

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Medicina



**Asociación entre violencia por pareja íntima y conductas de  
lactancia en mujeres peruanas**

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

**Autor:**

Laísa Suamy Galvão Leite

**Asesor:**

Mc. Lili Liliam Depaz Durand

Lima, marzo de 2023

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

Lili Liliam Depaz Durand de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“Asociación entre violencia por pareja íntima y conductas de lactancia en mujeres peruanas”** constituye la memoria que presenta la Bachiller Laísa Suamy Galvão Leite para obtener el título de Profesional de médico cirujano, cuya tesis 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 declaración en la ciudad de Lima, a los 21 días del mes de marzo del año 2023



---

Lili Liliam Depaz Durand

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 15 día(s) del mes de Mayo del año 2023, siendo las 18:30 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a)

Mg. Catherine Alejandra Márquez Cavada, el (la) secretario(a): Mg. Manuel Daniel Concha Toledo y los demás miembros: Mtro. Luis Felipe Segura Chavez Durand y el (la) asesor(a): Mg. Lili Liliam Pozo

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado: Asociación entre violencia por pareja íntima y conductas de lactancia en mujeres peruanas

del(los) bachiller(es): a) Laisa Suamy Galvão Leite  
 b) \_\_\_\_\_  
 c) \_\_\_\_\_

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

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (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 al (a la) / a (los) (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:

Bachiller (a): Laisa Suamy Galvão Leite

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
	19	A	Excelente	Excelencia

Bachiller (b): \_\_\_\_\_

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

Bachiller (c): \_\_\_\_\_

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

Ver parte posterior. Este sustentación fue realizado de manera virtual y online sincrónica, conforme al reglamento de grados y títulos. Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente/a \_\_\_\_\_  
 Asesor/a \_\_\_\_\_  
 Bachiller (a) \_\_\_\_\_

Miembro \_\_\_\_\_  
 Bachiller (b) \_\_\_\_\_

Miembro \_\_\_\_\_  
 Bachiller (c) \_\_\_\_\_

Secretario/a [Firma]

## **Asociación entre violencia por pareja íntima y conductas de lactancia en mujeres peruanas**

### **Resumen**

**Introducción:** Las gestantes y madres durante el periodo de lactancia son una población vulnerable a la violencia por parte de la pareja íntima; la presencia de violencia puede afectar las conductas de lactancia y la relación entre madre y lactante, así como causar problemas en la salud de ambos; el objetivo fue evaluar la asociación entre el inicio temprano de lactancia y lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses con la violencia por parte de la pareja íntima en mujeres de edad fértil durante el año 2021.

**Materiales y Métodos:** Realizamos un análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2021 usando datos de 23697 mujeres en edad fértil que respondieron preguntas sobre lactancia materna y violencia íntima de pareja. El desenlace principal fue inicio temprano de lactancia materna y lactancia materna exclusiva. La exposición de violencia por pareja íntima fue definida como el reporte de cualquier tipo de violencia (física, psicológica o sexual). Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y proporciones ponderadas. Se usaron modelos generalizados de la familia de Poisson para calcular las razones de prevalencia (RP) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% entre la exposición y el desenlace.

**Resultados:** La prevalencia de violencia por pareja íntima fue (30.25%), de inicio temprano de lactancia materna (63.74%) y de lactancia materna exclusiva (71.99%). La prevalencia de inicio temprano de lactancia materna fue 4% mayor en las madres expuestas a cualquier tipo de violencia en comparación a las no expuestas, siendo estadísticamente significativo; no hubo asociación significativa entre inicio temprano de lactancia y violencia física. Así mismo no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre violencia de pareja íntima y lactancia materna exclusiva.

**Conclusiones:** La presencia de cualquier tipo de violencia, la violencia psicológica y la violencia sexual son factores asociados a la prevalencia de inicio temprano de lactancia materna. No se encontraron asociaciones significativas entre cualquiera de los tipos de violencia y la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

**Palabras clave:** Violencia de Pareja íntima; Salud Pública; Medicina Reproductiva; Violencia física; Violencia psicológica; Violencia sexual; Lactancia Materna.

## **Association between intimate partner violence and breastfeeding practices among peruvian women**

### **Abstract**

**Introduction:** Pregnant women and mothers during the breastfeeding period are a population vulnerable to intimate partner violence; the presence of violence can affect breastfeeding behaviors and the relationship between mother and infant, as well as cause both health problems; the objective was to evaluate the association between early initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding up to 6 months with intimate partner violence in women of childbearing age during the year 2021.

**Materials and Methods:** We conducted a secondary analysis of the Demographic and Family Health Survey (DHS) 2021 using data from 23697 women of childbearing age who answered questions on breastfeeding and

intimate partner violence. The main outcome was early initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding. Exposure to intimate partner violence was defined as the report of any type of violence (physical, psychological or sexual). Categorical variables were described using absolute frequencies and weighted proportions. Generalized Poisson family models were used to calculate prevalence ratios (PR) with their respective 95% confidence intervals between exposure and outcome.

