



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Factores asociados a la adherencia de lactancia materna exclusiva en
mujeres en edad fértil del Perú según la encuesta nacional ENDES del año
2019**

MODALIDAD DE OBTENCIÓN

SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTOR

Alvarez Lévano, Hellen Grace (0000-0003-4672-3469)

ASESOR

De La Cruz Vargas, Jhony Alberto (0000-0002-5592-0504)

Lima, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Bach. Alvarez Lévano, Hellen Grace

DNI

73234414

Datos de asesor

Dr. De La Cruz Vargas, Jhony Alberto

DNI

06435134

Datos del jurado

PRESIDENTE (Dra. Luna Muñoz, Consuelo del Rocío, 29480561, 0000-0001-9205-2745)

MIEMBRO (MC. Arango Ochante, Pedro Mariano, 09807139, 0000-0002-3267-1904)

MIEMBRO (MC. Quiñones Laveriano, Dante Manuel, 46174499, 0000-0002-1129-1427)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A mi querido padre Reymundo Alvarez y a mi madre Yrma Lévano, mi razón de ser y motivo para seguir adelante.

A mi hermano José Alvarez, por estar conmigo en todo momento.

A mis primos, tíos y abuelos por ser mi sostén, darme su cuidado y amor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarme y protegerme durante todo mi camino universitario, haciendo posible este sueño.

A mis profesores de la Universidad Ricardo Palma, por sus sabias enseñanzas y consejos durante mi formación profesional.

A mi asesor de tesis, Dr. Jhony Alberto de La Cruz Vargas, por su constante apoyo en la ejecución y redacción del trabajo de investigación.

A los miembros del jurado: Dra. Consuelo R. Luna Muñoz, MC. Pedro M. Arango Ochante y MC. Dante M. Quiñones Laveriano, por sus recomendaciones y sugerencias.

Al Mg. Rubén Espinoza Rojas, por el soporte en el análisis estadístico de mi tesis.

A mis padres Reymundo Alvarez e Yrma Lévano, por su confianza, dedicación y siempre apoyarme para culminar con éxito esta etapa profesional.

RESUMEN

Introducción: La mejor nutrición para los lactantes durante los primeros 6 meses de vida es la lactancia materna exclusiva (LME), siendo el estándar de oro en la nutrición infantil.

Objetivos: Analizar los factores asociados a la adherencia de LME en mujeres en edad fértil del Perú según la ENDES del año 2019.

Metodología: Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de corte transversal. La muestra la conformaron 4 212 mujeres con un hijo menor de 6 meses. En el análisis inferencial, la asociación de los factores se evaluó por la razón de prevalencia cruda (RPc) y por medio del modelo de regresión de Poisson con varianza robusta se calculó la razón de prevalencia ajustada (RPa), con sus respectivos IC de 95%, con una significancia $p < 0,05$ y se elaboró el análisis CSPLAN en SPSS para muestras complejas.

Resultados: La prevalencia de LME fue 67,3%. En el análisis bivariado los factores asociados fueron residencia rural (RPc: 1,22; IC95%: 1,17-1,27, p: 0,000), multiparidad (RPc: 1,10; IC95%: 1,05-1,16, p: 0,000), parto vaginal (RPc: 1,1; IC95%: 1,03-1,16, p: 0,003), enseñanza de preparar pezones para lactancia materna (LM) (RPc: 1,12; IC95%: 1,05-1,19, p: 0,000). Los factores asociados significativamente a la LME en el análisis multivariado fueron lugar de residencia rural (RPa: 1,21; IC95%: 1,15-1,27, p: 0,000) y ser multíparas (RPa: 1,12; IC95%: 1,05-1,19, p: 0,000).

Conclusión: La prevalencia de LME encontrada en el Perú se consideró cercana al objetivo del milenio. El perfil materno asociado significativamente a la LME fue tener residencia rural y ser multípara.

Palabras clave: Lactancia materna, periodo fértil, materna, factores, sociales, demográficos, relaciones Madre-Hijo, salud pública (DeCS).

ABSTRACT

Introduction: The best nutrition for infants during the first 6 months of life is exclusive breastfeeding (EBF), being the gold standard in infant nutrition.

Objective: To analyze the factors associated with exclusive breastfeeding (EBF) in Peruvian women according to the ENDES-2019.

Methodology: Observational, retrospective, analytical, cross-sectional study. The sample consisted of 4,212 women, aged 15 to 49 years, with a child under 6 months. In the inferential analysis, the association of the factors was evaluated by the crude prevalence ratio (RPc) and by means of the Poisson regression model with robust variance, the adjusted prevalence ratio (RPa) was calculated, with their respective 95% CI, with a significance $p < 0.05$ and the CSPLAN analysis was elaborated in SPSS for complex samples.

Results: The prevalence of SCI was 67.3%. In the bivariate analysis the associated factors were rural residence (RPc: 1.22; 95%CI: 1.17-1.27, $p: 0.000$), multiparity (RPc: 1.10; 95%CI: 1.05-1.16, $p: 0.000$), vaginal delivery (RPc: 1.1; 95%CI: 1.03-1.16, $p: 0.003$), teaching to prepare nipples for breastfeeding (BF) (PRc: 1.12; 95%CI: 1.05-1.19, $p: 0.000$), teaching how to breastfeed your baby (PRc: 1.12; 95%CI: 1.05-1.19, $p: 0.000$) and BF training (PRc: 1.11; 95%CI: 1.05-1.17, $p: 0.000$). The factors significantly associated with EBF in multivariate analysis were rural place of residence (PRa: 1.21; 95%CI: 1.15-1.27, $p: 0.000$) and being multiparous (PRa: 1.12; 95%CI: 1.05-1.19, $p: 0.000$).

Conclusion: The prevalence of EBF found in Peru was considered close to the millennium goal. The maternal profile significantly associated with EBF was rural residence and being multiparous.

Key words: Breastfeeding, fertile period, maternal, social, demographic factors, Mother-Child relations, public health (MeSH).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Descripción de la realidad problemática	12
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Línea de Investigación	13
1.4. Justificación del Estudio	14
1.5. Delimitación del problema	15
1.6. Objetivos	15
1.6.1. General	15
1.6.2. Específicos	15
1.7. Viabilidad	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes de la Investigación	16
2.1.1. Antecedentes Internacionales	16
2.1.2. Antecedentes Nacionales	22
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición de conceptos operacionales	34
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	36
3.1. Hipótesis: general, específicas	36
3.2. variables principales de investigación	36
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	38
4.1. Tipo y diseño de estudio	38
4.2. Población y muestra	38
4.2.1. Tamaño muestral	38

4.2.2. Tipo de muestreo	39
4.2.3. Criterios de selección de la muestra	39
4.3. Operacionalización de variables	39
4.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos	41
4.5. Técnica de procesamiento y análisis de datos	42
4.6. Aspectos éticos de la investigación	42
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
5.1. Resultados	43
5.2. Discusión	49
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
6.1. Conclusiones	54
6.2. Recomendaciones	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	60
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	60
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	61
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	62
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN	63
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	64
ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN	65
ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	67
ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA	68
ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	70

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS	71
ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.	72

INTRODUCCIÓN

La leche materna es la nutrición natural para los neonatos que aporta todo el potencial energético y nutritivo que el niño requiere en sus primeras etapas de vida, y seguirá cubriendo más de la mitad de las necesidades nutricionales durante el segundo semestre de vida, incluso hasta un tercio durante el año siguiente. La leche materna promueve el desarrollo cognitivo y sensorial, protege al lactante de enfermedades infecciosas y crónicas. (1)

La lactancia materna debe ser primordial para todo ser humano, los primeros seis meses, no existe leche artificial que iguale las bondades de la leche humana, tiene el potencial de prevenir más de un millón de muertes infantiles por año, lo que equivale a prevenir el 13% de la mortalidad infantil mundial (2), ya que la leche es un fluido vivo que tiene más de 200 componentes conocidos que interactúan y otorgan protección contra las infecciones, especialmente por la inmunoglobulina IgA secretora, desarrollando también el proceso cognoscitivo.

Además, la lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y de mama, y aumenta también los recursos familiares y nacionales. (3)

A nivel mundial en los países de ingresos bajos y medios, solo el 37% de los niños menores de 6 meses son amamantados exclusivamente. Además, se describe que la ampliación de la lactancia materna a un nivel casi universal podría prevenir 823 000 muertes anuales de niños menores de 5 años y 20 000 muertes anuales por cáncer de mama. (4) En el Perú, según la ENDES, la prevalencia de lactancia materna en niñas y niños menores de 6 meses para el 2016 fue de 69,8%, para el 2017 fue de 64,2%, para el 2018 se tiene 66,4% y para el 2019 es 64,0%, evidenciando un leve decrecimiento. (5)

Por más de estar descritos todos los aportes benéficos de la leche materna, en estos últimos tiempos se ha visto disminuida su práctica, viéndose reemplazada por diferentes sucedáneos a la leche, sustituyéndola parcial o hasta totalmente, cuando La lactancia materna es un acto

natural, que no implica costos y es de fácil obtención. Sin embargo, numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), es una investigación estadística especializada que lo realiza el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), este documento permite disponer de información sobre salud reproductiva, salud materna e infantil, atención del embarazo y del parto, fecundidad y mortalidad, realizando el análisis en los cambios de estos indicadores de salud. (6)

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La lactancia materna es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido ya que las glándulas mamarias segregan leche inmediatamente después del parto, y es la forma óptima de alimentación para el neonato porque ofrece los nutrientes necesarios y protección contra las enfermedades. La Organización Mundial de la Salud recomienda que los bebés deben ser amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, y después introducir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros, mientras se continúa con lactancia materna hasta los dos años de edad o más. (1) En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el objetivo global de nutrición de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad al menos al 50% para el año 2025. (7) Además de brindar la nutrición perfecta y protección contra enfermedades infecciosas como la diarrea o neumonía y muerte, los componentes de la leche materna probablemente afectan la programación epigenética en un momento crítico cuando la expresión de los genes se está desarrollando para el resto de la vida, disminuyendo la exposición a padecer diabetes mellitus y obesidad. (3) Además, también tiene un beneficio en el estado de salud y confort de la madre ya que las mujeres que amamantan tienen un 32% menos de riesgo de tener diabetes tipo 2, un 26% menos de riesgo de tener cáncer de mama y un 37% menos riesgo de tener cáncer de ovarios, en comparación con aquellas mujeres que no amamantan o que amamantan menos; asimismo ayuda a distanciar los embarazos y aminorar los gastos familiares. (7)

Existe un gran número de lactantes y niños a nivel mundial con mala nutrición. Durante las primeras etapas del ciclo de vida esto puede conducir a daños extensos e irreversibles en el crecimiento físico y el desarrollo del cerebro. Además, se indica que 1,4 millones de muertes y 10 % de enfermedades en niños menores a 5 años son causados por una mala práctica de la LME. En el Perú, la lactancia materna es de 66,4 % y cada región presenta una variación en relación a otra, en área de residencia rural aborda el 79.6% y el área urbana 61.2%. (5)

En estos últimos tiempos se ve el descenso de su desarrollo normal y se ha visto sustituido con sucedáneos de la Leche Materna, incluyendo formulas infantiles, biberones, tetinas, leches de seguimiento, implicando gastos elevados y de no tan fácil acceso para las madres. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES es una investigación estadística especializada ejecutada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el marco del Programa Mundial de las Encuestas de Demografía y Salud, que contiene información actualizada del territorio nacional realizando investigación de los indicadores de salud materna e infantil, prevalencia anticonceptiva, fecundidad y mortalidad. (6)

Son muchos los factores que se agrupan a la adherencia a la LME, entre ellas se tiene a los que son inherentes al lactante, a la madre, al padre, al entorno familiar, social y asistencial. Entre los factores tenemos las características del neonato, el historial de una excelente atención perinatal y alumbramiento, el antecedente de la madre en dar de lactar, la edad de la madre, la educación, el trabajo, la influencia familiar y vínculo social. (8) En este estudio se pretende analizar los factores sociodemográficos, maternos y asistenciales que influyen en la adherencia a la LME.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Con lo expuesto anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia de lactancia materna exclusiva en madres en edad fértil del Perú según la encuesta nacional ENDES del año 2019?

1.3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio surgió de la revisión de las líneas de investigación en atención integral e integrada con enfoque de salud familiar y comunitaria en los servicios de salud, en la atención por etapas de vida. De la lista de prioridades nacionales de investigación en salud 2019-2023, está dentro del problema sanitario: salud materna, perinatal y neonatal, como prioridad de investigación se encuentra en: causas, determinantes (factores de comportamiento, sociales y variables del sistema sanitario). La investigación se realizó con la encuesta de la ENDES 2019 sobre la población de madres residentes peruanas.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Se debe reconocer que la leche materna es la mejor fuente alimenticia para el buen crecimiento y desarrollo adecuado de los niños de acuerdo a sus necesidades, además les brinda muchas ventajas inmunológicas, psicológicas, económicas y prácticas.

Siendo también de fundamental relevancia la lactancia materna exclusiva, durante los primeros seis meses de vida, una de las acciones primordiales para impedir la mortalidad neonatal y prevenir la desnutrición crónica de los niños.

