;32(3):210–6.
91. Zielinska MA, Hamulka J. Reasons for non-exclusive breast-feeding in the first 6 months. *Pediatr Int*. 2018;60(3):276–81.
92. Instituto Nacional de Estadística en Informática. Salud Materna [Internet]. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 - Nacional y Departamental. Cap 8. Perú; 2018. p. 171–201. Available from:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
93. Gasparin VA, Strada JKR, Moraes BA, Betti T, Pitilin É de B, Santo LC do E. Factors associated with the maintenance of exclusive breastfeeding in the late postpartum. *Rev Gauch Enferm*. 2019;41(spe):e20190060.
94. Bell L, Benoit A, Simoneau-Roy J, Blouin S, Gallagher F. Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel chez les jeunes mères Canadiennes. *Sante Publique (Paris)*. 2015;27(1):7–15.

95. Asociación Española de Pediatría. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. Comité de Lactancia Materna; 2017.
96. Bai DL, Wu KM, Tarrant M. Association between Intrapartum Interventions and Breastfeeding Duration. *J Midwifery Women's Heal.* 2013;58(1):25–32.
97. Camargo Figuera FA, Latorre Latorre JF, Porras Carreño JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Rev Hacia la Promoción la Salud [Internet].* 2011;16(1):56–72. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126695005>
98. Pang WW, Aris IM, Fok D, Soh SE, Chua MC, Lim SB, et al. Determinants of Breastfeeding Practices and Success in a Multi-Ethnic Asian Population. *Birth.* 2016;43(1):68–77.
99. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(12).
100. Luz LS, Minamisava R, Scochi CGS, Salge AKM, Ribeiro LM, Castral TC. Predictive factors of the interruption of exclusive breastfeeding in premature infants: a prospective cohort. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(6):2876–82.
101. Yokoyama Y, Wada S, Sugimoto M, Katayama M, Saito M, Sono J. Breastfeeding rates among singletons, twins and triplets in Japan: A

population-based study. *Twin Res Hum Genet.* 2006;9(2):298–302.

102. Schliep KC, Denhalter D, Gren LH, Panushka KA, Singh TP, Varner MW. Factors in the Hospital Experience Associated with Postpartum Breastfeeding Success. *Breastfeed Med.* 2019;14(5):334–41.
103. De Castro MP, Rugolo LMSS, Margotto PR. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2012;34(5):235–42.

ANEXOS

Anexo 1. ENDES, Cuestionario del Hogar

REPÚBLICA DEL PERÚ
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2018
CUESTIONARIO DEL HOGAR
SEGUNDO SEMESTRE
AMPARADO POR EL D. L. Nº 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CUESTIONARIO DE

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IDENTIFICACION	
A. HOGARES EN LA VIVIENDA	
Sr. (a): Si hogar es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.	¿Cuántos hogares ocupan esta vivienda?..... <input style="width: 50px;" type="text"/>
TOTAL DE HOGARES <input style="width: 50px;" type="text"/>	HOGAR N°..... <input style="width: 50px;" type="text"/>

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR _____

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA						VISITA FINAL		
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.			
FECHA						FECHA		
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						DIA.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>	
RESULTADO***						MES.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>	
PROXIMA VISITA: FECHA						AÑO.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>	
HORA						EQUIPO NÚMERO.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>	
						ENTREVISTADORA.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>	
						RESULTADO FINAL.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>	
						NÚMERO TOTAL DE VISITAS.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>	
***CÓDIGOS DE RESULTADO: 1 COMPLETA 2 HOGAR PRESENTE PERO ENTREVISTADO COMPETENTE AUSENTE 3 HOGAR AUSENTE 4 APLAZADA 5 RECHAZADA <input type="checkbox"/> NO DESEAN LA ENTREVISTA <input type="checkbox"/> YA FUE ENTREVISTADA POR LA ENDES <input type="checkbox"/> YA FUE ENTREVISTADA POR OTRA ENCUESTA DEL INEI						DATOS DE CONTROL		
						TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR		<input style="width: 20px;" type="text"/>
						NÚMERO DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS		<input style="width: 20px;" type="text"/>
						NÚMERO DE MUJERES DE 12 A 14 AÑOS		<input style="width: 20px;" type="text"/>
						NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS		<input style="width: 20px;" type="text"/>
						NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS		<input style="width: 20px;" type="text"/>
NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS		<input style="width: 20px;" type="text"/>						
NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS		<input style="width: 20px;" type="text"/>						
Nº DE ORDEN DEL INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR		<input style="width: 20px;" type="text"/>						
Nº DE ORDEN DEL INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DE SALUD		<input style="width: 20px;" type="text"/>						
NOMBRE Y FECHA DE SUPERVISION	SUPERVISORA LOCAL	SUPERVISORA NACIONAL	DIGITADOR (A)					
NOMBRE Y FECHA DE REVISION	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>					