**Results:** The prevalence of intimate partner violence was (30.25%), early initiation of breastfeeding (63.74%) and exclusive breastfeeding (71.99%). The prevalence of early initiation of breastfeeding was 4% higher in mothers exposed to any type of violence compared to those not exposed, being statistically significant; there was no significant association between early initiation of breastfeeding and physical violence. Furthermore, there was no statistically significant association between intimate partner violence and exclusive breastfeeding.

**Conclusions:** The presence of any type of violence, psychological violence and sexual violence are factors associated with the prevalence of early initiation of breastfeeding. No associations were found between any type of violence and exclusive breastfeeding up to 6 months.

**Keywords:** Intimate Partner Violence; Public Health; Reproductive Medicine; Physical Violence; Psychological Violence; Sexual Violence; Breastfeeding.

## Introducción

La leche materna es el alimento óptimo para el recién nacido(1), favorece el crecimiento, desarrollo motor, cognitivo, social y disminuye la incidencia y mortalidad por enfermedades infecciosas en <5 años(2, 3). También beneficia a la madre reduciendo el riesgo de diabetes mellitus 2 y carcinoma de mama y ovario(4) La organización mundial de salud (OMS) estima que se podría prevenir anualmente la muerte de 1.5 millones de niños < 5 años, empleando solo prácticas adecuadas de lactancia y alimentación complementaria en el tiempo adecuado(5). La OMS recomienda: el inicio temprano de la lactancia (En la primera hora de vida), la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses y la prolongación de la lactancia hasta los 2 años o más(1). A nivel mundial se estima que sólo el 40% de los niños <6 meses reciben LME(6), un factor asociado a esto es la violencia por la pareja íntima (VPI).

La VPI es un problema de salud global y una violación de los derechos que puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, incluyendo el embarazo y puerperio(7-9) . La OMS, define la VPI como cualquier acción por parte de la pareja que perturbe las esferas física, psicológica y sexual(10); con repercusiones en la salud de la mujer que pueden ser inmediatas y/o crónicas, aún después del cese de la violencia(11). Las consecuencias abarcan: lesiones físicas(12), complicaciones en el embarazo(13), control prenatal inadecuado(14), infecciones de transmisión sexual(11), embarazos no deseados(15), mortalidad neonatal(12), amenaza de aborto, abortos espontáneos o provocados, anemia severa(13), síndromes hipertensivos, retraso del crecimiento intrauterino(16), parto prematuro(17), baja autoestima, ansiedad(18), síndrome de estrés postraumático(19), disfunción sexual, depresión, hasta ideaciones e intentos suicida(11) . A nivel global se estima que un tercio de las mujeres han sido víctimas de violencia por parte de su pareja en algún momento de la vida(10). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática Peruano (INEI), en el año 2021, 59.4% de las mujeres sufrieron algún tipo de violencia a manos de su pareja, siendo la más frecuente la violencia psicológica (50.8%), seguido por la violencia física (26.7%) y por último la sexual (5.9%)(20). Un estudio transversal realizado por el Instituto Nacional Materno Perinatal Peruano en 2020, encontró una prevalencia de VPI en el embarazo de 29.4%, siendo más frecuente la violencia psicológica 27.78 % (21), lo que coincide con otros estudios realizados en España(7), Nigeria(22) y Brasil(9, 23).

Aunque el mecanismo no es claro se ha observado que la VPI puede alterar tanto el inicio como la duración de la lactancia materna (LM)(24). Un estudio transversal multicéntrico realizado en 51 países observó que las madres expuestas a cualquier tipo de violencia tenían menor probabilidad de iniciar LM tempranamente y una menor probabilidad de completar la LME(25). En África madres que sufrieron Violencia sexual eran más propensas a aplazar el inicio de la lactancia(26). La probabilidad disminuía un 60% con cualquier tipo de VPI y la probabilidad de terminar la LME disminuía un 52% con violencia Física y Psicológica, y un 91% en violencia sexual(27). Debido a que las mujeres y niños son una población vulnerable, más durante el periodo gestación o lactancia(8, 12, 14), es crucial explorar la asociación entre VPI y conductas de lactancia. El objetivo de este estudio es evaluar la asociación entre los diferentes tipos de VPI con el inicio temprano de la lactancia y la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en una población representativa de mujeres en edad fértil de Perú.

## **Materiales y métodos**

### **Fuente de información**

Los datos utilizados en este estudio pertenecen a la encuesta Demográfica y de salud familiar de Perú (ENDES) 2021. La ENDES es una encuesta por conglomerados, estratificada, representativa a nivel nacional, realizada anualmente por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Se realiza con el objetivo de actualizar los conocimientos sobre los indicadores de salud de la población peruana. Las bases de datos e información adicional sobre la metodología ENDES están disponibles al público en la página web del INEI.