En el Perú, no se cumple en totalidad las normas recomendadas para la lactancia materna dispuesta por la OMS y la UNICEF, con la Iniciativa Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño, se reconoce la necesidad de contar con el apoyo de las madres y la familia para adoptar las prácticas recomendadas de lactancia materna. Como parte de éste se reconoce la importancia del sostén de la familia, la red social, la de los servicios y la del personal de salud, el laboral y el de los centros de trabajo. Como se puede observar es un gran conjunto las redes de apoyo hacia la madre, y muy importante destacar la labor del personal de salud con una adecuada capacitación, especialmente los que mantienen una atención directa a las madres e infantes, ya que cumplen un papel esencial en el establecimiento y desarrollo de la lactancia.

Asimismo, no se cuentan con políticas, ni normativas del Ministerio de Salud que brinden apoyo a las madres. Una de las principales causas del decrecimiento de la lactancia materna está asociado con falta de información y autoconfianza de las madres que dan de lactar, así como desconocimiento sobre el inicio de ella cuando dan a luz, dentro ellos se tiene el posicionamiento del lactante y la frecuencia para dar de lactar; por otra parte, se presentan ciertas dificultades, cuando las madres desarrollan actividades educativas o trabajan fuera de casa por lo que no pueden continuar con la lactancia. En la información brindada por la ENDES en su boletín del año 2019, no indica la proporción de lactancia materna exclusiva, por eso es necesario determinar la prevalencia de LME y asimismo los factores que influyen en esta actividad.

Las madres que amamantan tienen menor posibilidad de contraer cáncer de ovario y de mama, tiene un efecto anticonceptivo, su práctica es simple sin ocasionar costos adicionales.

Al no llevarse a cabo la LME concluye en un estado de mal nutrición o alimentación inapropiada del niño, acarreado con ello un desarrollo no favorable para su futuro como ciudadano que será parte de una nación, incrementado de esta manera la pobreza del país.

1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio se delimitó a identificar los factores asociados a la adherencia de lactancia materna exclusiva en la muestra de la población de madres peruanas a partir de la información obtenida mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

1. Determinar los factores asociados a la adherencia de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú según la encuesta nacional ENDES del año 2019.

1.6.2. ESPECÍFICOS

1. Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú.
2. Determinar la asociación entre los factores ginecoobstétricos y la adherencia a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú.
3. Determinar la asociación entre los factores educativos y la adherencia a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú.

1.7. VIABILIDAD

El estudio de este problema fue viable ya que se contó con el acceso a la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2019, también se contó con los recursos necesarios para su análisis ya que el uso de dicha base de datos es libre y no requiere autorización especial por el INEI., además se contó con un equipo de asesores expertos en el manejo de base de datos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Catherine RL B., et al (Nueva Escocia, 2013) en su estudio “Rates and determinants of exclusive breastfeeding in first 6 months among women in Nova Scotia: a population-based cohort study”, tuvo como objetivo identificar los predictores del cese temprano de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses después del parto, en una muestra de 4533 parejas de madres e hijos canadienses. La información sobre la duración de la lactancia materna se obtiene de la base de datos de salud pública que se vinculó con la base de datos perinatal Atlee de Nueva Escocia, esta última tiene información extensa sobre la lactancia materna, prenatal, durante el parto y en el puerperio. Incluyen 25 predictores potenciales de lactancia materna exclusiva, en sus resultados encontró que estos predictores estaban ligados a los determinantes sociales de la salud como educación deficiente en el que la madre no concluyó el colegio presenta un HR ajustado de 1,66 (IC del 95%) con un valor $p < 0,001$, que la madre esté en situación de soltero, divorciado viudo o separado representa un HR ajustado de 1,24 (IC del 95%) con un valor p de 0,001, y con respecto a los ingresos por quintiles se observó que aquellas con un quintil medio bajo y más bajo se obtenía HR ajustado (IC del 95%) con un valor $p < 0,001$. Entre un predictor modificable está el contacto temprano con los senos como parte de la atención postparto de rutina, siendo que lo haya tenido presenta un HR de 1 y un valor de p de $< 0,001$. (9)

María D. Ramiro, et al (España, 2017) en su estudio “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”, tiene entre uno de sus objetivos describir los factores asociados a la LME y con su mantenimiento durante 6 meses, en una muestra de 2627 niños de 4 años nacidos en 2008-2009 de la Comunidad de Madrid. Se utilizaron modelos de regresión logística. En los resultados se encontró que la prevalencia de LME fue de 77,6% y la LME a los 6 meses fue de 25,4%. Las variables asociadas con el

inicio o mantenimiento de la lactancia materna exclusiva fueron: madre de más de 35 años presento un OR 2,76 (IC 95%) y un valor p de 0,021, en el estatus económico medio-alto presenta un OR 1,49 (IC 95%) y un valor p de 0,052, OR 1,49 (IC 95%) y un valor p de 0,031, respectivamente, para la variable extranjera con menos de 10 años de residencia en España con un OR de 1,55 (IC 95%) y un valor p 0,007 y la variable haber participado en taller de lactancia tras el parto tiene un OR 1,49 (IC 95%) y un valor p 0,007. (10)

Scott J, Binns C, Oddy W, Graham K. (Australia, 2006) en su estudio “Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study” se planteó como objetivo determinar la duración y los factores asociados a la lactancia materna al medio año y un año de edad, en 587 mujeres. Las madres respondieron unas preguntas antes de salir del hospital y son monitoreadas telefónicamente. Se estudiaron los factores biomédicos, sociodemográficos y psicosociales. Los resultados evidenciaron que 45.99 % recibían leche materna a los 6 meses y solo el 12% recibe LME; mientras que al cumplir un año de vida el 19,2% todavía percibe leche. Por otra parte, en el análisis bivariado se halló que los hijos menores de 12 meses provenientes de madres menores de 30 años tenían menos posibilidad de percibir leche materna (OR=1,55 IC: 1,21 - 1,98), sin embargo, para los menores de medio año no evidenció significancia estadística, de igual manera para los factores de estado civil y educación. En ocupación las madres que retornaron a sus labores tienen menor probabilidad de proseguir con la LME (OR=1,69 IC:1,28 – 2,34). (11)

Yeboah J. et al. (Ghana, 2019). En su trabajo “Exclusive breastfeeding practices and associated factors among lactating mothers of infants aged 6–24 months in the Kumasi Metropolis, Ghana” estudió la prevalencia y los factores asociados de la LME en 160 mujeres que tuvieron un niño entre 6 meses y 2 años de edad, para el análisis estadístico se ejecutaron pruebas de regresión logística multivariadas. En los resultados se evidenció que la prevalencia de LME obtuvo un valor 50,6%, asimismo se encontró que las mujeres lactantes entre 30 a 49 años (OR = 1.95; 95% CI 1.15 - 3.31), embarazo con parto normal (OR = 1.82; IC del 95% 0.86 - 2.47), las que no laboran actualmente (OR = 1.20; IC 95% 0.56 - 2.59) y las que no manifiestan dolor en el pezón (OR = 1.89; IC 95% 1,53 - 3,48) resultaron ser significativamente más predispuestos a desarrollar la LME, por el contrario, las que tenían

entre 3 - 4 partos presentaban 0,49 veces menos probabilidad de practicar la LME (OR =0,49 ; IC 95% 0,27 – 0,89). Concluyendo que los factores sociodemográficos como la edad de la madre, el tipo de parto, el empleo laboral, el dolor de pezón son propensos a la LME. Por tanto, se recomienda incorporar los factores asociados en las nuevas políticas de LME. (12)

Zarshenas M, Zhao Y, Scott J, Binns C. (Irán, 2020) realizó su trabajo “Determinants of Breastfeeding Duration in Shiraz, Southwest Iran.” para estudiar los determinantes de la lactancia materna desde la etapa neonatal hasta los 6 meses de edad. Para lo cual empleó 700 mujeres que habían dado a luz, e hizo seguimiento a cada una de ellas. Los resultados evidenciaron que las madres al salir del hospital, el 98.7% lactaba a su bebe, mientras que el 74.3% amamantaba "completamente", pero solamente el 29.9% de las madres habían amamantado "exclusivamente". Sin embargo, se registra que solamente 12 semanas es la permanencia media de LME y el 18 % mantiene la LME hasta las 16 semanas. Asimismo, las mujeres que no culminaron sus estudios escolares (15%) tenían menos probabilidad de interrumpir el amamantamiento de sus menores (OR: 0,55 IC: 0,31 – 0,98). (13)

Martínez-Galán P et al. (España, 2017). En su artículo, “Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura”. Búsqueda sistemática en diversas bases de datos del área de la salud que consta de 115 informes cuyo objetivo fue definir la influencia de la enseñanza prenatal por el personal de la salud en la decisión de optar por la LM. Una LM exitosa depende de la información y el apoyo brindado a la familia. Contribuye de manera positiva el haber sido atendida por una partera durante la gestación. Sin embargo, interfiere de manera negativa en su establecimiento y conservación la carencia de información y soporte, los hábitos sanitarios inapropiados y la poca formación de los profesionales. Se evidenció que las clases prenatales ejercidas por parteras incrementaron la prevalencia, la duración, la exclusividad y el establecimiento de la lactancia en mujeres que salieron del hospital. Por cuanto, se recomienda, facilitar fichas informativas sobre lactancia en las clases prenatales a los padres. No existe diferencias significativas de los motivos que causan el cese del amamantamiento en las madres que recibieron instrucción prenatal con las que no percibieron. (14)

Maria Pia de Carolis et. al. (Italia, 2014). En su artículo. “Programa de seguimiento individualizado y alta temprana en recién nacidos a término”, estudio transversal con una población 408 neonatos. Obtuvo como resultados que la tasa de lactancia materna fue del 90,6%, 75,2%, 41,5% a los 30, 90 y 180 días de vida, respectivamente. Se realizó una entrevista telefónica de seis meses para 383 recién nacidos (93.8%) y la satisfacción de los padres sobre el alta temprana fue alta en 345 casos (90.1%). Concluyendo que el alta temprana en asociación con un programa de seguimiento individualizado resultó segura para el recién nacido y efectivo para el inicio y la duración de la lactancia materna. (15)

Hellen Livia et. al. (Brasil, 2018). En su artículo. “Factors associated with adherence to the exclusive breastfeeding”, estudio transversal correlacional que tiene enfoque cuantitativo y su objetivo fue verificar la asociación entre variables maternas y lactancia materna exclusiva en una clínica ambulatoria de LM en el estado de Ceará, Brasil, se obtuvo una muestra de 354 puérperas. Se observó la práctica de la lactancia materna exclusiva, que mostró una disminución durante los primeros seis meses de vida del niño, después del sexto mes hubo una frecuencia de 1.1%. La mayoría de las mujeres eran jóvenes, mujeres de 20 a 30 años (46%), mujeres que amamantaron exclusivamente tenían pareja (79,9%), con buen nivel de escolaridad presentó un valor p de 0,413, multiparidad presentó un valor p de 0,001, y tenían seis o menos consultas prenatales en los centros de salud, valor p de 0,332. Hubo asociación significativa entre la multiparidad y las variables de lactancia materna exclusiva, presentándose como una variable protectora para esta práctica. La mayoría de las mujeres que amamantaron exclusivamente dijeron no haber recibido orientación sobre lactancia materna durante la atención prenatal (valor p de 0,350). (16)

Géssica S. Santana et. al. (Brasil, 2018). En su artículo, “Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review”. Tuvo como objetivo sintetizar información sobre los factores asociados con el mantenimiento de la lactancia materna durante 12 meses o más. Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Pubmed/Medline, Scielo y Lilacs, incluyendo artículos publicados en portugués o inglés desde 2004. Se identificaron 1174 artículos, de los cuales seleccionaron 19 artículos, que comprenden siete estudios de cohortes y 12 estudios transversales. Los factores con mayores

porcentajes de asociaciones fueron: niños cuyos padres son los cuidadores (100%), ningún tipo de exposición materna al humo (54%), hijos y / o padres son inmigrantes / extranjeros (50%), viven en áreas urbanas (42,9%), mayor edad materna (40%), mujeres casadas (37,5%), mayor nivel de educación materna (31,3%), mayor paridad (30,8%) y menores ingresos (30%). (17)

Juana María Aguilar-Ortega et. al. (España, 2019). En su artículo, “Adherence to initial exclusive breastfeeding among Chinese born and native Spanish mothers”. Se planteó como uno de sus objetivos evaluar la influencia de los factores biológicos, socioeconómicos, laborales y culturales en relación con la LME en mujeres de origen chino. Estudio descriptivo transversal con comparaciones entre grupos, incluyó 73 mujeres posparto (33 nacidas en China y 40 nativas españolas). Las mujeres nativas españolas mostraron una mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva (80%) en comparación con las mujeres inmigrantes China (36,4%) (ajustado por nivel socioeconómico, nivel de educación de los padres, edad, cesáreas y peso al nacer) (OR = 0,21; IC del 95% 0,05-0,91; con un valor $p=0,037$). Finalmente, la desigualdad entre ambos grupos se basa en las condiciones laborales, en las características culturales de las mujeres nacidas en China en España, y en su actitud general hacia la lactancia materna. (18)