Anexo 2. ENDES, Cuestionario individual

REPÚBLICA DEL PERÚ
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2018
PRIMER SEMESTRE

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONSENTIMIENTO

Señora (Señorita), mi nombre es _____ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres, las niñas y los niños menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de salud de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijas e hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: _____

FECHA: _____

SI, ACEPTA: 1

SI, EN OTRO MOMENTO: 2

NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA: 3

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA ENTREVISTADA						
EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR: _____						
MUJER SELECCIONADA PARA SECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA						SI = 1 NO = 2
VISITAS DE LA ENTREVISTADORA						
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	VISITA FINAL
FECHA						FECHA: DÍA: <input type="text"/> <input type="text"/> MES: <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						EQUIPO NÚMERO: <input type="text"/> <input type="text"/> ENTREVISTADORA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
RESULTADO***						RESULTADO FINAL: <input type="text"/>
PRÓXIMA VISITA: FECHA HORA						NÚMERO TOTAL DE VISITAS: <input type="text"/>
***CÓDIGOS DE RESULTADO: 1 COMPLETA 6 DISCAPACITADA (marque con X) 7 OTRA (ESPECIFIQUE)						TOTAL NIÑAS / OS < 5 AÑOS <input type="text"/>
						TOTAL NIÑAS / OS CON CARNÉ <input type="text"/>
NOMBRE Y FECHA DE SUPERVISION	SUPERVISORA LOCAL <input type="text"/>		SUPERVISORA NACIONAL <input type="text"/>		DIGITADOR (A) <input type="text"/>	
NOMBRE Y FECHA DE REVISION	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Anexo 3. ENDES, Cuestionario de salud

REPÚBLICA DEL PERÚ
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES - 2018

CUESTIONARIO DE SALUD SEGUNDO SEMESTRE

AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR

PRESENTACIÓN

Señor / Señora / Señorita, mi nombre es _____ y soy trabajadora del Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las personas de 15 años a más y de los niños menores de 12 años, a nivel nacional; con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los diversos programas de salud, dirigidos a mejorar las condiciones de salud de la población en el país. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA SELECCIONADA SEGÚN CUESTIONARIO DEL HOGAR: _____

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA						VISITA FINAL													
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.														
FECHA						FECHA : DÍA..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						MES..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
RESULTADO***						AÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
PRÓXIMA VISITA:	FECHA					EQUIPO NUMERO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
	HORA					ENTREVISTADORA..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
						NÚMERO TOTAL DE VISITAS..... <input style="width: 20px;" type="text"/>													
						RESULTADO FINAL..... <input style="width: 20px;" type="text"/>													
***CÓDIGOS DE RESULTADO: 1 COMPLETA 2 AUSENTE 3 APLAZADA 4 RECHAZADA 5 INCOMPLETA 6 DISCAPACITADA(O) (marque con X) <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Ver</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Oír</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Hablar</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Moverse</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Entender</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Relacionarse</td></tr> </table>						<input type="checkbox"/>	Ver	<input type="checkbox"/>	Oír	<input type="checkbox"/>	Hablar	<input type="checkbox"/>	Moverse	<input type="checkbox"/>	Entender	<input type="checkbox"/>	Relacionarse	CUESTIONARIO <input style="width: 20px;" type="text"/> DE <input style="width: 20px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Ver																		
<input type="checkbox"/>	Oír																		
<input type="checkbox"/>	Hablar																		
<input type="checkbox"/>	Moverse																		
<input type="checkbox"/>	Entender																		
<input type="checkbox"/>	Relacionarse																		
						TOTAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
						RESULTADO FINAL DETALLADO***													
						INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DE SALUD <input style="width: 20px;" type="text"/>													
						N° DE ORDEN RESULTADO													
						PRIMERA NIÑA O NIÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
						SEGUNDA NIÑA O NIÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
						TERCERA NIÑA O NIÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
						CUARTA NIÑA O NIÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
						QUINTA NIÑA O NIÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													
						SEXTA NIÑA O NIÑO..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>													

NOMBRE Y FECHA DE SUPERVISION	SUPERVISORA LOCAL <input style="width: 20px;" type="text"/>	SUPERVISORA NACIONAL <input style="width: 20px;" type="text"/>	DIGITADOR(A) <input style="width: 20px;" type="text"/>
NOMBRE Y FECHA DE REVISION	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>

Anexo 4. Factores sociodemográficos asociados a la lactancia materna exclusiva según el análisis bivariado.