### **Diseño y población del estudio**

Durante 2021, se encuestaron 35847 hogares en ENDES y 36714 mujeres respondieron el cuestionario individual. Un total de 10848 participantes (45.78%) carecían de datos en referentes a lactancia materna exclusiva; éstos se eliminaron de los análisis y se trabajó con un grupo final formado por 23697 mujeres en edad fértil de 15-49 años que respondieron la pregunta sobre inicio temprano de lactancia materna. Y un subgrupo dentro del grupo final de 12849 mujeres que respondieron la pregunta sobre LME

### **Exposición: Violencia de pareja íntima**

La ENDES evalúa la violencia de pareja íntima según violencia física, psicológica y sexual. La violencia psicológica definida por el ministerio de salud como: "Acción o comportamiento que trata de controlar o aislar a la persona en contra de su voluntad, la humilla y le ocasiona vergüenza"(28), se evaluó con las siguientes tres preguntas: ¿ Su esposo/compañero alguna vez le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás? (D103A), ¿Su esposo/compañero la ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted? (D103B) y ¿Su esposo/compañero la ha amenazado con irse de casa, quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica? (D103D). La violencia sexual definida por el ministerio de salud como: "Acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento. Acciones que no permiten decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva"(28), se evaluó con las siguientes dos preguntas: ¿ Su esposo/compañero alguna vez ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería? (D105H) y ¿Su esposo/compañero alguna vez la obligó a realizar actos sexuales que Ud. no aprueba? (D105I). La violencia física definida por el ministerio de salud como: "Acción o conducta que haya causado, cause, o pueda ocasionar daño físico al cuerpo y a la salud"(28), se evaluó mediante las siguientes siete preguntas: ¿Su esposo/compañero alguna vez la empujó, sacudió o le tiró algo?

(D105A), ¿Su esposo/compañero alguna vez la abofeteó o le retorció el brazo? (D105B), ¿Su esposo/compañero alguna vez la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño? (D105C), ¿Su esposo/compañero alguna vez la ha pateado o arrastrado? (D105D), ¿Su esposo/compañero alguna vez trató de estrangularla o quemarla? (D105E), ¿Su esposo/compañero alguna vez la amenazó con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma? (D105F) y ¿Su esposo/compañero alguna vez la atacó/agredió con un cuchillo / pistola u otro tipo de arma? (D105G). La violencia de pareja íntima se definió como una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas de los diferentes tipos de violencia.

### **Desenlace: Inicio temprano de lactancia materna y lactancia materna exclusiva**

El inicio temprano de la lactancia materna se evaluó con la siguiente pregunta: ¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE DEL HIJO) empezó Ud. a darle pecho? (M34). La prevalencia de inicio temprano de lactancia materna se definió como aquellas madres que reportaron que iniciaron a amamantar en la 1 hora siguiente al nacimiento. La lactancia materna exclusiva se evaluó con la siguiente pregunta: ¿Durante los 6 primeros meses de vida, (NOMBRE DEL HIJO) recibió solo leche materna sin incluir otros alimentos ni líquidos? (QI440B). La prevalencia de lactancia materna exclusiva se definió como aquellos que respondieron afirmativamente la pregunta.

### **Otras variables**

Se incluyeron datos sociodemográficos (edad, sexo, índice de riqueza, nivel educativo, estado civil, área de residencia, región geográfica y seguro de salud).

### **Análisis estadístico**

Las bases de datos de la ENDES 2021 se descargaron y se importaron al software R v4.1.1 mediante RStudio. Todos los análisis se realizaron con diseño muestral de encuestas complejas de la ENDES utilizando el paquete survey. Para describir las variables categóricas se emplearon frecuencias absolutas y proporciones ponderadas, con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y T de Student adaptada para comparar las variables independientes respectivamente con la variable dependiente. Se utilizaron modelos lineales generalizados (GLM) de la familia de Poisson y la función de enlace log para evaluar la asociación entre los distintos tipos de IPV con la iniciación temprana de la lactancia materna y lactancia materna exclusiva, considerando un enfoque epidemiológico. Se usó como medida de asociación la razón de prevalencia (RP) con su respectivo IC del 95%. Se emplearon modelos crudos y ajustados según las variables confusoras determinadas en el gráfico acíclico dirigido. En todos los análisis se consideró estadísticamente significativo un p valor <0.05.

## **Resultados**

### **Características de la población de estudio**

Se analizaron los datos de 23697 de mujeres en edad reproductiva. El grupo de edad más frecuente fue de 26-35 años, con una edad media de 30.51. El 26.76% tenían el índice de riqueza más pobre y la mayoría solo tenía estudios secundarios (46.45%). La mayoría de los participantes del estudio provenían de la región Sierra (27.75%), seguido por Lima metropolitana (27.20%). El 88.17% estaban casadas y el 85.25% tenían cobertura de seguro de salud (Tabla 1).

### **Prevalencia de indicadores de lactancia materna y tipos de violencia**

La prevalencia de violencia física, psicológica y sexual fue 23.19%, 19.85%, 4.41%, respectivamente. La prevalencia de sufrir cualquier tipo de violencia fue 30.25%. El 63.74% reportó haber tenido un inicio temprano de lactancia materna (ITL) y el 71.99% haber cumplido con una lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses (Tabla 1). La tabla 2 muestra las prevalencias del ITL y LME según las características de la muestra. Encontramos que los factores asociados al inicio temprano de lactancia materna y lactancia materna exclusiva fueron el índice de riqueza, nivel educativo, área de residencia, región geográfica y violencia psicológica. Además, los factores asociados a ITL fueron la edad, exposición a violencia física, sexual y cualquier tipo de violencia. Del mismo modo, los factores asociados a la LME fueron el estado civil y cobertura de seguro de salud.