Vera A.A.L. Silva et. al. (Brasil, 2019). En su artículo, “Aleitamento materno: indicadores e fatores associados à amamentação exclusiva num aglomerado urbano subnormal assistido pela Estratégia de Saúde da Família”. Estudio analítico transversal, basado en la base de datos de investigación "Desarrollo infantil en un grupo urbano subnormal (favela) de Recife, Pernambuco", se utilizaron cuatro indicadores de lactancia materna para entrevistar a madres de niños menores de 3 años, teniendo como muestra 310 niños. Se revisaron los factores socioeconómicos y ambientales de las familias, antecedentes obstétricos maternos y acceso a la atención básica de salud. La visita domiciliaria ($p=0,003$) y la edad materna ($p < 0,001$) prevalecieron como factores protectores, mientras que el uso del chupete fue un factor de riesgo para la menor prevalencia de LME ($r_s = 0,358$ [$p < 0,001$]). La prevalencia de la LM en la primera hora de vida (60,2%), la LME hasta los 6 meses (32,9%), la LM continuada al año (45,9%) y la LM continuada a los 2 años (35,9%). (19)

Esvástica Chhetri et. al. (India, 2018). En su artículo, “Factors affecting exclusive breastfeeding (EBF) among working mothers in Udupi taluk, Karnataka”. El objetivo fue estudiar los factores influyentes en la LME en mujeres que laboran, tomando esto como un obstáculo importante para la LME. El estudio tiene como población a madres con cualquier ocupación laboral, siendo 137 mujeres, y utilizan un cuestionario estructurado para la recolección de datos. En los resultados se obtuvo que la prevalencia de LME en madres que laboran es de 17.5%, aun cuando el 75% de ellas tenía un adecuado conocimiento de la LM y sus beneficios. El 52% no recibió beneficios laborales, entre otros obstáculos expuestos en el estudio. La razón más frecuente fue el retorno temprano al trabajo, post parto. El estudio concluye en que se necesita apoyo a las madres en el lugar en el que laboran para que de esta manera no se vea perjudicado la LME. (20)

Rosa Niño M. et. al. (Chile, 2012). En su artículo, “Factores asociados a la lactancia materna exclusiva”. Es un estudio descriptivo transversal, en el que se aplica una encuesta que contiene características sociodemográficas, información recibida sobre la LM, la duración y la apertura de la lactancia y finalmente las causas de destete. Con una muestra de 220 mujeres seleccionadas en las salas de espera de consultorios del sistema público y del privado. El documento utilizado desarrolla un área con variables socio dependientes, que evalúan características intervinientes en la duración de la lactancia materna, como: orientaciones recibidas sobre ventajas e importancia de la LM, momento en que recibió la información, principales fuentes de información ($p < 0,02$). Un 45,8% de madres mantuvo lactancia exclusiva hasta 6 meses, sin diferencias entre grupos. También se observó mayor escolaridad, primiparidad, cesáreas y trabajo fuera del hogar en sistema privado ($p < 0,02$). La lactancia exclusiva hasta los 6 meses se asoció con una lactancia previa exitosa (OR 5,4, 95% IC 2,2-13,2). (21)

Maria Antonieta de Barros et. al. (Brasil, 2007). En su artículo, “Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusiva em crianças menores de 4 meses, em botucatu – sp”. Estudio transversal, los datos fueron obtenidos en el día nacional de la multivacunación, y tuvo como objetivos identificar factores asociados a la lactancia materna exclusiva y los motivos presentados por las madres para la introducción de alimentos complementares en los

primeros 4 meses de vida. En este estudio tomaron variables obstétricas relacionadas a la asistencia de salud (paridad, tipo de parto, peso del niño, y local de nacimiento) con un valor de $p=0,505$ en cuanto a las dificultades con la lactancia y profesionales de la salud que ayudaron a superar el problema a la madre, fue 32,7%, seguida después por la abuela materna con 24,2%. La LME fue 38,0%, el 33,4% consumía leche de vaca; el 29,2% té y el 22,4% agua. (22)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Villarreal C et al. (Lima, 2020). En su artículo, “Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima centro”. Se empleó un balotario de preguntas para identificar los factores asociados a la LME, tales como el número de controles prenatales, asistencia a controles prenatales, y el amamantamiento a su bebe en los últimos 6 meses. El procesamiento estadístico de los datos se realizó con la finalidad de obtener los valores de Odds Ratio y las variables de asociación. Se encontró que el 77,85 % de las 140 madres encuestadas con menos de un año de lactancia, indicaron haber asistido a seis controles prenatales, siendo esta actitud que tuvo influencia estadísticamente significativa con la LME ($p: 0,012$). Además, se evidenció que el alumbramiento vaginal mantiene una estrecha relación significativa con la lactancia materna. Sin embargo, el empleo de leches fórmulas podría mostrarse como factor de riesgo ($p < 0,001$). (23)

Enciso P et al. (Lima, 2020). En su artículo “Factores relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en mujeres trabajadoras dependientes de una institución pública febrero - abril 2019”. Para lo cual empleó 58 mujeres que tenían hijos de 3 años, bajo un estudio observacional, descriptivo y transversal, con una selección no probabilística. Se usó una encuesta validada por juicio de expertos y medición de concordancia. Los resultados evidenciaron que las madres tenían entre 25 y 39 años de edad, de las cuales el 96.6% poseían estudios superiores, el 84.5% tenían pareja estable, el 55% eran madres primerizas y en el 50% sus hijos proceden de cesárea. Todas las madres presentaban un adecuado nivel de entendimiento sobre lactancia materna, mientras que el 29% habían cesado la LM y el 97% lo llevó a cabo hasta antes de los cuatro meses. Los motivos del desistimiento fueron: 38%

por el trabajo, 24.2% por la baja producción de leche. El 50% tiene una percepción negativa del apoyo familiar y el 79.3% de la parte laboral. Por cuanto, los factores del abandono de la LME fueron la percepción negativa de la ayuda del entorno laboral [OR:0.165 (IC 0.032-0,84), p valor: 0.019], mientras que los factores de familia y el conocimiento y orientación sobre LM facilitan la LME (OR: 2.30). (24)

Cornejo Valdivia, Ángela (Lima 2015). En su tesis, “Relación que existe entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses que acude al servicio de CRED de un centro de salud”. Es una investigación cuantitativa, de nivel aplicativo, usan el método correlacional, y tienen una muestra de 30 madres con sus niños de 6 meses que asisten a CRED. En uno de los instrumentos se utilizó una encuesta para medir la adherencia a la lactancia materna, con 10 ítems que refieren al tiempo y frecuencia de la lactancia materna. La validez del instrumento se verificó con el juicio de expertos que estuvo conformado por profesionales del área de Enfermería con vasta experiencia en el área de Pediatría, Neonatología e Investigación. Los datos se procesaron en una Tabla de Concordancia de Jueces Expertos para determinar la validez mediante la Prueba Binomial, donde “p” obtuvo un valor de 0.03 y la aplicación del coeficiente de correlación R de Pearson, que da validez de contenido, en cada uno de sus ítems dio $\geq 0,20$. Dentro del valor final de la variable adherencia a la LM se define como: hay adherencia si el niño solo recibió LM por 6 meses con 8 a más veces de amamantamiento diarios. Y no hay adherencia cuando la LM tuvo una duración de 5 meses o menos y con una frecuencia de 7 veces o menos. (25)

Jacqueline Quispecondori Quispe (Lima, 2012). En su tesis, “Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal: noviembre 2011 - enero 2012”. Estudio descriptivo transversal, se entrevistó 151 puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Los factores relacionados con el embarazo parto y postparto: los programas de preparación para el parto ($p=0,004$), la información previa sobre la LM ($p=0,001$), la estadía junto al recién nacido inmediatamente después del parto ($p=0,007$), el parto con acompañante ($p=0,037$) y la decisión previa al parto de dar LME a su recién nacido ($p=0,000$), todos ellos se asocian significativamente con el inicio de lactancia materna precoz. (26)

Roxana Rojas Bardales (Lima, 2014). En su tesis, “Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Centro de Salud Juan Pérez Carranza diciembre 2013 - febrero 2014”. Estudio descriptivo transversal, con una muestra de 299 recogen la información mediante una encuesta, y se obtiene que el principal motivo para el abandono recae principalmente en razones de carácter biológico (69%), leche materna limitada y grietas, razones de carácter social (27 %), trabajo, y el factor influencia de las malas prácticas hospitalarias (4%). Asimismo, se encontró que la mayoría de las “prácticas hospitalarias” facilitan el abandono de la LME, como la estancia hospitalaria prolongada y la desinformación acerca de las bondades de la lactancia. (27)

2.2. BASES TEÓRICAS

Lactancia Materna (28) (3)

Definición: La UNICEF, la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud recomiendan lactancia materna exclusiva por alrededor de 6 meses y complementada hasta alcanzar el segundo año. Esta alimentación básica del recién nacido y lactante es a través del seno materno, mediante ella se asegura la nutrición suficiente, equilibrada y adecuada a las necesidades nutricionales que requiere todo ser vivo en sus primeros meses de vida.

Importancia: Existe evidencia de los beneficios a corto y largo plazo durante la lactancia. Los beneficios mejor estudiados son los impactos sobre el desarrollo de los sistemas gastrointestinal e inmunológico, así como también la prevención de infecciones.

Beneficios neuroconductuales: La relación temprana entre madre y neonato, piel con piel, tiene grandes beneficios neuroconductuales a corto plazo y puede inducir otros aprovechamientos durante este período sensible de adaptación a la vida extrauterina. Asimismo, aumenta los niveles de glucosa en sangre y promueve una amplia estabilidad cardiorrespiratoria en niños prematuros tardíos.

Función gastrointestinal: La leche humana favorece el crecimiento, el desarrollo y la función adecuada del sistema gastrointestinal y contribuye en el desarrollo ideal de la microbiota. La lactancia materna temprana y exclusiva protege el sistema gastrointestinal del lactante del peligro a sustancias muy antigénicas.

En comparación con la fórmula, se ha demostrado que la leche humana:

- Disminuir el riesgo de gastroenteritis y enfermedades diarreicas
- Incrementar la tasa de vaciado gástrico
- Incrementar la actividad de la lactasa intestinal en bebés prematuros
- Aminorar la permeabilidad intestinal temprano en la vida de los bebés prematuros
- Limitar el riesgo de desarrollar enterocolitis necrosante (ECN) en bebés prematuros

Varios componentes de la leche humana estimulan el crecimiento y la motilidad gastrointestinales, incluidos los factores de crecimiento y los mediadores gastrointestinales. Otros factores son protectores y disminuyen el riesgo de ECN y otras infecciones, incluidas las inmunoglobulinas, el factor activador de plaquetas (PAF) acetilhidrolasa, los ácidos grasos poliinsaturados, el factor de crecimiento epidérmico y la interleucina. Además, la leche humana influye en el desarrollo óptimo de la microbiota, incluida la colonización intestinal neonatal por microbios beneficiosos de las especies *Bifidobacteria* y *Lactobacillus* en lugar de bacterias enteropatógenas potenciales, como estreptococos y *Escherichia coli*.

Prevención de enfermedades durante la lactancia

Tanto en países ricos en recursos como en países pobres en recursos, la leche humana, en comparación con la fórmula infantil, disminuye el riesgo de enfermedades agudas durante el período de tiempo en el que el bebé se alimenta con leche humana. La mayoría de estos beneficios están relacionados con la protección contra enfermedades infecciosas, como en gastroenteritis y diarrea, enfermedades respiratorias, otitis media, infección del tracto urinario, en el que se ha sugerido un mecanismo para esta protección, basado en las observaciones de que los lactantes amamantados tienen un mayor contenido de oligosacáridos, lactoferrina e IgA secretora en la orina en comparación con los lactantes alimentados con fórmula. También se disminuye el riesgo de desarrollar sepsis neonatal. La

lactancia materna exclusiva y la mayor duración de la lactancia materna confieren la mayor protección para el síndrome de muerte súbita del lactante.

En países de recursos bajos y medios, la lactancia materna reduce sustancialmente el riesgo de mortalidad infantil, así como también las tasas de hospitalización y visitas ambulatorias durante el primer año de vida.

Se han visto beneficios a largo plazo como una reducción en la incidencia de ciertas afecciones crónicas, como obesidad, diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, enfermedad cardiovascular en adultos, ciertas afecciones alérgicas, enfermedad celíaca, y enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

De igual manera se ha visto evidencia de beneficio moderado de la lactancia materna exclusiva como efecto protector sobre el desarrollo de diabetes tipo 1. También está asociada con una menor incidencia de sibilancias en la primera infancia. Esta asociación puede reflejar una reducción en el número de infecciones de las vías respiratorias superiores porque las infecciones son una causa importante de sibilancias en lactantes y niños pequeños, lo que no se asocia necesariamente con el desarrollo posterior de asma. Con respecto a la salud dental, la mal oclusión es más frecuente entre los niños que no son amamantados y además la LME reduce el riesgo de desarrollar caries dental en comparación con la alimentación con fórmula en biberón.

Se ha descrito efectos protectores para la leucemia, el asma atópica, el eccema, las alergias alimentarias, la obesidad, pero no están bien establecidos.

Composición nutricional (29) (2) (30)

La leche humana es una solución biológica viva que es de mayor complejidad que la suma de sus componentes nutricionales. La leche humana aparte de contener los macro y micronutrientes, también tiene células vivas, factores de crecimiento y sustancias inmunoprotectoras.

