Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Obstetricia

Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil según la encuesta demográfica de salud familiar, Perú 2024

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Aracelly Leidy MARIÑO CARRASCO

ASESOR

Mg. Milagros Elizabeth GONZALES FALCON

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Mariño A. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil según la encuesta demográfica de salud familiar, Perú 2024 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Aracelly Leidy Mariño Carrasco
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71530431
URL de ORCID	
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Milagros Elizabeth Gonzales Falcón
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40078871
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9566-0292
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Giovanna Gladys Pante Salas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08333811
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Rosa Martha Salazar Campos
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25490000
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Olivia María Hilario Osorio
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40661492
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica

Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Latitud -12.05819215 Longitud -77.0189181894387
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025 - 2026
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la Salud https://purl.org/perepo/ocde/ford#3.03.00 Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 30/ 10/ 2026

HORA INICIO : 11:00 hrs

HORA TÉRMINO : 12:00 hrs

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dra. Giovanna Gladys Pante Salas

MIEMBRO : Dra. Rosa Martha Salazar Campos

MIEMBRO : Mg. Olivia Maria Hilario Osorio

ASESOR (A) : Mg. Milagros Elizabeth Gonzales Falcon

3. DATOS DEL TESISTA

NOMBRES Y APELLIDOS : Aracelly Leidy Mariño Carrasco

CODIGO : 17010323

TÍTULO DE LA TESIS: Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil según la encuesta demográfica de salud familiar, Perú 2024.

4. RECOMENDACIONES:

5. NOTA OBTENIDA: (16)

6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	DNI
1	Lita Carrasco Chávez	22507265
2	Doni Mariño Espinoza	22890701
3	Liz Carrasco Chávez	22510550
4	Andryd Mariño Carrasco	60737285
5	Tania Fernández Chávez	40709740
6	Ruth Palomino Pérez	70100716
7	Liz Ocrospoma Basallos	72529349
8	Allison Cristobal Ramirez	73044805
9	Yeraldine Fernández	48664101
10	Elizabeth Chávez De Fernández	10378493
11	Jorge Fernández Capcha	41044280

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

DRA. GIOVANNA GLADYS PANTE SALAS **D.N.I. 08333811**	**DRA. ROSA MARTHA SALAZAR CAMPOS** **D.N.I. 25490000**
PRESIDENTE	**MIEMBRO**

MG. OLIVIA MARIA HILARIO OSORIO **D.N.I. 40661492**	**MG. MILAGROS ELIZABETH GONZALES FALCON** **D.N.I.40078871**
MIEMBRO	**ASESOR (A)**

UNMSM Firmado digitalmente por SALAZAR SALVATIERRA Emma Felicia FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 03.11.2026 21:55:45 -05:00	UNMSM Firmado digitalmente por VASQUEZ ALVA Rolando FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 05.11.2026 12:11:25 -05:00
Dra. Emma Felicia Salazar Salvatierra Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dr. Rolando Vásquez Alva Vicedecano Académico -Facultad de Medicina
DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	**VICEDECANO ACADÉMICO DE FACULTAD DE MEDICINA**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Milagros Elizabeth Gonzales Falcón en mi condición de asesor acreditado mediante Resolución Decanal N° 004755-2025-D-FM/UNMSM de la tesis, cuyo título es "**Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, Perú 2024"**, presentado por la bachiller: **Aracelly Leidy Mariño Carrasco** para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el **12%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título Profesional de Licenciada en Obstetricia correspondiente.

Lima, 05 de noviembre de 2026

Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: Milagros Elizabeth Gonzales Falcón

DNI: 40078871

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

Agradecimiento

A Dios por ser parte importante de mi vida y darme la fortaleza para para cumplir con mi meta de ser una buena profesional.

A mi familia, por ser el apoyo idóneo que necesitaba en esta etapa de crecimiento y desarrollo profesional.

A mi asesora por su guía constante y empeñosa para que pueda realizar esta investigación cumpliendo los requisitos de la universidad.