### **Asociación entre tipos de violencia e inicio temprano de lactancia materna**

La tabla 3 muestra las razones de prevalencia cruda y ajustadas para inicio temprano de lactancia materna. En el modelo crudo, la prevalencia de inicio temprano de lactancia materna fue 6%, 7%, 6% y 13% más en las mujeres expuestas cualquier tipo de violencia, violencia física, violencia psicológica y violencia sexual, respectivamente; en comparación a las mujeres no expuestas; siendo estadísticamente significativo. En el modelo ajustado la dirección de la asociación se mantiene, sin embargo, solo estadísticamente significativo en las mujeres expuestas cualquier tipo de VPI (RPa: 1.04, IC: 1.00-1.08, p=0.044), violencia psicológica (RPa: 1.05, IC: 1.00-1.09, p=0.030) y violencia sexual (RPa: 1.08, IC: 1.01-1.14, p=0.022). No se encontró significancia estadística con la violencia física.

### **Asociación entre tipos de violencia y lactancia materna exclusiva**

La tabla 4 muestra las razones de prevalencia cruda y ajustadas para lactancia materna exclusiva. En el modelo crudo, la prevalencia de lactancia materna exclusiva fue 6% menor en las mujeres expuestas a violencia psicológica en comparación a las no expuestas (RPc: 0.94, IC: 0.89-0.99, p=0.025). En el modelo ajustado no se encontró ninguna asociación significativa en los diferentes tipos de violencia.

### **Discusión**

Según nuestro conocimiento este es el primer estudio realizado en Perú que evalúa la asociación entre la violencia por pareja íntima con el inicio temprano de lactancia materna y la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. En el presente estudio, se evaluó la asociación entre las conductas de lactancia con la presencia de VPI en una muestra de mujeres en edad fértil en el Perú, durante el año de 2021. La prevalencia de violencia física y sexual fue similar a la estadística del INEI para todas las mujeres(20). El ITL fue más prevalente en madres más jóvenes, con menor estrato socio-económico, con menor nivel educativo. Estos resultados coinciden con los encontrados por Tran et al. donde más de la mitad de las madres (con semejantes características) realizaron ITL(29). La LME también fue más prevalente en los mismos grupos, lo que es contradictorio con estudios previos donde la LME era más frecuente y la duración de la LM era mayor en mujeres con alta escolaridad e ingresos mensuales por encima de la media nacional(30, 31).

### **Violencia por la pareja íntima e inicio temprano de lactancia materna**

Aunque en la mayoría de estudios que asocian VPI y ITL se observa un riesgo mayor de aplazar el inicio de la LM, como en Australia(17) y España(7), y gran parte de las madres no realizan ITL, como en Brasil(15) y



algunos países Africanos(26), nuestro estudio arroja resultados discordantes y no es el único contradictorio. En Tanzania y Malawi por ejemplo encontraron que la probabilidad de ITL aumentaba un 200% en madres víctimas de violencia física(27).

Inicialmente en el modelo crudo al comparar el porcentaje de ITL, entre las mujeres con o sin VPI, fue 6% más en madres expuestas a cualquier tipo de violencia, 7% más en violencia física, 6% más en violencia psicológica y 13% más en violencia sexual. Al ajustar el modelo solo se encuentra significancia estadística en mujeres expuestas cualquier tipo de VPI (RPa: 1.04, IC: 1.00-1.08,  $p=0.044$ ), violencia psicológica (RPa: 1.05, IC: 1.00-1.09,  $p=0.030$ ) y violencia sexual (RPa: 1.08, IC: 1.01-1.14,  $p=0.022$ ). Siendo la prevalencia mayor que su contraparte un 4%, 5% y 8% más respectivamente. Estos resultados positivos pueden atribuirse al esfuerzo que el Ministerio de Salud realiza para promover las buenas prácticas de lactancia entre ellas el contacto piel a piel, el ITL, la LME hasta los 6 meses y la continuación de la LM hasta los 2 años(32). Otra explicación podría ser la hipótesis compensatoria que teoriza que madres expuestas a VPI se perciben más efectivas, más protectoras, muestran comportamientos positivos de crianza y usan las conductas de lactancia como mecanismo compensatorio para lidiar con la violencia (33). La percepción de la madre cómo auto eficaz y una buena red de apoyo social juegan un papel importante en la lactancia materna(30, 34).

### **Violencia por la pareja íntima y lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses**

Al evaluar el modelo crudo la única asociación significativa entre VPI y LME fue con la violencia psicológica (RPc: 0.94, IC: 0.89-0.99,  $p=0.025$ ) en la que la prevalencia es 6% menor que en las madres no expuestas a VPI, esta asociación también fue observada por Walters et al en madres zambianas(26). Sin embargo, al ajustar el modelo no se encontró ninguna asociación significativa en los diferentes tipos de violencia. Otros estudios en que no hallaron una asociación significativa son Ribeiro et al. que no encontraron diferencia en LME durante los 6 primeros meses entre las madres con o sin VPI(9), Tiwari et al. que observaron que la lactancia materna no se veía afectada por la violencia psicológica(35), Ariyo & Jiang donde no hubo diferencia en LME entre madres que reportaron o no violencia sexual(22) y Metheny et al. que solo encontraron asociación significativa entre LME y violencia física severa(36).