La mayoría de estos factores poseen resistencia a las enzimas digestivas en el tracto gastrointestinal del lactante y son biológicamente activos en las superficies mucosas.

- Actividad antimicrobiana: inmunoglobulinas (especialmente inmunoglobulina A secretora [IgA]), lisozima, lactoferrina, ácidos grasos libres y monoglicéridos, lipasa estimulada por sales biliares de leche humana, mucinas, glóbulos blancos, células madre, oligosacáridos de leche humana (actividades prebiótica y antimicrobiana). Estas acciones antimicrobianas ayudan a proteger contra infecciones gastrointestinales y de otro tipo, así como contra el desarrollo de enterocolitis necrosante (ECN).
- Actividad inmunomodulador: factor activador de plaquetas (PAF) acetilhidrolasa, interleucina 10, ácidos grasos poliinsaturados, glicoconjugados.

Factores que promueven el desarrollo y la función gastrointestinal: proteasas (enzimas que ayudan a digerir las proteínas), hormonas (p. ej., cortisol, somatomedina C, factores de crecimiento similares a la insulina, insulina y hormona tiroidea), factores de crecimiento (p. ej., factor de crecimiento epidérmico y crecimiento nervioso). factor), mediadores gastrointestinales (neurotensina, motilina) y aminoácidos que estimulan el crecimiento de los enterocitos (p. ej., taurina y glutamina).

Ventajas

Beneficio Materno

La lactancia materna proporciona beneficios para la salud de la madre durante la lactancia, así como más allá del período de lactancia. Los beneficios para la madre durante la lactancia incluyen:

Reducción del riesgo de pérdida de sangre posparto: mediante la actuación de la oxitocina, el comienzo de la lactancia materna poco después del parto favorece a que el útero vuelva a su dimensión estable antes del nacimiento y disminuye el peligro de disminución excesiva de sangre posparto.

Retraso en la reanudación de la ovulación: la lactancia materna exclusiva retrasa significativamente el regreso de la ovulación después del parto. El momento de la continuación de la ovulación varía y es dependiente de la frecuencia de la lactancia. Incluso entre las mujeres que amamantan exclusivamente, el retorno de la ovulación varía y no es predecible.

Cáncer: se ha demostrado que la lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de mama, de ovario y de endometrio.

Enfermedad cardiovascular: ha habido evidencia que la LME reduce el riesgo de hipertensión arterial a la edad de 40 a 49 años. De manera similar se encontró menores eventos cardiovasculares entre las mujeres que habían amamantado durante un total de dos años o más en su vida en comparación con aquellas que nunca habían amamantado.

Diabetes mellitus tipo 2: la lactancia se asocia con una mejor tolerancia a la glucosa y sensibilidad a la insulina. Además, se asocia con una reducción significativa del riesgo materno de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida.

Beneficio económico

La lactancia materna se asocia con importantes beneficios económicos tanto para la familia como para la sociedad. Las ventajas económicas se han estimado sobre la base de modelos económicos sólidos aplicados a nivel mundial.

Beneficio social

Un análisis global integral estimó que se podría evitar anualmente la siguiente cantidad de muertes si todos los bebés fueran amamantados siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que incluyen lactancia materna exclusiva durante seis meses.

El costo directo estimado para el sistema de atención de la salud debido a la diarrea y la neumonía infantiles y la diabetes tipo 2 materna se estimó en \$ 1.1 mil millones por año. La lactancia materna también tiene un beneficio ambiental al evitar el uso extensivo del agua necesaria para la producción y el consumo de fórmula infantil; residuos de plástico, papel y metal de biberones y materiales de envasado de fórmulas infantiles; y las emisiones de carbono asociadas con la producción, el envasado, el transporte y la preparación de la fórmula.

Beneficio familiar

Los ahorros en los costos de salud y el aumento de la productividad atribuibles a la lactancia materna se traducen en última instancia en un beneficio económico para la familia individual,

que varía ampliamente según la población. Asimismo, la familia evita el costo de la leche fórmula infantil, que oscila alrededor de \$1200 a \$2000 por año para un bebé en los Estados Unidos. En un análisis global, se estimó que el costo de la fórmula era un promedio del 6,1 % del salario de un hogar, con un porcentaje mayor entre las familias de bajos ingresos o en países de ingresos bajos y medianos.

Factores que influyen en la adherencia de la lactancia materna exclusiva (8)

Maternos: Inexperiencia en amamantamiento y madres primerizas, nivel de educación, gestación múltiple, irregularidades en las mamas: Pezones invertidos o planos, cirugía previa o enfermedad asociada en mama (incisiones periareolares, abscesos), periodo intergenésico prolongado.

Asistenciales: Escaso soporte del profesional de salud a la lactancia materna, alta precoz, parto por cesárea, ofrecimiento de leche en fórmula o uso de chupones.

Neonatales: Prematuridad, dado las restricciones funcionales propias de su condición, lo que lleva a una pobre succión, deformidad anatómicas craneofaciales: labio leporino, problemas neurológicos o neuromotores (síndrome de Down, disfunción de la succión), dificultad en el agarre de uno o ambos pezones, recién nacido somnoliento, lo que lleva a tomas infrecuentes, deposiciones infrecuentes o meconio persistente por más de cuatro días, orina menor a 5-6 veces al día, exceso de abrigo: aumenta pérdidas insensibles y con ello la depleción de agua.

Enfoques programáticos y recursos profesionales (33)

Hospital amigo del niño: la iniciativa Hospital amigo del niño describe 10 pasos que los hospitales y los médicos deben seguir para facilitar una lactancia materna exitosa. Estos incluyen asesoramiento a todas las mujeres embarazadas a partir del primer trimestre sobre los beneficios de la lactancia materna, cómo abordar cualquier inquietud y prácticas hospitalarias para fomentar el inicio de la lactancia materna.

Entorno de oficina favorable para la lactancia: varias organizaciones tienen recomendaciones sobre cómo hacer que las prácticas de oficina sean más favorables o "amigables" para las madres que amamantan. Hay datos que indican que este tipo de cambios a nivel de la práctica pueden mejorar las tasas de inicio y duración de la lactancia materna.

Apoyo profesional para madres que amamantan: Las madres deben ser conscientes de todas las formas en que pueden recibir ayuda profesional en el momento cuando y si encuentran un problema con la lactancia. La ayuda oportuna es crucial antes de que ella o el bebé desarrollen una condición médica y/o antes de que comience a tomar suplementos cuando no es médicamente necesario o deja de amamantar por completo. El apoyo profesional incluye:

- Los médicos en una variedad de campos médicos pueden desarrollar experiencia especial en medicina de la lactancia materna, a través la educación y la capacitación con las siguientes organizaciones: Sección de lactancia materna de la academia estadounidense de pediatría, Academia de Medicina de lactancia materna.
- Consultores de lactancia certificados por la junta internacional, requiere cursos de ciencias de la salud de nivel universitario, más de 90 horas de educación específica sobre lactancia, registro de 300 a 1000 horas de práctica clínica y la finalización satisfactoria de un examen basado en criterios ofrecido por una junta internacional independiente de examinadores.
- Consejeras de lactancia: para las familias con inquietudes básicas sobre la lactancia, una consejera de lactancia certificada o una educadora de lactancia certificada pueden proporcionar orientación sobre la lactancia.
- Las visitas domiciliarias de una enfermera o una partera con experiencia en lactancia materna pueden ayudar a superar algunos de los desafíos iniciales con la lactancia materna.
- Programas integrales de seguimiento posparto: estos programas están disponibles en algunos sistemas de atención médica e incluyen enfermeras, especialistas pediátricos, obstetras, consultores de lactancia y, a veces, psicólogos. Esta atención integral ha demostrado ser prometedora para ayudar a las nuevas madres y familias a tener un buen comienzo.
- Asistencia telefónica para la lactancia está disponible en líneas directas como la Línea de ayuda de la Oficina Nacional para la Salud de la Mujer.

Evaluación clínica inicial y apoyo

Todas las madres deben tener una evaluación inicial y una discusión por parte de un médico con experiencia en lactancia. Puede ser un obstetra o una partera, un médico general o un

médico de familia, un pediatra o un especialista en lactancia. Idealmente, esta evaluación y asesoramiento deberían ocurrir en varios puntos durante la atención prenatal y reforzarse en las visitas prenatales tardías o posnatales tempranas.

Evaluación inicial: la evaluación inicial consiste en evaluar el conocimiento de la madre sobre la lactancia, identificar los factores de riesgo psicosociales y fisiológicos de los problemas de la lactancia y brindar educación personalizada para reducir estos riesgos.

- **Evalúe el conocimiento y las preocupaciones de la madre:** para iniciar la consejería, es útil comenzar con una pregunta abierta como "¿Qué ha escuchado sobre la lactancia materna?" o "¿Cuáles son sus pensamientos acerca de la lactancia materna?" en lugar de preguntar "¿Cómo planeas alimentar a tu bebé?" Las preguntas abiertas ayudan a determinar el nivel de conocimiento, comodidad y autoeficacia de la madre con respecto a la lactancia materna, de modo que la educación se asemeje más a una conversación adaptada a las experiencias y necesidades previas de la madre. Evaluar la comprensión de la madre sobre la lactancia materna e identificar las preocupaciones comunes sobre la lactancia, como el dolor o la preocupación por la leche insuficiente, es decir, "suministro de leche insuficiente percibido", puede ayudar al médico a enfocar el asesoramiento y el apoyo.
- **Identifique a las madres en riesgo de tener problemas con la lactancia: Examen de los senos,** puede identificar características anatómicas que predicen un mayor riesgo de problemas con la lactancia. Las mujeres con estas características y sus bebés deben recibir apoyo y seguimiento adicionales durante el inicio de la lactancia. **Otros factores de riesgo anatómicos:** las evaluaciones prenatales de los senos son útiles para identificar a las mujeres con otras afecciones anatómicas que pueden afectar el agarre o el suministro de leche, como tejido cicatricial, cirugías previas o pezones planos o invertidos.

Apoyo durante el inicio de la lactancia: la mayoría de las madres producen suficiente leche para sus bebés si cuentan con la educación y el apoyo adecuados. Para optimizar el suministro de leche y promover la lactancia materna directa, los objetivos clave son:

- Evitar la suplementación con fórmula a menos que sea médicamente necesario

- Alimentación y vaciado frecuente del seno (incluida la extracción manual si es necesario)

Para lograr estos objetivos, las prácticas recomendadas incluyen contacto piel a piel inmediato después del nacimiento, alimentación en la primera o segunda hora, alojamiento conjunto con el bebé las 24 horas para captar cada señal de alimentación, trabajando para lograr un ambiente cómodo. Se debe alentar a las madres a que pidan ayuda y asistencia práctica con el posicionamiento y la resolución de problemas, como el dolor en los pezones.

Supervisión médica postnatal

La frecuencia de seguimiento en las díadas de madre e hijo que amamantan deben tener un seguimiento frecuente con un médico hasta que la lactancia esté bien establecida. Para aquellas que parecen haber iniciado efectivamente la lactancia materna en el hospital y no tienen factores de riesgo de problemas de lactancia, el seguimiento de rutina en el consultorio de atención primaria puede ser suficiente. La visita inicial depende de la duración de la hospitalización del nacimiento, pero generalmente debe realizarse dentro de las 48 horas posteriores al alta. El momento de las visitas de seguimiento posteriores depende de la alimentación del bebé y de los factores de riesgo, como la prematuridad o cualquier otro problema médico. Es posible que algunos bebés necesiten ser vistos una o más veces antes de la visita de rutina de dos semanas.

Los pacientes con cualquier problema con la lactancia y/o un aumento de peso deficiente del bebé deben ser vistos con más frecuencia y pueden beneficiarse de la asistencia profesional en lactancia, como un médico especialista en lactancia o un especialista en lactancia.

Apoyo para el mantenimiento de la lactancia materna

Apoyo para mantener el suministro de leche: Todas las madres lactantes necesitan una técnica para extraerse la leche, ya sea a mano o con un extractor de leche manual o eléctrico, en caso de que alguna vez se separen de su bebé. En general, el mantenimiento del suministro requiere señalización frecuente de los senos, ya sea con tomas frecuentes o con extracción de leche. Se debe instruir a las madres para que se extraigan al menos una vez cada vez que el bebé se alimenta con algo que no sea su leche materna o en su ausencia. Si su suministro está disminuyendo, aumentar la frecuencia y la cantidad de lactancia y/o la extracción de leche

durante uno o dos días generalmente aumentará la producción de leche dentro de las 24 a 48 horas, de manera similar a cuando un bebé se alimenta con más frecuencia durante un período de crecimiento acelerado.

Apoyo general para la lactancia materna continua: Las recomendaciones de alimentación infantil son lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, seguida de lactancia materna continua con la introducción de alimentos complementarios durante al menos un año (o dos años según la Organización Mundial de la Salud). Sin embargo, muchas madres no pueden cumplir estos objetivos.

Para mantener una relación terapéutica positiva y evitar infundir culpa, las discusiones deben ser libres de prejuicios, centradas en la resolución de problemas y reconocer que muchas mujeres no pueden cumplir con las recomendaciones.