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres, Doni y Lita, porque son mis grandes amores y quienes con su ejemplo me enseñaron a proponer metas y conseguirlas.

A mi hermano, Andryd porque siempre está impulsándome a seguir adelante confiando en mi incluso más que yo misma.

Índice

Contenido

Agradecimiento..... ii

Dedicatoria..... iii

Índice..... iv

Índice de tablas..... vi

Resumen. viii

Abstract..... ix

I. NTRODUCCIÓN.....1

1.1. Planteamiento del problem.....1

1.2. Determinación del problema.....1

1.3. Formulación del problema 4

1.4. Objetivos.....4

1.5. Objetivo general.....4

1.6. Objetivos específicos: 4

1.7. Importancia y alcance de la investigación 4

1.8. Limitaciones de la investigación 6

II. MARCO TEÓRICO.....7

1.9. Antecedentes.....7

1.10. Bases Teóricas: 9

1.11. Definición de términos 13

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES 17

1.12. Hipótesis 17

1.13. Variables 17

1.14. Variables de investigación 1: 17

IV. MATERIALES Y MÉTODOS 21

1.15. Tipo de estudio 21

1.16. Diseño de estudio 21

1.17. Población 21

1.18. Criterios de selección: 21

1.19. Criterios de inclusión: 21

1.20. Criterios de exclusión: 22

1.21. Muestra 22

1.22. Unidad de análisis: 22

1.23. Tipo de muestreo 22

1.24. Tamaño de la muestra 23

1.25. Tecnica ..... Error! Bookmark not defined.

1.26. Instrumento de recolección de datos 23

1.27. Procedimientos 24

1.28. Análisis de datos 24

1.29. Consideraciones éticas 25

V. RESULTADOS 26

VI. DISCUSIÓN 40

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 47

Conclusiones: 47

Recomendaciones: 49

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 51

ANEXOS 63

Índice de tablas

Tabla 1. Características generales y factores sociodemográficos de mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses según ENDES 2024. 26

Tabla 2. Factores educativos, obstétricos y del recién nacido en mujeres de 15 a 49

años con último hijo menor de seis meses según ENDES 2024. 28

Tabla 3. Análisis bivariado de factores sociodemográficos con LME en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses, ENDES 2024.....30

Tabla 4. Análisis bivariado de factores educativos con LME en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses, ENDES 2024). 32

Tabla 5. Análisis bivariado de factores obstétricos con LME en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses, ENDES 2024 33

Tabla 6. Análisis bivariado de factores del recién nacido con LME en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses, ENDES 2024. 34

Tabla 7. Factores sociodemográficos asociados a la LME mediante regresión de Poisson robusta. 35

Tabla 8. Factores educativos asociados a la LME mediante regresión de Poisson robusta.....37

Tabla 9. Factores obstétricos asociados a la LME mediante regresión de Poisson robusta.....38

Tabla 10. Factores del recién nacido asociados a la LME mediante regresión de Poisson robusta. 39

Resumen

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos, educativos, obstétricos y del recién nacido asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo nacido vivo menor de seis meses que vive con la madre, según la ENDES 2024.

Materiales y Métodos: Investigación cuantitativa con diseño observacional de tipo analítico, de corte transversal y retrospectivo, basado en el análisis secundario de microdatos de la ENDES 2024. Se analizaron 1462 registros madre-lactante elegibles. La LME se determinó en el último hijo de 0 a 5 meses que vivía con la madre, considerando la lactancia actual y el consumo de líquidos y alimentos durante las últimas 24 horas. Se incorporó el diseño muestral complejo y se estimaron razones de prevalencia ajustadas mediante regresión de Poisson con enlace log y varianza robusta.