Aunque en este estudio no se haya visto una asociación significativa entre VPI y LME, otros si lo han hecho. Mezzavilla et al. encontraron que las madres que sufrían violencia física tenían el doble de probabilidades de no iniciar la Lactancia y 5 veces más probabilidades de introducir sustitutos de la leche materna(37). Hasselmann et al. estudiaron casos severos de violencia física donde la probabilidad de interrupción de LME antes del segundo mes de vida era 30% más y el riesgo de introducir líquidos o comida antes del tercer mes era el doble que su contraparte(38) y Mariano et al. observaron que pese a que 88% de las madres recibieron el alta médica con LME, al segundo mes solo la mitad brindaban LME y la otra mitad de madres ofrecían lactancia mixta, otros líquidos o ya habían interrumpido totalmente la lactancia (16%)(15). La razón de estas asociaciones se intenta explicar con la teoría del déficit que expresa mujeres expuestas a VPI tienden a evitar o discontinuar la LM (39), ya sea por decisión propia (como en el caso de algunas mujeres expuestas a violencia sexual que desarrollan una aversión a la lactancia) (40), o como mecanismo de afrontamiento negativo (36). El factor causal más probable para el cese de la LM es la disminución de oxitocina y el aumento del cortisol, observado en víctimas con altos niveles de ansiedad y depresión (41-43). Aunque solo hemos abordado la prevalencia de LME en madres con VPI otros estudios recientes asociaron negativamente la ansiedad, depresión o desordenes alimentares con la LM (29), así mismo los niveles altos de ansiedad estaban asociados con un destete temprano (34), lo que podría explicar la discontinuación de la LME, esto juega un papel

importante en la elección de lactancia mixta sobre la LME (44).

No obstante, la asociación más frecuente entre VPI y LM sea negativa, no aplica para todas las Víctimas. Así como encontramos una asociación positiva con el ITL algunos investigadores encontraron una asociación positiva entre VPI y la LME. Misch & Yount observaron que madres que sufrieron violencia sexual tuvieron 2.49 más probabilidades de completar la LME en comparación a su contraparte(27). Este es el caso de algunas madres que usan la lactancia como mecanismo compensatorio para la violencia (Teoría compensatoria) que podría ser justificado por la oxitocina. Uvnäs-Moberg et al. observaron que aparte de disminuir la ansiedad, la oxitocina liberada después de cada sesión de lactancia causaba una reducción a largo plazo del cortisol y otras respuestas fisiológicas al estrés (45), lo que puede causar una retroalimentación positiva en la lactancia aumentando la duración de la misma.

En conclusión, los resultados de esta investigación muestran que hubo una asociación significativa con el inicio temprano de lactancia materna en madres víctimas de violencia en general (cualquier tipo), violencia sexual y violencia psicológica en comparación a madres sin presencia de violencia en el núcleo familiar. Al ajustar el modelo de violencia por parte de la pareja íntima y la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses no se encontró ninguna asociación significativa. La evidencia de este estudio sugiere que se debe realizar un manejo conjunto por parte de los responsables de formular políticas de salud pública y el personal sanitario de atención primaria. También es necesario que se realicen intervenciones dirigidas a educar a las familias (sobre todo a gestantes y madres de lactantes) sobre la violencia de pareja íntima, herramientas para identificarla, cómo enfrentarla y la importancia de la lactancia materna tanto para madre y lactante como para la economía familiar. De esta manera se podrá contar con una detección precoz, y un abordaje oportuno. Además, por ser este estudio el primero en su modalidad es necesario explorar más a fondo la asociación entre VPI y lactancia materna en el Perú.

### **Fortalezas y limitaciones**

Este estudio presenta algunas fortalezas como son la muestra representativa de la población peruana en edad fértil, así como el uso de métodos estadísticos que nos permiten estimar la prevalencia y ajustar a confusores detectados en la literatura. Sin embargo, presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la aparición de un sesgo de confusión residual ya que en este estudio no se ha considerado la exposición a violencia durante la infancia, el acceso a atención primaria o la presencia de abuso de sustancias, entre otros. En segundo lugar, la existencia de un sesgo de deseabilidad social, ya que algunas encuestadas pueden no haber respondido de manera veraz. Y, en tercer lugar, al ser un estudio de corte transversal no se permite establecer una relación causal. A pesar, que estas limitaciones nos podrían dar un resultado espurio nuestros hallazgos concuerdan con algunas investigaciones previas.