Regreso al trabajo: El regreso al trabajo es una barrera conocida tanto para el inicio de la lactancia materna como para la duración de la lactancia continua. Las madres deben recibir orientación anticipada sobre estrategias para continuar amamantando mientras trabajan, extraer leche y extraerse la leche, conocer las leyes y adaptaciones del lugar de trabajo y comprender las soluciones para la extracción y la extracción en diferentes tipos de entornos laborales. La guía sugerida para las madres que planean regresar al trabajo incluye:

- Sugiera un regreso gradual al trabajo, como comenzar al final de la semana y luego tener el fin de semana para recuperarse y solucionar cualquier inquietud, o trabajar a tiempo parcial durante un período de tiempo.
- Asegúrese de que tenga una forma eficaz y eficiente de extraerse la leche materna. Un extractor de leche eléctrico dual de alta calidad es ideal pero no obligatorio. Es posible que algunas mujeres no tengan acceso a tomas de corriente en el lugar de trabajo o a un extractor de leche costoso y pueden tener éxito con extractores manuales y/o extracción manual; la madre deberá consultar con su compañía de seguros para ver qué hay disponible y qué está cubierto.
- Anímela a comunicarse con su supervisor para discutir planes sobre dónde y con qué frecuencia necesitará extraerse la leche.

- Guíela para que se extraiga la leche al menos una vez cada vez que el bebé se alimenta cuando ella no está.
- Sugíerale que tenga cerca una manta que huela a su bebé y una foto o un video de su bebé para ver cuando se extrae la leche para ayudar a desencadenar el reflejo de la bajada de leche.
- Asegúrese de que conozca las pautas actuales para el almacenamiento de leche. Recomiéndele que comience con anticipación a acumular un suministro de leche materna extraída para algunos días para almacenar en el congelador en caso de emergencia. Cuando sea posible, se debe usar leche materna fresca refrigerada (extraída el día anterior) sobre leche materna congelada porque esto ayuda a preservar algunas de las propiedades beneficiosas de la leche materna, incluidos algunos de los componentes celulares vivos que ayudan a prevenir infecciones. La composición de la leche materna cambia a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo del bebé, y el uso de leche fresca refrigerada asegura que el bebé reciba la leche que la madre produce específicamente para ese período de tiempo.
- Remítala a otros recursos locales y grupos de apoyo para madres trabajadoras.

ENDES (35)

La ENDES permite conocer la dinámica demográfica, el estado de salud y nutrición de las madres y sus menores hijos, brinda información sobre la condición de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y sus factores de riesgo asociados, fecundidad, anticoncepción y salud familiar. Además, nos da información sobre el acceso de la población a los servicios de salud, a los diagnósticos y tratamientos, toda esta información es relevante para los programas de salud y población del estado peruano.

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- Lactancia materna exclusiva: Alimentación del lactante con leche materna exclusiva, sin ningún suplemento sólido o líquidos durante los primeros 6 meses de edad,

exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

- Edad de la madre: Años de vida que presenta la madre al momento de la investigación.
- Estado civil: Situación actual en registro civil, donde se determina si la persona tiene un cónyuge o no.
- Lugar de residencia: Lugar donde la persona reside según la geografía del Perú.
- Paridad: Dato de partos previos de la madre.
- Tipo de parto: Referido a parto vaginal y cesárea que dan término a la etapa de gestación, para que se logre el nacimiento.
- Número de controles prenatales: Conjunto de actividades sanitarias que han recibido las madres durante su gestación por parte del personal de salud.
- Le enseñaron como acondicionar pezones para lactancia materna: Consejería sobre la técnica de lactancia materna por parte del personal de salud.
- Le enseñaron como amamantar a su bebe: Asesoramiento y transferencia de conocimientos sobre la óptima técnica para la lactancia materna, brindada por los profesionales de salud.
- Capacitación sobre lactancia materna: Información y entrenamiento entregado por el personal de salud sobre la óptima técnica para la lactancia materna.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

Hipótesis general

1. Los factores de estudio están asociados a la adherencia de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú según la encuesta nacional ENDES del año 2019.

Hipótesis específicos

1. Los factores sociodemográficos están asociados a la adherencia de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú.
2. Los factores ginecoobstétricos están asociados a la adherencia de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú.
3. Los factores educativos están asociados a la adherencia de lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú.

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

Variable dependiente

- Lactancia materna exclusiva

Variables independientes

Factores sociodemográficos:

- Edad de la madre
- Estado civil
- Lugar de residencia

Factores ginecoobstétricos:

- Paridad

- Tipo de parto
- Número de controles prenatales

Factores educativos:

- Le enseñaron como preparar pezones para lactancia materna
- Le enseñaron como darle el pecho a su bebe
- Capacitación sobre lactancia materna

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio fue observacional porque no se realizó intervención ni manipulación de las variables, retrospectivo ya que los datos fueron recolectados de la base de datos de la ENDES 2019, analítico debido a que se buscó asociación entre las variables de estudio y de corte transversal porque se tomó la documentación de la muestra consignada en un punto específico en el tiempo.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por todas las madres en edad fértil residentes en el Perú durante el año 2019. La muestra a usarse en el presente estudio fue constituida en su totalidad por la muestra del ENDES 2019, la cual tiene un marco muestral constituido por información estadística y cartográfica proveniente de los censos nacionales XI poblacionales y VI de vivienda del año 2007 y la actualización SISFOH 2012-2013, y el material cartográfico actualizado, el cual se actualiza previamente en la cartografía y en un registro de edificios y viviendas.

4.2.1. TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño de la muestra de la ENDES 2019 (anual) es de 36 mil 760 viviendas. Corresponden: 14760 viviendas al área sede (capitales de departamento y los 43 distritos que conforman la provincia de Lima), 9340 viviendas al resto urbano y 12660 viviendas al área rural.

Al ejecutar la fusión de las bases de datos respectivas, se recabó un tamaño de muestra de 4212 mujeres en edad fértil, cuyas edades abarcan de 15 a 49 años.

4.2.2. TIPO DE MUESTREO

La muestra se caracterizó por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural.

4.2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión

Todas las mujeres peruanas en edad fértil de 15 a 49 años que tienen un hijo menor a 6 meses de edad al momento de llevarse a cabo la encuesta ENDES 2019.

Criterios de exclusión

Mujeres en edad fértil que no respondieron completo el Cuestionario Individual de la encuesta ENDES 2019.

Mujeres en edad fértil que no respondieron completo el Cuestionario De Salud de la encuesta ENDES 2019.

Mujeres en edad fértil que no respondieron completo el módulo de Lactancia Materna Exclusiva de la encuesta ENDES 2019.

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición	Instrumento
LME	Alimentación del lactante con leche materna exclusiva, sin ningún suplemento sólido o líquidos durante los primeros 6 meses de edad, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.	Dependiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Verificar en la encuesta	Si LME No LME	ENDES 2019
Edad de la madre	Años de vida que presenta la madre al momento de la investigación.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Verificar en la encuesta	< 30 años ≥ 30 años	ENDES 2019
Estado civil	Situación de estado civil de la madre, donde se determina si la persona tiene un cónyuge o no.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	Casada No casada	ENDES 2019
Lugar de residencia	Lugar en el que la persona habita según la geografía del Perú.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	Urbana Rural	ENDES 2019
Paridad	Dato de partos previos de la madre indicado en la encuesta.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	Primípara Multípara	ENDES 2019
Tipo de parto	Referido a parto vaginal y cesárea que dan término a la etapa de gestación, para que se logre el nacimiento.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	Vaginal Cesárea	ENDES 2019
Número de controles prenatales	Conjunto de actividades sanitarias que han recibido las madres durante su embarazo por parte del personal de salud.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Verificar en la encuesta	< 6 controles ≥ 6 controles	ENDES 2019
Le enseñaron como preparar pezones para lactancia materna	Consejería sobre la técnica de lactancia materna brindada por personal de salud a la madre realizada en alguno de sus controles.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	No Si	ENDES 2019
Le enseñaron como darle el pecho a su bebe	Consejería sobre la técnica de lactancia materna brindada por personal de salud a la madre realizada en alguno de sus controles	Independiente	Cualitativa	Nominal	Verificar en la encuesta	No Si	ENDES 2019
Capacitación sobre lactancia materna	Charla, enseñanza sobre lactancia materna entregado por el personal de salud para la óptima técnica de lactancia materna.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	No Si	ENDES 2019

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se ingresó a la página web oficial del INEI, en la opción “Microdatos” <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>. Después se ingresó a la sección de “Consulta por encuesta” donde se seleccionó la Encuesta demográfica y de salud familiar 2019, luego se seleccionó y se descargaron las bases de datos correspondientes que contenían las variables pertinentes y necesarias para la ejecución del análisis para someter a prueba las hipótesis planteadas. Se depuraron cada base de datos seleccionada dejando solo las variables de interés para el análisis estadístico y las variables de identificación claves. Se unieron las bases de datos depuradas y se formó una nueva base de datos, la cual contendrá todas las variables necesarias para la ejecución del estudio.

Para el presente trabajo se asumió que adherencia a la lactancia materna exclusiva se evaluó con la siguiente pregunta de la ENDES: ¿Durante los 6 primeros meses de vida, (NOMBRE) recibió solo leche materna sin incluir otros alimentos ni líquidos?, en que se lee inmediatamente: Se entiende por lactancia materna exclusiva al consumo de solo leche materna durante los 6 primeros meses de vida, incluso si le dio leche extraída de otra mujer, sales de rehidratación oral (SRO), vitaminas, minerales y medicinas. No considere el consumo de otro alimento o bebida, tampoco el agua (agüitas, mates, caldos, juguitos de fruta, chapo), dado que la ENDES no especifica adherencia como tal, se contrastó con la definición del keyword del National Library of Medicine que define a la lactancia materna exclusiva como: Alimentación del lactante con leche materna exclusiva, sin ningún suplemento sólido o líquidos durante los primeros 6 meses de edad, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes. Se tomó la pregunta del módulo QI440B de la ENDES que equivale a esta definición para la investigación. La variable dependiente se encontró en el archivo de datos REC94.

Las variables independientes se encontraron en los archivos de datos REC0111, RE516171, REC0111, RE223132, REC41, REC41, REC94, de los módulos V012, V501, V025, V201, M17, M14, S411K, S411L, S441. En todas las bases de datos se trabajó con el identificador CASEID de la ENDES, para finalmente formar el archivo con todas las variables de la

investigación, además de eliminar los datos perdidos dado por el cálculo del factor de ponderación, quedando una muestra de 4212.

4.5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La base de datos fue descargada de la página web del INEI en formato SPSS versión 26.0 como se explicó en la sección previa, asimismo, el análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS. Para las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencias y contingencia. Para la verificación de asociaciones se utilizó la prueba F corregida correspondiente a muestras complejas. En el análisis inferencial, la asociación de los factores se evaluó por la razón de prevalencia cruda (RPC) y por medio del modelo de regresión de Poisson con varianza robusta se calculó la razón de prevalencia ajustada (RPa), con sus respectivos IC de 95%, con una significancia $p < 0,05$ y se elaboró el análisis CSPLAN en SPSS versión 26 para muestras complejas de acuerdo al diseño de la muestra y considerando el factor de ponderación, para obtenerlo se utilizó el factor mujer representado por V005 que se encuentra en el módulo REC0111 de la base de datos, de esta manera para el plan del diseño muestral (muestras complejas) se consideró las variables V001: conglomerado, V022: estrato, peso=V005/1000000. Para el contraste de las prevalencias de LME para el año 2019 con respecto al año 2004, 2014 y 2018 se empleó la prueba binomial exacta para bondad de ajuste.

Se generó un mapa en ArcGIS con la distribución de las prevalencias de LME por departamentos.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los entrevistadores recolectaron información del entrevistado, a quien previamente solicitaron su participación y consentimiento. Se garantizó la confidencialidad de la información brindada.

La presente investigación fue registrada en el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (INICIB) y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

La muestra la conformaron 4 212 mujeres residentes de Perú, en edad fértil, entre 15 y 49 años y con un hijo menor de 6 meses. La prevalencia de LME en Perú fue 67,3%, IC 95%: 65,8-68,7, coeficiente de variación: 1,6 (Tabla 1), predominando los porcentajes más altos en los departamentos de Loreto, Ucayali, Huánuco, Huancavelica, Ayacucho y Apurímac (Figura 1). Respecto a los factores sociodemográficos predominaron el estado civil no casada 79,6% y el lugar de residencia urbano 66,8%. Los factores ginecoobstétricos más frecuentes fueron mujeres multíparas 71,2%, tipo de parto vía vaginal 82,3% y número de controles prenatales \geq de seis 90,2%. En relación a los factores educativos, aquellas mujeres que les enseñaron cómo preparar pezones para la LM y cómo darle pecho a su bebe fueron 82,0% y 83,3%, respectivamente. Aquellas que recibieron capacitación sobre LM fueron 73,6%. El coeficiente de variación para cada variable fue menor al 15% lo que significa que la cantidad de la muestra es óptima (Tabla 2). En la tabla 3, en relación al factor sociodemográfico lugar de residencia rural se obtuvo un valor de p: 0,000; respecto al factor ginecoobstétrico primiparidad y tipo de parto vía vaginal tuvieron un valor de p: 0,000 y p: 0,001, respectivamente. Y en cuanto a los factores educativos, de enseñanza de cómo preparar pezones para LM, enseñanza de cómo darle pecho a su bebe y capacitación sobre LM, se obtuvo un valor de p: 0,000 para todas estas variables.