VARIABLES Y CATEGORÍAS	AOR	(IC 95 %)	p
Región natural de residencia			
Costa	0.429	(0.384-0.478)	0.000
Sierra	1.609	(1.444-1.792)	0.000
Selva	1.434	(1.274-1.614)	0.000
Zona de residencia			
Urbana	Ref	1	
Rural	1.697	(1.522-1.892)	0.000
Edad de la madre			
Menor de 20	0.953	(0.731-1.242)	0.789
De 20 a 34	1.159	(1.038-1.294)	0.009
De 35 a más	1.183	(1.056-1.326)	0.004
Nivel educativo de la madre			
Sin estudios	0.707	(0.489-1.023)	0.071
Estudios básicos	1.403	(1.249-1.576)	0.000
Estudios superiores	0.669	(0.593-0.754)	0.000
Nivel socioeconómico			
Alto	0.501	(0.437-0.573)	0.000
Medio	0.693	(0.606-0.793)	0.000
Bajo	1.936	(1.737-2.157)	0.000
Ocupación de la madre			
Trabaja	Ref	1	
No trabaja	1.321	(1.183-1.475)	0.000
Estado Civil			
Casada	0.969	(0.860-1.091)	0.604
Soltera	1.032	(0.916-1.163)	0.604
Edad de la Pareja			
Menor de 20	1.365	(0.809-2.301)	0.256
De 20 a 34	1.056	(0.952-1.171)	0.315
De 35 a más	1.044	(0.941-1.158)	0.427
Nivel educativo de la pareja			
Sin estudios	0.848	(0.466-1.544)	0.662
Estudios básicos	1.208	(1.077-1.355)	0.001
Estudios Superiores	0.819	(0.730-0.920)	0.001
Tamaño del hogar según número de miembros			
Grande	0.951	(0.815-1.109)	0.533
Mediano	1.023	(0.870-1.203)	0.805
Pequeño	1.267	(0.811-1.979)	0.335
Presencia de niños menores de 5 años			
Si	ref	1	
No	1.697	(1.181-2.440)	0.004
Violencia física menos severa			
Si	ref	1	
No	1.2	(1.069-1.347)	0.002
Violencia física severa			
Si	ref	1	
No	1.093	(0.903-1.323)	0.372
Violencia sexual			
Si	ref	1	
No	1.232	(0.953-1.593)	0.116

Anexo 5. Factores gineco-obstétricos asociados a la lactancia materna exclusiva según el análisis bivariado.

Variables y categorías	AOR	(IC 95 %)	p
Paridad			
Primípara	ref	1	
Múltipara	1.323	(1.178-1.494)	0.000
Embarazo			
No planificado	ref	1	
Planificado	1.075	(0.970-1.193)	0.170
Periodo intergénésico			
< a 24 meses o ausencia en las primíparas	ref	1	
≥ a 24 meses	1.166	(1.044-1.302)	0.000
Cantidad de controles prenatales recibidos			
De 0 a 5	ref	1	
De 6 a más	0.817	(0.683-0.979)	0.028
Lugar de parto			
No institucionalizado	ref	1	
Institucionalizado	0.668	(0.549-0.812)	0.000
Tipo de parto			
Cesárea	ref	1	
Vaginal	1.37	(1.188-1.579)	0.000
Complicación del parto			
Si	ref	1	
No	1.242	(1.096-1.408)	0.001
Complicación en el puerperio			
Si	ref	1	
No	1.171	(1.024-1.340)	0.000
Recibió capacitación sobre lactancia			
No	ref	1	
Si	1.292	(1.154-1.447)	0.000

0.2

Anexo 6. Factores neonatales asociados a la lactancia materna exclusiva según el análisis bivariado.

Variables y categorías	AOR	(IC 95 %)	p
Tipo de nacimiento según			
Múltiple	ref	1	
Único	6.441	(1.981-20.938)	0.000
Sexo del hijo			
Hombre	ref	1	
Mujer	1.011	(0.911-1.121)	0.011
Bajo peso al nacer			
Si	ref	1	
No	1.017	(0.780-1.326)	0.000
Edad gestacional			
Pre término	ref	1	
A término	1.502	(1.299-1.737)	0.000
Inicio de la lactancia materna			
Después de la primera hora	ref	1	
Dentro de la primera hora	0.656	(0.587-0.734)	0.000
Contacto inmediato piel con piel			
No	ref	1	
Si	1.045	(0.939-1.164)	0.424