### **Conflicto de interés**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. World-Health-Organization. Essential nutrition actions improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva, Switzerland.: WHO Document Production Services; 2013.
2. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(1):49-74.
3. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet.* 2013;382(9890):427-51.
4. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):96-113.
5. Bassett L. Can conditional cash transfer programs play a greater role in reducing child undernutrition? : Social Protection Team (HDNSP); 2008. p. 84.
6. World-Health-Organization. Breastfeeding WHO website2018 [Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/breastfeeding>].
7. Martin-de-Las-Heras S, Velasco C, Luna-Del-Castillo JD, Khan KS. Breastfeeding avoidance following psychological intimate partner violence during pregnancy: a cohort study and multivariate analysis. *BJOG.* 2019;126(6):778-83.
8. Mella M, Binfa L, Carrasco A, Cornejo C, Cavada G, Pantoja L. [Prevalence and factors associated with partner violence among pregnant and puerperal women in Santiago, Chile]. *Rev Med Chil.* 2021;149(4):543-53.
9. Ribeiro MRC, Batista RFL, Schraiber LB, Pinheiro FS, Santos AMD, Simoes VMF, et al. Recurrent Violence, Violence with Complications, and Intimate Partner Violence Against Pregnant Women and Breastfeeding Duration. *J Womens Health (Larchmt).* 2021;30(7):979-89.
10. Organización-mundial-de-la-salud. Violencia contra la mujer Organización mundial de la salud website: Organización mundial de la salud; 2021 [Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>].
11. World-Health-Organization. Understanding and addressing violence against women : intimate partner violence. World health organization website: World health organization; 2012.
12. Da Thi Tran T, Murray L, Van Vo T. Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: a scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016 - 2021. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):315.
13. Correa-Lopez MY. Complicaciones maternas asociadas a la violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo en el Hospital de Vitarte, Lima-Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal.* 2019;4(4):11-8.
14. Moraes CL, Oliveira A, Reichenheim ME, Gama S, Leal MDC. Prevalence of physical intimate partner violence in the first six months after childbirth in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2017;33(8):e00141116.
15. Mariano LMB, Monteiro JCdS, Stefanello J, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Nakano AMS. Exclusive Breastfeeding and Maternal Self-Efficacy among Women of Intimate Partner Violence Situations. *Texto & Contexto - Enfermagem.* 2016;25(4).
16. Leon T, Grez M, Prato JA, Torres R, Ruiz S. [Domestic violence in Chile]. *Rev Med Chil.* 2014;142(8):1014-22.
17. Chaves K, Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Jalaludin B, Khanlari S, et al. Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):357.

18. Azziz-Baumgartner E, Homaira N, Hamadani JD, Tofail F, Dahlberg LL, Haque R, et al. The prevalence and impact of intimate partner violence on maternal distress in a community of low-income Bangladeshi and displaced ethnic Bihari mothers: Dhaka, 2008-2009. *Violence Against Women*. 2014;20(1):59-73.
19. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001452.
20. INEI. Desnutrición crónica afectó al 11,5% de la población menor de cinco años. Plataforma digital única del estado peruano/El estado/PMC/INEI/Noticias: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2022.
21. Barzola-Macha Marilyn, Moquillaza-Alcantara Victor, Diaz-Tinoco Clara. Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: Prevalencia y factores asociados. *Rev chil obstet ginecol*. 2020;85(6):641-53.
22. Ariyo T, Jiang Q. Intimate partner violence and exclusive breastfeeding of infants: analysis of the 2013 Nigeria demographic and health survey. *Int Breastfeed J*. 2021;16(1):15.
23. Audi CA, Segall-Correa AM, Santiago SM, Andrade Mda G, Perez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):877-85.
24. Normann AK, Bakiewicz A, Kjerulff Madsen F, Khan KS, Rasch V, Linde DS. Intimate partner violence and breastfeeding: a systematic review. *BMJ Open*. 2020;10(10):e034153.
25. Caleyachetty R, Uthman OA, Bekele HN, Martin-Canavate 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):e1002921.
26. Walters CN, Rakotomanana H, Komakech JJ, Stoecker BJ. Maternal experience of intimate partner violence is associated with suboptimal breastfeeding practices in Malawi, Tanzania, and Zambia: insights from a DHS analysis. *Int Breastfeed J*. 2021;16(1):20.
27. Misch ES, Yount KM. Intimate partner violence and breastfeeding in Africa. *Matern Child Health J*. 2014;18(3):688-97.
28. MINSa. Violencia contra la mujer: Plataforma digital única del estado peruano; 2023 [Available from: <https://www.gob.pe/33925-violencia-contra-la-mujer-tipos-de-violencia>].
29. Tran LM, Nguyen PH, Naved RT, Menon P. Intimate partner violence is associated with poorer maternal mental health and breastfeeding practices in Bangladesh. *Health Policy Plan*. 2020;35(Supplement\_1):i19-i29.
30. Islam MJ, Baird K, Mazerolle P, Broidy L. Exploring the influence of psychosocial factors on exclusive breastfeeding in Bangladesh. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(1):173-88.
31. Jennifer P James, Angela Taft, Lisa H Amir, Agius P. Does intimate partner violence impact on women's initiation and duration of breastfeeding? *Breastfeed Rev*. 2014;22(2):11-9.
32. Torres R, Medina E, Almeri C, Flores M, Solano C. Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Lima - Perú: Ministerio de salud; 2019. p. 59.
33. Levendosky AA, Huth-Bocks AC, Shapiro DL, Semel MA. The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschool-age children's functioning. *J Fam Psychol*. 2003;17(3):275-87.
34. O'Brien M, Buikstra E, Hegney D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *J Adv Nurs*. 2008;63(4):397-408.
35. Tiwari S, Gray R, Jenkinson C, Carson C. Association between spousal emotional abuse and reproductive outcomes of women in India: findings from cross-sectional analysis of the 2005-2006 National Family Health Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(5):509-19.
36. Metheny N, Stephenson R. Is Intimate Partner Violence a Barrier to Breastfeeding? An Analysis of the 2015 Indian National Family Health Survey. *Journal of Family Violence*. 2019;35(1):53-64.
37. Mezzavilla RS, Vianna GVB, Lindsay AC, Hasselmann MH. Intimate partner violence, breastfeeding, breastmilk substitutes and baby bottle use in the first year of life. *Cien Saude Colet*. 2021;26(5):1955-64.
38. Hasselmann MH, Lindsay AC, Surkan PJ, Vianna GV, Werneck GL. Intimate partner violence and early interruption of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Cad Saude Publica*. 2016;32(10):e00017816.
39. Kendall-Tackett KA. Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(3):344-53.
40. Klingelhafer SK. Sexual abuse and breastfeeding. *J Hum Lact*. 2007;23(2):194-7.
41. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(4):352-61.