Mediante la prueba binomial exacta para bondad de ajuste se encontró un valor de p de 0,351 entre la prevalencia de LME del año 2018^[14] y la prevalencia del año 2019. Para el contraste de prevalencias del año 2004 y 2019 se encontró un valor de p de 0,000; y entre la prevalencia del año 2014 y 2019 se obtuvo un valor de p de 0,260 (Tabla 6).

Tabla 1. Prevalencia de LME en mujeres en edad fértil del Perú, ENDES-2019.

Variable	n	%	IC al 95%		Coeficiente de variación
			LS	LI	
LME	2836	67,3	65,8	68,7	1,6

Fuente: ENDES 2019.

Tabla 2. Factores sociodemográficos, ginecoobstétricos y educativos en mujeres del Perú, ENDES-2019.

Factores asociados	n	%	Coefficiente de variación
Sociodemográficos			
Edad			
< 30 años	2 068	49,1	1,8
≥ 30 años	2 144	50,9	1,8
Estado civil			
Casada	861	20,4	2,9
No casada	3 352	79,6	1,4
Lugar de residencia			
Rural	1 397	33,2	2,1
Urbano	2 815	66,8	1,5
Ginecoobstétricos			
Paridad			
Primípara	1 214	28,8	2,4
Múltipara	2 998	71,2	1,5
Tipo de parto			
Vaginal	3 465	82,3	1,4
Cesárea	747	17,7	3,3
Número de controles prenatales			
< 6 controles	414	9,8	4,4
≥ 6 controles	3 799	90,2	1,3
Educativos			
Le enseñaron cómo preparar pezones para lactancia materna*			
Si	3 412	82,0	1,4
No	747	18,0	3,3
Le enseñaron cómo darle el pecho a su bebe*			
Si	3 464	83,3	1,4
No	696	16,7	3,4
Capacitación sobre lactancia materna			
Si	3 102	73,6	1,5
No	1 110	26,4	2,8

Fuente: ENDES 2019.

*Se excluyeron las respuestas con No sé

Tabla 3. Factores asociados a lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil que tienen un hijo menor a 6 meses. ENDES 2019

Factores	Lactancia Materna				F corregida	p valor
	Exclusiva					
	Si LME	No LME	Abs	%		
	Abs	%	Abs	%		
Edad						
<30 años	1398	49,3	671	48,7	0,142	0,706
≥30 años	1438	50,7	706	51,3		
Estado civil						
Casada	574	20,2	286	20,8	0,204	0,652
No casada	2262	79,8	1090	79,2		
Lugar de residencia						
Rural	1071	37,8	326	23,7	103 629	0,000
Urbano	1765	62,2	1050	76,3		
Paridad						
Primípara	763	26,9	451	32,8	20 140	0,000
Múltipara	2073	73,1	925	67,2		
Tipo de parto						
Vaginal	2368	83,5	1097	79,7	10 105	0,001
Cesárea	468	16,5	279	20,3		
Número de controles prenatales						
< 6 controles	293	10,3	121	8,8	2 908	0,088
≥ 6 controles	2544	89,7	1255	91,2		
Le enseñaron como preparar pezones para lactancia materna*						
Si	2334	83,6	1077	78,8	16 622	0,000
No	458	16,4	289	21,2		
Le enseñaron como darle el pecho a su bebe*						
Si	2367	84,7	1097	80,2	14 970	0,000
No	426	15,3	270	19,8		
Capacitación sobre lactancia materna						
Si	2143	75,6	959	69,7	17 532	0,000
No	693	24,4	417	30,3		

Fuente: ENDES 2019.

*Se excluyeron las respuestas con No sé

El factor sociodemográfico lugar de residencia rural (RPc: 1,22; IC95%: 1,17-1,27), los factores ginecoobstétricos multiparidad (RPc: 1,10; IC95%: 1,05-1,16) y tipo de parto

Tabla 4. Análisis bivariado de factores asociados a LME en mujeres del Perú, ENDES-2019.

Factores	RPc	IC al 95%		Valor de P
		LI	LS	
Edad				
≥30 años	0,99	0,95	1,04	0,730
<30 años	Ref.			
Estado civil				
Casada	0,99	0,94	1,04	0,681
No Casada	Ref.			
Lugar de residencia				
Rural	1,22	1,17	1,27	0,000
Urbano	Ref.			
Paridad				
Múltiparas	1,10	1,05	1,16	0,000
Primíparas	Ref.			
Tipo de parto				
Vaginal	1,09	1,03	1,16	0,003
Cesárea	Ref.			
Número de controles prenatales				
≥6 controles	0,95	0,89	1,01	0,117
<6 controles	Ref.			
Le enseñaron cómo preparar pezones para lactancia materna				
Si	1,12	1,05	1,19	0,000
No	Ref.			
Le enseñaron cómo darle el pecho a su bebe				
Si	1,12	1,05	1,19	0,000
No	Ref.			
Capacitación sobre lactancia materna				
Si	1,11	1,05	1,17	0,000
No	Ref.			

IC: Intervalo de confianza, LI: Límite inferior, LS: Límite superior, RPc: Razón de prevalencia cruda

Fuente: ENDES 2019.

vaginal (RPc: 1,09; IC95%: 1,03-1,16), y los factores educativos enseñanza de cómo preparar pezones para la lactancia materna (RPc: 1,12; IC95%: 1,05-1,19), enseñanza de cómo darle el pecho a su bebe (RPc: 1,12; IC95%: 1,05-1,19) y la capacitación sobre LM (RPc: 1,11; IC95%: 1,05-1,17) estuvieron asociados significativamente a LME. Respecto a la edad de la madre, estado civil y número de control prenatal no se encontró una asociación con la no

LME, pues el valor p es mayor al 0.05. Así mismo, el intervalo de confianza del RP contiene la unidad IC95%:0.95-1.04, IC95%:0.94-1.04, IC95%:0.89-1.01, respectivamente (Tabla 4).

Tabla 5. Análisis multivariado de factores asociados a LME en mujeres del Perú, ENDES-2019

Factores asociados	RPa	IC al 95%		Valor de P
		LI	LS	
Lugar de residencia				
Rural	1,14	1,10	1,19	0,000
Urbano	Ref.			
Paridad				
Múltipara	1,08	1,03	1,12	0,000
Primípara	Ref.			
Tipo de parto				
Vaginal	1,03	0,98	1,08	0,275
Cesárea	Ref.			
Le enseñaron cómo preparar pezones para lactancia materna				
Si	1,07	0,99	1,15	0,074
No	Ref.			
Le enseñaron cómo darle el pecho a su bebe				
Si	0,99	0,92	1,06	0,672
No	Ref.			
Capacitación sobre lactancia materna				
Si	1,02	0,97	1,08	0,380
No	Ref.			

IC: Intervalo de confianza, LI: Límite inferior, LS: Límite superior, RPa: Razón de prevalencia ajustada

Fuente: ENDES 2019.

En el análisis multivariado se obtuvo que sólo el factor sociodemográfico lugar de residencia rural (RPa: 1,14; IC95%: 1,10-1,18) y el factor ginecoobstétricos multiparidad se asociaron significativamente a LME (RPa: 1,08; IC95%: 1,03-1,12) (Tabla 5).

Tabla 6. Prueba binomial exacta para bondad de ajuste en cuanto a la evolución de la LME en el Perú.

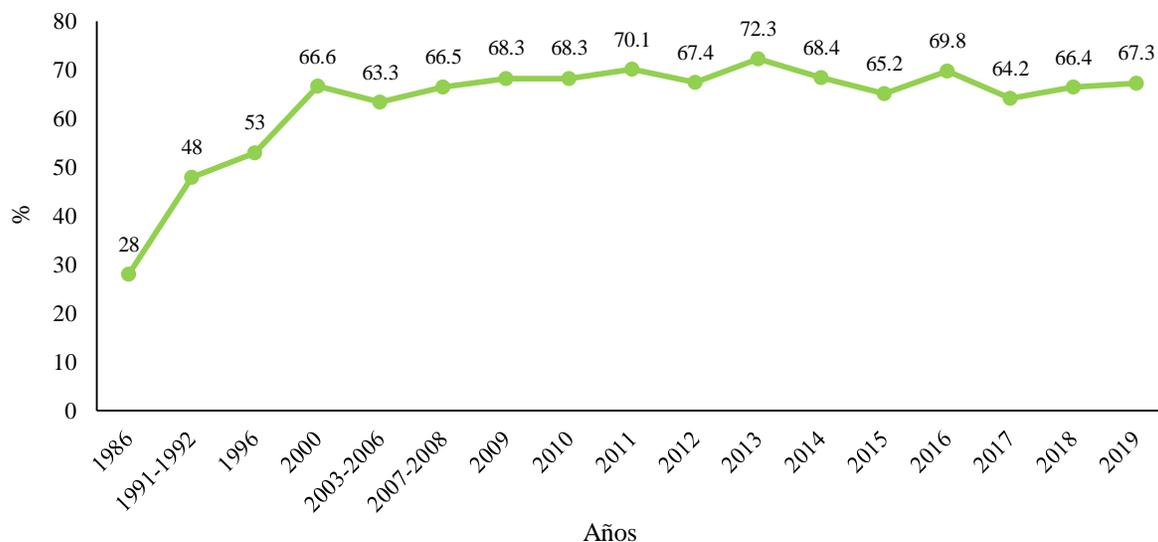
Año vs 2019	Valor P
2004	0,000
2014	0,260
2018	0.351

Fuente: ENDES 2019.



Fuente: ENDES 2019.

Figura 1. Prevalencia por departamentos de la LME en mujeres del Perú, ENDES-2019



Fuente: UNICEF, ENDES

Figura 2. Porcentaje de lactantes de 0 a 6 meses que reciben LME.

5.2. DISCUSIÓN

La LME es fundamental en distintos ámbitos para el bienestar materno infantil; es un instrumento esencial para contrarrestar diversos problemas como la pobreza, promover el crecimiento económico y reducir las desigualdades. A pesar de conocerse todos los beneficios de su práctica, a nivel mundial sólo se incrementó la prevalencia de 24,9% a 43% en lactantes menores de seis meses que recibieron LME entre los años de 1995 y 2015 y para el año 2017 se obtuvo una prevalencia de 40%, estando aún distante del objetivo de la OMS que es aumentar al menos a un 50% la tasa de LME para el año 2025^[15,17].

En el presente estudio se encontró una prevalencia de 67,3% de LME en el Perú, observamos que estamos cercanos al objetivo del milenio dado por la Asamblea Mundial de la Salud que aprobó aumentar la tasa de LME al 70% para el año 2030. Se evidenció una variación estadísticamente no significativa entre la prevalencia de LME del año 2014 y 2018 con respecto al año 2019. Y se observó una variación estadísticamente significativa entre la prevalencia de LME del 2004 con el año 2019.

En el Perú, según la ENDES 2018, la prevalencia de LME en área rural fue 79,6% y en área urbana 61,2%. En nuestro trabajo, encontramos que, hay mayor prevalencia de LME, 78,9% a 90,6%, en los departamentos con mayor porcentaje de área rural, como Loreto, Ucayali, Huancavelica, Ayacucho, Apurímac y Huánuco frente a los departamentos con mayor área urbana como Lima, Lambayeque, Arequipa y la provincia constitucional del Callao con 40,2% a 51,6% (Figura 1)

La evolución de la LME en el Perú ha sido satisfactoria, pero no lineal, ya que se observó que la tasa de LME aumentó en los últimos 15 años. Satisfactoriamente a lo largo de los años se ha contado con la capacitación de los trabajadores sanitarios y el incremento en las certificaciones de los hospitales con la “Iniciativa Establecimientos amigo de la madre y el niño”, dados por la OMS y la UNICEF, también se ha contado con una correcta reglamentación del plan estratégico de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, que garantizó la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, y a la reevaluación de los hospitales que habían obtenido el certificado de la iniciativa ^[18]. En el último quinquenio y en el año 2018, la tasa de LME se ha visto sostenida.

Además, es importante tomar en cuenta que la economía peruana ha experimentado un desarrollo económico desde que inició el nuevo siglo. Entre el 2002 y el 2013, el Perú fue uno de los países de crecimiento más acelerado en América Latina, con una tasa de crecimiento del PBI de 6.1% anual. El índice de pobreza cayó, de 52.2% en el 2005 a 26.1% en el 2013 y la pobreza extrema decreció, de 30.9% a 11.4% durante ese mismo período^[19], por lo que el presupuesto para la aplicación de la normativa existente para la alimentación de los lactantes se reforzó^[18].

En esta investigación, con respecto al análisis bivariado, los factores sociodemográficos, ginecoobstétricos y educativos asociados a LME fueron lugar de residencia rural, ser múltipara, tipo de parto vaginal, enseñanza de preparar pezones para LM, enseñanza de cómo dar el pecho a su bebe y la capacitación sobre LM.