Anexo 6. Base de datos

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	CASEID	Cadena	18	0	Identificación C...	Ninguno	Ninguno	20	Izquierda	Nominal	Entrada
2	BIDX	Numérico	2	0	Columna del N...	Ninguno	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
3	QULT5	Numérico	1	0	Es un nacimien...	{0, No}...	Ninguno	7	Derecha	Nominal	Entrada
4	mujeres12a49	Numérico	8	0	Mujeres de 12 ...	{0, de 12 a ...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
5	V014	Numérico	1	0	Información co...	{1, Mes y a...	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
6	V015	Numérico	1	0	Resultado de e...	{1, Complet...	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
7	V024	Numérico	2	0	Región	{1, Amazon...	Ninguno	6	Derecha	Escala	Entrada
8	SREGION	Numérico	2	0	Región natural	{0, Costa}...	Ninguno	9	Derecha	Nominal	Entrada
9	V025	Numérico	1	0	Tipo de lugar d...	{0, Urbana}...	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
10	V013	Numérico	1	0	Grupos de eda...	{0, 15-19}...	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
11	S108N	Numérico	1	0	Nivel educativo	{0, Ninguno...	Ninguno	7	Derecha	Nominal	Entrada
12	V190	Numérico	1	0	Índice de riqueza	{0, Muy rico...	Ninguno	7	Derecha	Nominal	Entrada
13	V717	Numérico	2	0	Ocupación de e...	{0, Profesió...	99	6	Derecha	Nominal	Entrada
14	V501	Numérico	1	0	Estado conyug...	{0, Soltera}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
15	V730	Numérico	2	0	Edad de pareja	{0, 15-19}...	99	6	Derecha	Escala	Entrada
16	V701	Numérico	1	0	Nivel educativo	{0, Ninguno...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
17	V136	Numérico	2	0	Número de mie...	Ninguno	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
18	V137	Numérico	2	0	Número de niño...	{0, Ninguno}...	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
19	D106	Numérico	1	0	Experimentó al...	{0, Sí}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
20	D107	Numérico	1	0	Experimentó al...	{0, Sí}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
21	D108	Numérico	1	0	Experimentó al...	{0, Sí}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
22	BORD	Numérico	2	0	Número de ord...	Ninguno	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
23	M10	Numérico	1	0	Momento que q...	{0, No dese...	9	5	Derecha	Nominal	Entrada
24	B11	Numérico	5	0	Intervalo de nac...	Ninguno	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
25	M21	Numérico	1	0	Control Demogr...	{0, Ma}...	0	6	Derecha	Nominal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

ES 01:55 p.m. 27/02/2020

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

34: V701 3 Visible: 49 de 49 variables

	CASEID	BIDX	QULT5	mujeres12a49	V014	V015	V024	SREGION	V025	V013	S108N	V190	V717	V501	V730	V701	
1	000100701	2	1	1	2	1	1	1	1	0	5	1	2	1	1	46	1
2	000101401	2	1	1	2	1	1	1	1	0	1	4	3	2	2	26	2
3	000105301	2	1	1	2	1	1	1	1	0	2	4	3	2	2	28	3
4	000107101	2	1	1	2	1	1	1	1	0	4	5	0	1	1	38	3
5	000112901	5	1	1	2	1	1	1	1	0	3	4	2	1	1	30	3
6	000201101	2	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	0	1	2	22	3
7	000205001	2	1	1	2	1	1	1	1	0	6	4	0	1	1	50	3
8	000206501	2	1	1	2	1	1	1	1	0	2	1	3	1	2	31	3
9	000206701	4	1	1	2	1	1	1	1	0	3	4	0	0	2	51	3
10	000211701	2	1	1	2	1	1	1	1	0	4	4	1	0	1	43	3
11	000301001	2	1	1	2	1	1	1	1	0	0	2	2	1	2	27	1
12	000301701	2	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	4	2	2	38	2
13	000307801	2	1	1	2	1	1	1	1	0	2	4	3	0	0	...	3
14	000308101	1	1	1	2	1	1	1	1	0	4	1	4	1	2	33	1
15	000318101	2	1	1	2	1	1	1	1	0	4	2	3	1	2	39	3
16	000326201	2	1	1	2	1	1	1	1	0	3	2	2	2	2	33	3
17	000400101	1	1	1	2	1	1	1	1	0	4	3	3	1	0	...	3
18	000401301	2	1	1	2	1	1	1	1	0	4	5	1	0	1	40	3
19	000402601	3	1	1	2	1	1	1	1	0	2	4	2	1	1	28	1
20	000406501	2	1	1	2	1	1	1	1	0	1	4	2	1	0	...	3
21	000410101	2	1	1	2	1	1	1	1	0	3	3	3	0	2	30	3
22	000413101	3	1	1	2	1	1	1	1	0	1	4	2	1	0	...	3

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

ES 01:56 p.m. 27/02/2020