42. Newton M, Newton NR. The let-down reflex in human lactation. *The Journal of Pediatrics*. 1948;33(6):698-704.
43. Mata-Gil S, Sanchez-Cabaco A, Del Moral-Martinez J, Seisdedos-Benito A, Lundberg U. Concentrations of Salivary Cortisol in Victims of Intimate Partner Violence According to the CIRCORT Database. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(20).
44. Gila-Diaz A, Carrillo GH, Lopez de Pablo AL, Arribas SM, Ramiro-Cortijo D. Association between Maternal Postpartum Depression, Stress, Optimism, and Breastfeeding Pattern in the First Six Months. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19).
45. Uvnas Moberg K, Ekstrom-Bergstrom A, Buckley S, Massarotti C, Pajalic Z, Luegmair K, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding-A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(8):e0235806.

## TABLAS

Tabla 1. Características de la población de estudio (N=23697).

Característica	N	%*	95% CI
Edad, Media	30.51		30.34 – 30.69
Edad-grupo etario			
15-25	6,082.00	25.71	15.25 – 17.33
26-35	11,987.00	50.22	40.42 – 42.80
36-45	5,445.00	23.21	31.38 – 33.80
46-49	183	0.87	8.54 – 10.15
Índice de riqueza			
El más pobre	7,851.00	26.76	21.03 – 22.83
Pobre	6,140.00	22.63	21.55 – 23.71
Medio	4,490.00	20.83	20.28 – 22.64
Rico	3,224.00	17.08	17.44 – 19.67
Más rico	1,992.00	12.69	14.33 – 16.52
Nivel educativo			
Secundario	11,232.00	46.45	43.99 – 46.60
Sin educación/Primaria	5,020.00	19.3	19.80 – 21.65
Superior	7,445.00	34.24	32.68 – 35.29
Estado civil			
Actualmente casada	21,067.00	88.17	80.11 – 82.32
Anteriormente casada	2,630.00	11.83	17.68 – 19.89
Área de residencia, n (%)			
Urbano	15,634.00	72.91	76.22 – 77.74
Rural	8,063.00	27.09	22.26 – 23.78

Región geográfica, n (%)			
Lima metropolitana	2,813.00	27.20	30.98 – 33.53
Resto Costa	6,712.00	26.98	25.69 – 28.03
Sierra	7,961.00	27.75	23.78 – 26.25
Selva	6,211.00	18.07	15.01 – 16.72
Seguro de salud, n (%)			
No	2,950.00	14.75	17.10 – 19.25
Si	20,747.00	85.25	80.75 – 82.90
Violencia física, n (%)			
No	17,772.00	76.81	72.92 – 75.13
Si	5,925.00	23.19	24.87 – 27.08
Violencia Psicológica, n (%)			
No	18,742.00	80.15	75.22 – 77.28
Si	4,955.00	19.85	22.72 – 24.78
Violencia sexual, n (%)			
No	22,563.00	95.59	93.85 – 94.96
Si	1,134.00	4.41	05.04 – 06.15
Cualquier tipo de violencia, n (%)			
No	16,127.00	69.75	64.68 – 67.07
Si	7,570.00	30.25	32.93 – 35.32
Inicio temprano, n (%)			
No	7,759.00	36.26	35.02 – 37.49
Si	15,938.00	63.74	62.51 - 64.98
Lactancia materna exclusiva, n (%)			
No	3,200.00	28.01	26.40 - 29.65
Si	9,649.00	71.99	70.35 - 73.60

---

\*Porcentajes ponderados según el muestreo complejo de la encuesta.