La edad materna mayor de 30 años^[20], el estado civil casada^[8], el tipo de parto por vía vaginal, el NCP mayor a seis, la enseñanza de cómo preparar pezones para LM, la enseñanza de cómo

darle el pecho a su bebe o la capacitación sobre LM, son potenciales factores asociados a la LME^[21] sin embargo, no pudieron ser comprobados estadísticamente en este estudio.

Sin embargo, al realizar el análisis multivariado sólo persistió asociación de la LME con el factor sociodemográfico lugar de residencia rural y el factor ginecoobstétrico multiparidad. Con respecto al lugar de residencia se halló una asociación significativa con la LME, obteniéndose RPa: 1,14; IC95%:1,10-1,18, p: 0,000 en aquellas mujeres que tienen lugar de residencia rural. En el año 2018, Santana et al^[22] en su revisión sistemática encontró tres estudios realizados en países de ingresos económicos medios, como Brasil, en los cuales las mujeres que habitan en área urbana representan un factor que incrementa la probabilidad para mantener la LM por 12 meses; y en países de altos ingresos las mujeres que habitan en zona urbana reflejan un patrón positivo para el mantenimiento de la LM, esta discrepancia podría ser explicada por las diferencias culturales y el nivel adquisitivo del país donde se encuentren. En Ecuador, Rivera et al^[23] reporta que la proporción de niños que accedieron a la LME fue mayor en el área rural (58%) en contraste con niños del área urbana (35%).

En el estudio de Mateus et al^[24] en mujeres de Cali-Colombia, se observó que la incidencia de abandono de la LME fue de 75% a los 44 días (IC95%: 35,0-48,0) de nacer su bebé, y solo el 30,4% tuvieron intención de LME en los primeros 6 meses; las características de la población de estudio fueron tener nivel de escolaridad secundaria, dedicarse solo al hogar, encontrarse en unión libre como estado civil y dar a luz en instituciones públicas. Marín et al^[25], en su estudio llevado a cabo en Costa Rica en el 2018, concluye que las madres de zona rural presentaron un mejor patrón en torno a la LME. Adicionalmente, un estudio realizado en Perú por Román^[26] en el 2016, halló mayor porcentaje de interrupción de la LME en mujeres que viven en el área urbana (36,8%) y asociación significativa entre lugar de residencia y LME ($p < 0,05$; IC95%: 1,5-2,2). En nuestro estudio la asociación entre residencia rural con LME, se podría explicar porque en las grandes ciudades las presiones del estilo de vida urbana son más disruptivas que la rural y por consiguiente disminuiría el tiempo de las madres con sus hijos.

Las condiciones socioeconómicas de la vida urbana son más exigentes que la rural ya que en las grandes ciudades se ha identificado cambios en el perfil y el rol que toman las mujeres en

la búsqueda por escalar jerarquías laborales que les permita desarrollarse profesionalmente y dar sustento a su familia. Madres con horarios laborales prolongados demuestran menor contacto con las instituciones de salud durante el embarazo e incluso después del parto; y por la influencia de los medios de comunicación recurren a la mercadotecnia de leches maternizadas ^[27], como se conoce, la microbiota intestinal del neonato se encuentra en un proceso continuo de maduración, también el desarrollo de su sistema inmune dado especialmente por la lactoferrina, en el desarrollo neurocognitivo con los ácidos grasos esenciales como el DHA y ARA para el proceso de mielinización, y así una serie de oligosacáridos, macronutrientes, proteínas y carbohidratos que se encuentran exclusivamente en la leche materna y no en la leche artificial que además de no ser específica para nuestra especie, genera un impacto negativo ambiental y económico, siendo una amenaza continua, que no solo se ha visto constatado en el aumento de sus donaciones a las madres sino también al personal de salud, contribuyendo a socavar el éxito de LME en las últimas décadas.

En cuanto a la paridad, se encontró que posee una asociación estadísticamente significativa con LME, porque se obtuvo un valor de RP: 1,12; IC95%:1,05-1,19 p: 0,000 en las mujeres multíparas. Según Livia et al^[28], en su investigación del 2018, las madres que no practicaban la LM son predominantemente primigrávidas, su estudio expresó la importancia de la experiencia previa en aquellas mujeres con más de dos embarazos para la práctica de LM, lo mismo que Oliver et al^[29], en el año 2010 en España, obtuvo que la experiencia anterior de las madres ejerce un efecto protector sobre la duración de la LM, y que el apoyo a madres sin experiencia anterior o con experiencia desfavorable mejoraría si se incrementara e intensificara el acceso a la información. Sacristán et al^[30], encontró que el antecedente de amamantamiento favorece el inicio de LME, con un valor de $p < 0,01$, frente a las madres sin experiencia previa en lactancia, sostiene que 89,4% de las mujeres que ya habían amamantado salían del hospital con óptima LME. Sin embargo, no siempre es así, un estudio en Lima llevado a cabo por Villareal et al^[9], en el año 2020, concluye que no se refleja asociación significativa entre paridad y la LME, ni con la experiencia exitosa previa de haber dado LME a hijos anteriores; análogo a la investigación, Cairo et al^[31], no obtuvo asociación entre la paridad y la LME hasta los 6 meses, explica que probablemente la falta de asociación

se atribuya al reducido tamaño del grupo de estudio. En el estudio de Niño et al^[6] estimó que no hay asociación entre la paridad y LME.

Amado et al^[32], encontró 76,5% de prácticas apropiadas de LM dentro de las primeras 24 horas, las cuales fueron superiores conforme el incremento de la paridad; tales evidencias indicarían la toma de estrategias en el anteparto, parto y posparto para que la consejería de la LM sea específica. Urquiza^[4] demuestra que las prácticas adecuadas son diferentes según la paridad porque una mujer primeriza no conoce la técnica idónea.

Valenzuela et al ^[33] en su revisión temática seleccionó 13 artículos donde uno de los principales factores que afecta la LME era la paridad (OR = 2,13; p <0,001).

Una de las limitaciones del estudio es que corresponde a bases secundarias del cual se excluyeron variables planteadas inicialmente: nivel educativo y ocupación de la madre, y la percepción de producir poca leche y que el niño se quede con hambre denominado hipogalactia, esto se realizó mediante el factor de ponderación, sin embargo, todas las variables seleccionadas contienen una muestra suficiente y robusta ya que se usaron datos representativos, con muestreo probabilístico y estratificado, además se hizo adecuado uso de las bases de datos con su respectivo factor de ponderación y suficiente poder estadístico para el análisis posterior. Por el tipo de diseño del presente estudio, observacional y transversal, no podemos afirmar causalidad, solo una asociación de los factores.

Es importante realizar más estudios sobre factores asociados a la LME ya que no hay muchos en Latinoamérica con la finalidad de mejorar los programas destinados a la LM. Se debe realizar campañas para promover, mantener y lograr un aumento progresivo de la práctica de LME y enfatizar la capacitación de las madres en la técnica de LM en los distintos periodos, prenatal, natal y de puerperio.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Los factores asociados significativamente a la adherencia de la lactancia materna exclusiva fueron los sociodemográficos y ginecoobstétricos, en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que tienen un hijo menor a 6 meses de edad según la encuesta nacional ENDES 2019.
- El factor sociodemográfico, residencia rural, estuvo asociado significativamente con la adherencia a la LME en mujeres en edad fértil del Perú.
- El factor ginecoobstétrico, multiparidad, estuvo asociado significativamente con la adherencia a la LME en mujeres en edad fértil del Perú.
- Los factores educativos no se encontraron asociados significativamente con la adherencia a la LME en mujeres en edad fértil del Perú.

6.2. RECOMENDACIONES

- Diseñar políticas públicas en LME con especial atención para mujeres de residencia urbana y primíparas, políticas para establecer horarios adecuados en su centro de labores y obtener mayor contacto con instituciones de salud, promoviendo así la educación sobre LME.
- La prevalencia de la LME en el Perú fue de 67,3%, ha aumentado en los últimos 15 años de forma lineal, sin embargo, aún no se encuentra en el rango recomendado por la OMS, por lo que se recomienda realizar más estudios sobre factores asociados a LME con la finalidad de mejorar los programas destinados a la lactancia materna.
- Se debe realizar campañas para promover, mantener y lograr un aumento progresivo de la práctica de LME y enfatizar la capacitación de las madres en la técnica de LM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS | Lactancia materna exclusiva [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
2. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*. 2017;88(1):07-14.
3. Urquizo Aréstegui R. Lactancia materna exclusiva: ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. abril de 2014;60(2):171-6.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 30 de enero de 2016;387(10017):475-90.
5. [Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf) [Internet]. [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf
6. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
7. Lactancia materna y alimentación complementaria - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 31 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
8. Bustamante-Abuid C. Trastornos de la lactancia materna y otros factores asociados a la Nutrición hospitalaria. 1 de noviembre de 2015;(5):2062-70.
9. Brown CRL, Dodds L, Attenborough R, Bryanton J, Rose AE, Flowerdew G, et al. Rates and determinants of exclusive breastfeeding in first 6 months among women in Nova Scotia: a population-based cohort study. *CMAJ Open*. enero de 2013;1(1):E9-17.

10. 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. *Anales de Pediatría*. 1 de julio de 2018;89(1):32-43.
11. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. abril de 2006;117(4):e646-655.
12. Yeboah JY, Forkuor D, Agyemang-Duah W. Exclusive breastfeeding practices and associated factors among lactating mothers of infants aged 6–24 months in the Kumasi Metropolis, Ghana. *BMC Research Notes*. 24 de octubre de 2019;12(1):689.
13. Zarshenas M, Zhao Y, Scott JA, Binns CW. Determinants of Breastfeeding Duration in Shiraz, Southwest Iran. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2020;17(4):1192.
14. 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 Universitaria*. enero de 2017;14(1):54-66.
15. De Carolis MP, Cocca C, Valente E, Lacerenza S, Rubortone SA, Zuppa AA, et al. Individualized follow up programme and early discharge in term neonates. *Ital J Pediatr*. 15 de julio de 2014;40:70.
16. Ferreira HLOC, Oliveira MF de, Bernardo EBR, Almeida PC de, Aquino P de S, Pinheiro AKB, et al. Factors Associated with Adherence to the Exclusive Breastfeeding. *Ciência & Saúde Coletiva*. marzo de 2018;23(3):683-90.
17. Santana GS, Giugliani ERJ, Vieira T de O, Vieira GO, Santana GS, Giugliani ERJ, et al. Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *Jornal de Pediatria*. abril de 2018;94(2):104-22.
18. Aguilar-Ortega JM, González-Pascual JL, Cardenete-Reyes C, Pérez-de-Algaba-Cuenca C, Pérez-García S, Esteban-Gonzalo L. Adherence to initial exclusive

breastfeeding among Chinese born and native Spanish mothers. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 28 de enero de 2019;19(1):44.

19. Silva VAAL, Caminha MFC, Silva SL, Serva VMSBD, Azevedo PTACC, Filho MB. Maternal breastfeeding: indicators and factors associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the Family Health Strategy. *Journal de Pediatric*. 1 de mayo de 2019;95(3):298-305.
20. Chhetri S, Rao AP, Guddattu V. Factors affecting exclusive breastfeeding (EBF) among working mothers in Udupi taluk, Karnataka. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 1 de diciembre de 2018;6(4):216-9.
21. Niño M R, Silva E G, Atalah S E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista chilena de pediatría*. abril de 2012;83(2):161-9.
22. Carvalhaes MA de BL, Parada CMG de L, Costa MP da. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. febrero de 2007;15(1):62-9.
23. Verde CV, Medina MDP, Sifuentes VAN. Lactancia Materna Exclusiva y factores asociados en madres que asisten a Establecimientos de Salud de Lima Centro. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 26 de marzo de 2020;20(2):1-1.
24. Cárdenas PE, Valle RM, Fernández PRA. Factores relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en mujeres trabajadoras dependientes de una institución pública febrero- abril 2019. *Tzhoeco*. 3 de enero de 2020;12(1):91-105.
25. Albino Meza F. Relación que existe entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses que acude al servicio de cred de un centro de salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2015 [citado 13 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4132>
26. Rivas Cuno R, Quispecondori Quispe J. Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en púerperas primíparas del Instituto Nacional Materno

- Perinatal : noviembre 2011 - enero 2012. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2012 [citado 13 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3015>
27. Bardales R, Josseth R. Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Centro de Salud Juan Pérez Carranza diciembre 2013 - febrero 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2014 [citado 13 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3577>
 28. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría | Asociación Española de Pediatría [Internet]. [citado 14 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
 29. Salazar S, Chávez M, Delgado X, Eudis Rubio TP. Lactancia materna. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. diciembre de 2009;72(4):163-6.
 30. Gómez Gallego C, Pérez Conesa D, Bernal Cava MJ, Periago Castón MJ, Ros Berruezo G. Compuestos funcionales de la leche materna. Enfermería Global. junio de 2009;(16):0-0.
 31. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna. Pediatría Atención Primaria. diciembre de 2010;12(48):717-22.
 32. Mariño G, Arturo M. Breast feeding and the mother. Medicas UIS. abril de 2012;25(1):55-62.
 33. Investigación en enfermería imagen y desarrollo [Internet]. [citado 21 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/264.php>
 34. 323350427.pdf [Internet]. [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323350427.pdf>

35. endes2008_sintaxis.pdf [Internet]. [citado 14 de octubre de 2020]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/recursos/endes2008_sintaxis.pdf
36. 201602-lactancia-materna-cifras.pdf [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
37. Lactancia-OMS.pdf [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.slan.org.ve/libros/Lactancia-OMS.pdf>
38. Salazar GR, Villamar HE, Párraga IV, Fuentes RS. Factores socioculturales asociados a la interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de 6 meses. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*. 2018;2(1):3-25.
39. Roman_an.pdf [Internet]. [citado 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5296/Roman_an.pdf?sequence=1&isAllowed=y
40. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Álvarez JCF, et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. junio de 2010;18(3):373-80.
41. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. marzo de 2011 [citado 19 de diciembre de 2020];13(49). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis **“FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA NACIONAL ENDES DEL AÑO 2019”** con la propuesta de un autor, que presenta la SRTA. **HELLEN GRACE ALVAREZ LÉVANO**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 07 de Octubre de 2021

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. **HELLEN GRACE ALVAREZ LÉVANO** de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas

Lima, 7 de octubre del 2021

**ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO
POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA**



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N° 1700-2020-FMH-D

Lima, 27 de octubre de 2020

Señorita
HELLEN GRACE ALVAREZ LÉVANO
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis “FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA NACIONAL ENDES DEL AÑO 2019” presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 15 de octubre de 2020.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Hilda Jurupe Chico
Hilda Jurupe Chico.
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMAN GUERRERO”

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: “FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNAEXCLUSIVA EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL PERÚ SEGÚN LAENCUESTA NACIONAL ENDES DEL AÑO 2019”.