Tabla 2. Prevalencia de lactancia materna exclusiva e inicio temprano de lactancia según las características de la población

Característica	Inicio temprano de lactancia				Lactancia materna exclusiva					
	No n=7759		Si n=15938		p	No n=3200		Si n=9649		p
	n	%*	n	%*		n	%*	n	%*	
Edad, Media	31,53		29,94		<0.001	29,98		29,82		0,528
Edad-grupo etario, n (%)					<0.001					0,277
15-25	1.556,00	27,62	4.526,00	72,38		953	28,95	2.791,00	71,05	
26-35	4.032,00	37,1	7.955,00	62,9		1.569,00	27,18	4.802,00	72,82	
36-45	2.100,00	43,54	3.345,00	56,46		646	28,17	1.997,00	71,83	
46-49	71	48,07	112	51,93		32	41,48	59	58,52	
Índice de riqueza, n (%)					<0.001					<0.001
El más pobre	1.432,00	19,07	6.419,00	80,93		1.012,00	19,16	4.579,00	80,84	
Pobre	1.948,00	31,99	4.192,00	68,01		866	26,72	2.515,00	73,28	
Medio	1.797,00	40,55	2.693,00	59,45		673	36,69	1.413,00	63,31	
Rico	1.447,00	46,4	1.777,00	53,6		452	35,42	801	64,58	
Más rico	1.135,00	59,39	857	40,61		197	41,59	341	58,41	
Nivel educativo, n (%)					<0.001					<0.001
Secundario	3.496,00	33,78	7.736,00	66,22		1.619,00	28,92	4.745,00	71,08	
Sin educación/Primaria	915	19,74	4.105,00	80,26		681	21,33	2.834,00	78,67	
Superior	3.348,00	48,93	4.097,00	51,07		900	32,96	2.070,00	67,04	
Estado civil, n (%)					0,333					0,006
Actualmente casada	6.836,00	36,06	14.231,00	63,94		2.837,00	26,93	8.711,00	73,07	
Anteriormente casada	923	37,7	1.707,00	62,3		363	36,38	938	63,62	
Área de residencia, n (%)					<0.001					<0.001

Urbano	6.139,00	42,09	9.495,00	57,91	2.179,00	32,62	5.169,00	67,38
Rural	1.620,00	20,55	6.443,00	79,45	1.021,00	19,71	4.480,00	80,29
Región geográfica, n (%)					<b>&lt;0.001</b>			<b>&lt;0.001</b>
Lima metropolitana	1.350,00	49,02	1.463,00	50,98	509	44,78	662	55,22
Resto Costa	3.019,00	44,86	3.693,00	55,14	875	31,79	1.752,00	68,21
Sierra	1.907,00	24,08	6.054,00	75,92	899	19,41	4.118,00	80,59
Selva	1.483,00	22,9	4.728,00	77,1	917	20,96	3.117,00	79,04
Seguro de salud, n (%)					0,104			0,009
No	1.105,00	38,66	1.845,00	61,34	404	33,39	975	66,61
Si	6.654,00	35,84	14.093,00	64,16	2.796,00	27,16	8.674,00	72,84
Violencia física, n (%)					<0.001			0,963
No	5.976,00	37,34	11.796,00	62,66	2.354,00	27,99	7.239,00	72,01
Si	1.783,00	32,67	4.142,00	67,33	846	28,06	2.410,00	71,94
Violencia psicológica, n (%)					0,008			0,019
No	6.230,00	36,98	12.512,00	63,02	2.474,00	27,17	7.716,00	72,83
Si	1.529,00	33,32	3.426,00	66,68	726	31,38	1.933,00	68,62
Violencia sexual, n (%)					<0.001			0,096
No	7.440,00	36,61	15.123,00	63,39	3.020,00	27,71	9.184,00	72,29
Si	319	28,49	815	71,51	180	33,71	465	66,29
Cualquier tipo de violencia, n (%)					<b>0,002</b>			0,184
No	5.412,00	37,42	10.715,00	62,58	2.111,00	27,38	6.640,00	72,62
Si	2.347,00	33,56	5.223,00	66,44	1.089,00	29,44	3.009,00	70,56

\*Porcentajes ponderados según el muestreo complejo de la encuesta. Prueba t adaptada a muestras complejas; Prueba de chi cuadrado.



Tabla 3. Análisis de asociación bivariada y múltiple entre VPI con inicio temprano de lactancia

	Análisis bivariado			Modelo ajustado*		
	cRP	95% CI	p	aRP	95% CI	p
Cualquier tipo de violencia	1.06	1.02 – 1.10	<b>0.002</b>	1.04	1.00 – 1.08	<b>0.044</b>
Violencia física	1.07	1.03 – 1.12	<b>&lt;0.001</b>	1.03	0.99 – 1.07	0.096
Violencia psicológica	1.06	1.02 – 1.10	<b>0.006</b>	1.05	1.00 – 1.09	<b>0.030</b>
Violencia sexual	1.13	1.06 – 1.20	<b>&lt;0.001</b>	1.08	1.01 – 1.14	<b>0.022</b>

\*Modelo ajustado a edad, índice de riqueza, nivel educativo, estado civil, área de residencia, región Geográfica

Tabla 4. Análisis de asociación bivariada y múltiple entre VPI con Lactancia materna exclusiva

	Análisis bivariado			Modelo ajustado*		
	cRP	95% CI	p	aRP	95% CI	p
Cualquier tipo de violencia	0,97	0.93 – 1.01	0,189	0,98	0.94 – 1.03	0,457
Violencia física	1	0.96 – 1.04	0,963	1	0.96 – 1.05	0,887
Violencia psicológica	0,94	0.89 – 0.99	<b>0,025</b>	0,96	0.91 – 1.01	0,141
Violencia sexual	0,92	0.82 – 1.03	0,129	0,93	0.84 – 1.04	0,195

\*Modelo ajustado a edad, índice de riqueza, nivel educativo, estado civil, área de residencia, región geográfica