Investigadora:

Hellen Grace Alvarez Lévano

Código del Comité: **PG-62-2020**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría EXENTO DE REVISION, por un período de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 15 de noviembre del 2020



Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

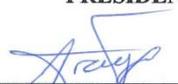
ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director/asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA NACIONAL ENDES DEL AÑO 2019", que presenta la Señorita HELLEN GRACE ALVAREZ LEVANO para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
PRESIDENTE


MC. Pedro Mariano Arango Ochante
MIEMBRO


MC. Dante Manuel Quiñones Laveriano
MIEMBRO


Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
Director de TESIS

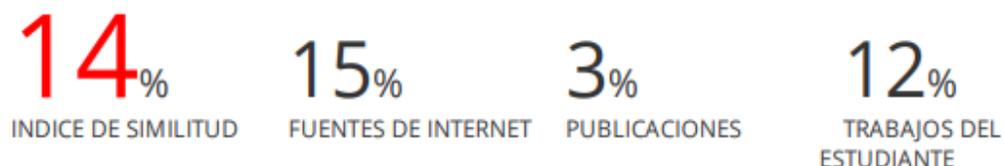

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
Asesor de Tesis

Lima, 30 de abril de 2021

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA NACIONAL ENDES DEL AÑO 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	5%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	5%
3	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	1%
5	doaj.org Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Aliat Universidades Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%

9

Submitted to unanleon

Trabajo del estudiante

1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

HELLEN GRACE ALVAREZ LEVANO

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA NACIONAL ENDES DEL AÑO 2019.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 12 de enero de 2021


Dr. Jhony De La Cruz Vargas

Director del Curso Taller


Dra. Maria del Socorro Alatriza Gutierrez Vda. De Bambarén

Decana (e)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Plan de análisis
¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia de lactancia materna exclusiva en madres en edad fértil del Perú según la encuesta nacional ENDES del año 2019?	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>1. Determinar los factores asociados a la adherencia de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú según la encuesta nacional ENDES del año 2019.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <p>1. Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú.</p> <p>2. Determinar la asociación entre los factores ginecoobstétricos y la adherencia a la lactancia materna exclusiva en</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL:</p> <p>1. Los factores de estudio están asociados a la adherencia de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú según la encuesta nacional ENDES del año 2019.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICA:</p> <p>1. Los factores sociodemográficos están asociados a la adherencia de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú.</p> <p>2. Los factores ginecoobstétricos están asociados a la adherencia de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú.</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Lactancia materna exclusiva.</p> <p>Variables independientes:</p> <p>1. Factores sociodemográficos (edad de la madre, lugar de residencia, estado civil).</p> <p>2. Factores ginecoobstétricos (tipo de parto, paridad, número de controles prenatales).</p> <p>3. Factores educativos (Le enseñaron cómo preparar pezones para lactancia materna, le enseñaron cómo darle el pecho a su bebé, capacitación sobre lactancia materna)</p>	<p>Estudio de tipo: observacional, retrospectivo, transversal y analítico basado en la información contenida en la base de datos pública de la ENDES 2019</p>	<p>La población de estudio está constituida por todas las madres en edad fértil residentes en el Perú durante el año 2019. La muestra a usarse en el presente estudio está constituida en su totalidad por la muestra del ENDES 2019. El tamaño de la muestra es de 4212 mujeres. El tipo de muestra: La muestra se caracteriza por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural.</p>	<p>Se ingresó a la página web oficial del INEI, en la opción “Microdatos” http://inei.inei.gob.pe/microdatos/. Después se ingresó a la sección de “Consulta por encuesta” donde se seleccionó la Encuesta demográfica y de salud familiar 2019, luego se seleccionó y se descargaron las bases de datos correspondientes que contenían las variables pertinentes y necesarias para la ejecución del análisis para someter a prueba las hipótesis planteadas. Se depuraron cada base de datos seleccionada dejando solo las variables de interés para el análisis estadístico y las variables de identificación claves. Se unieron las bases de datos depuradas y se formó una nueva base de datos, la cual contendrá todas las variables necesarias para la ejecución del estudio.</p>	<p>Para las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencias y contingencia. Para la verificación de asociaciones se utilizó la prueba F corregida correspondiente a muestras complejas. En el análisis inferencial, la asociación de los factores se evaluó por la razón de prevalencia cruda (R_{Pc}) y por medio del modelo de regresión de Poisson con varianza robusta se calculó la razón de prevalencia ajustada (R_{Pa}), con sus respectivos IC de 95%, con una significancia p<0,05 y se elaboró el análisis CSPLAN en SPSS versión 26 para muestras complejas de acuerdo al diseño de la muestra y</p>

	<p>mujeres en edad fértil del Perú. 3. Determinar la asociación entre los factores educativos y la adherencia a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú.</p>	<p>3. Los factores educativos están asociados a la adherencia de lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil del Perú.</p>					<p>considerando el factor de ponderación, para obtenerlo se utilizó el factor mujer representado por V005 que se encuentra en el módulo REC0111 de la base de datos, de esta manera para el plan del diseño muestral (muestras complejas) se consideró las variables V001: conglomerado, V022: estrato, peso=V005/1000000. Para el contraste de las prevalencias de LME para el año 2019 con respecto al año 2004, 2014 y 2018 se empleó la prueba binomial exacta para bondad de ajuste. Y se genera un mapa en ArcGIS.</p>
--	---	--	--	--	--	--	--

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición	Instrumento
LME	Alimentación del lactante con leche materna exclusiva, sin ningún suplemento sólido o líquidos durante los primeros 6 meses de edad, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.	Dependiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Verificar en la encuesta	Si LME No LME	ENDES 2019
Edad de la madre	Años de vida que presenta la madre al momento de la investigación.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Verificar en la encuesta	< 30 años ≥ 30 años	ENDES 2019
Estado civil	Situación de estado civil de la madre, donde se determina si la persona tiene un cónyuge o no.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	Casada No casada	ENDES 2019
Lugar de residencia	Lugar en el que la persona habita según la geografía del Perú.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	Urbana Rural	ENDES 2019
Paridad	Dato de partos previos de la madre indicado en la encuesta.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	Primípara Multípara	ENDES 2019
Tipo de parto	Referido a parto vaginal y cesárea que dan término a la etapa de gestación, para que se logre el nacimiento.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	Vaginal Cesárea	ENDES 2019
Número de controles prenatales	Conjunto de actividades sanitarias que han recibido las madres durante su embarazo por parte del personal de salud.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Verificar en la encuesta	< 6 controles ≥ 6 controles	ENDES 2019
Le enseñaron como preparar pezones para lactancia materna	Consejería sobre la técnica de lactancia materna brindada por personal de salud a la madre realizada en alguno de sus controles.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	No Si	ENDES 2019
Le enseñaron como darle el pecho a su bebe	Consejería sobre la técnica de lactancia materna brindada por personal de salud a la madre realizada en alguno de sus controles	Independiente	Cualitativa	Nominal	Verificar en la encuesta	No Si	ENDES 2019
Capacitación sobre lactancia materna	Charla, enseñanza sobre lactancia materna entregado por el personal de salud para la óptima técnica de lactancia materna.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Verificar en la encuesta	No Si	ENDES 2019

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

REC94.SAV [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
44	S435	Numérico	2	0	Por qué no le dio pecho al bebé	{1, Madre e...	99	6	Derecha	Nominal	Entrada
45	S436C	Numérico	1	0	Pusieron al niño en contacto piel a piel con Ud. inmedi...	{0, No}...	9	7	Derecha	Nominal	Entrada
46	S440	Numérico	2	0	Por qué dejó de darle pecho	{1, Madre e...	99	6	Derecha	Nominal	Entrada
47	S441	Numérico	1	0	Recibió alguna capacitación sobre lactancia materna d...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
48	S442	Numérico	2	0	En qué lugar recibió capacitación sobre lactancia mate...	{21, Hospita...	99	6	Derecha	Escala	Entrada
49	S446AA	Numérico	3	0	Con cuanto tiempo de anticipación preparó el biberón	{0, Inmediat...	999	8	Derecha	Nominal	Entrada
50	S446AB	Numérico	1	0	Donde guardó el biberón	{1, Refrigera...	9	8	Derecha	Nominal	Entrada
51	S446A	Numérico	1	0	Se agregó azúcar a cualquiera de los alimentos del bebé	{0, No}...	9	7	Derecha	Nominal	Entrada
52	S447	Numérico	1	0	Se agregó azúcar a algún alimento o líquido que comió...	{0, No}...	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
53	S448A	Numérico	3	0	Tiempo entre que terminó de preparar los alimentos de...	{0, Inmediat...	999	7	Derecha	Nominal	Entrada
54	S448B	Numérico	1	0	Dónde se almacenó la comida	{1, Refrigera...	9	7	Derecha	Nominal	Entrada
55	QI411_M	Numérico	12	0	En alguno de sus controles: le hicieron la prueba para ...	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
56	QI411F	Numérico	12	0	Cuántos meses de embarazo tenía en primera prueba ...	{98, No sab...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
57	QI422A_A	Numérico	12	0	Durante el embarazo algún personal de salud le realizó...	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
58	QI422A_B	Numérico	13	0	Durante el embarazo le diagnosticaron o le dijeron que...	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
59	QI422A_C	Numérico	12	0	Durante el embarazo le indicaron tratamiento con hierro	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
60	QI422A_D	Numérico	12	0	Durante el embarazo consumió hierro tal como le indic...	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
61	QI440B	Numérico	12	0	Durante primeros 6 meses, solo recibió leche materna	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada

REC0111.sav [ConjuntoDatos3] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
88	V161	Numérico	2	0	Tipo de combustible ...	{1, Electrici...	99	25	Derecha	Nominal	Entrada
89	V166	Numérico	3	0	Resultados de la pru...	{0, Sin color...	999	6	Derecha	Nominal	Entrada
90	V167	Numérico	2	0	Número de viajes en ...	{0, Ninguno}...	99	6	Derecha	Nominal	Entrada
91	V168	Numérico	1	0	Afuera más de un m...	{0, No}...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
92	ML101	Numérico	1	0	Tipo de mosquitero q...	{0, Sin mos...	9	7	Derecha	Nominal	Entrada
93	QD333_1	Numérico	12	0	Alguna dificultad o li...	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
94	QD333_2	Numérico	12	0	Alguna dificultad o li...	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
95	QD333_3	Numérico	12	0	Alguna dificultad o li...	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
96	QD333_4	Numérico	12	0	Alguna dificultad o li...	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
97	QD333_5	Numérico	12	0	Alguna dificultad o li...	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
98	QD333_6	Numérico	12	0	Alguna dificultad o li...	{1, Si}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
99	UBIGEO	Cadena	6	0	Código de Ubicación...	Ninguno	Ninguno	11	Izquierda	Nominal	Entrada
100	V022	Numérico	8	0	Estratos	Ninguno	Ninguno	11	Derecha	Escala	Entrada
101	V005	Numérico	9	0	Factor de ponderacion	Ninguno	Ninguno	10	Derecha	Escala	Entrada
102	V190	Numérico	1	0	Índice de riqueza	{1, El más p...	Ninguno	7	Derecha	Nominal	Entrada
103	V191	Numérico	10	5	Factor de puntuación...	Ninguno	Ninguno	10	Derecha	Nominal	Entrada
104	mujeres12a49	Numérico	1	0	Mujeres de 12 a 49 a...	{0, Mujeres ...	Ninguno	14	Derecha	Nominal	Entrada

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.

<https://drive.google.com/drive/folders/17y8kaD6MJRIIsHRONfro0c3sDjTf1n?usp=s>
[haring](#)