Resultados: La prevalencia ponderada de LME fue 67,4%. En el modelo sociodemográfico, las mujeres nunca casadas presentaron menor prevalencia de LME que las convivientes (RPa=0,680; IC95%: 0,525–0,880; p=0,003); asimismo, se observaron asociaciones inversas en los quintiles medio, rico y muy rico y en las mujeres que trabajaban (p<0,05). Los factores educativos no presentaron asociación significativa después del ajuste. Entre los factores obstétricos, la cesárea se asoció con menor prevalencia de LME frente al parto vaginal (RPa=0,849; IC95%: 0,765–0,943; p=0,002). Respecto al recién nacido, los lactantes de 5 meses presentaron menor prevalencia que los de 0 meses (RPa=0,642; IC95%: 0,537–0,767; p<0,001), mientras que el tercer orden de nacimiento presentó mayor prevalencia respecto del primero (RPa=1,183; IC95%: 1,056–1,326; p=0,004).

Conclusión: La LME presentó asociaciones significativas con determinadas características sociodemográficas, obstétricas y del recién nacido, específicamente con el estado civil, nivel socioeconómico, condición laboral, tipo de parto, edad del lactante y orden de nacimiento. Los factores educativos no mostraron asociación independiente después del ajuste.

Palabras clave: Amamantamiento**,** estado educacional materno, factores sociales**,** lactancia materna exclusiva.

Abstract

Objective: To determine sociodemographic, educational, obstetric, and newborn factors associated with exclusive breastfeeding among women aged 15–49 years whose last live-born child was younger than six months and living with the mother, using ENDES 2024.

Materials and Methods: Quantitative research with an analytical, cross-sectional, and retrospective observational design, based on the secondary analysis of microdata from ENDES 2024. A total of 1,462 eligible mother–infant records were analyzed. Exclusive breastfeeding (EBF) was assessed in the most recent live-born child aged 0–5 months who was living with the mother, considering current breastfeeding status and the consumption of liquids and foods during the previous 24 hours. The complex survey design was incorporated into the analysis, and adjusted prevalence ratios (aPRs) were estimated using Poisson regression with a log link and robust variance.

Results: The weighted prevalence of EBF was 67.4%. In the sociodemographic model, never-married women had a lower prevalence of EBF than cohabiting women (aPR=0.680; 95% CI: 0.525–0.880; p=0.003); inverse associations were also observed among women in the middle, richer, and richest wealth quintiles and among employed women ($p<0.05$). Educational factors were not significantly associated with EBF after adjustment. Among obstetric factors, caesarean delivery was associated with a lower prevalence of EBF compared with vaginal delivery (aPR=0.849; 95% CI: 0.765–0.943; p=0.002). Regarding newborn-related factors, 5-month-old infants had a lower prevalence of EBF than 0-month-old infants (aPR=0.642; 95% CI: 0.537–0.767; $p<0.001$), whereas third birth order was associated with a higher prevalence compared with first birth order (aPR=1.183; 95% CI: 1.056–1.326; p=0.004).

Conclusion: EBF was significantly associated with specific sociodemographic, obstetric, and newborn-related characteristics, particularly marital status, socioeconomic status, maternal employment, mode of delivery, infant age, and birth order. Educational factors showed no independent association after adjustment.

Keywords: Breastfeeding, maternal educational status, social factors, exclusive breastfeeding.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Determinación del problema

La lactancia materna exclusiva (LME) es la práctica mediante la cual el lactante recibe únicamente leche materna durante los seis primeros meses de vida, exceptuando líquidos o sustancias de carácter terapéutico como soluciones de rehidratación oral, vitaminas, minerales o medicamentos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que esta práctica constituye el estándar óptimo de nutrición infantil porque asegura un crecimiento adecuado, un desarrollo integral y un estado de salud fortalecido en una etapa de alta vulnerabilidad, convirtiéndose en una medida esencial para garantizar la supervivencia y el bienestar infantil[1].

Sobre esa base, la importancia de la LME radica en que representa una de las intervenciones más costo–efectivas en salud pública, ya que se estima que, de alcanzarse una cobertura adecuada, podría evitar la muerte de más de 820.000 niños menores de cinco años cada año; no obstante, la realidad mundial evidencia que solo el 48 % de los lactantes menores de seis meses recibe esta práctica, porcentaje que no alcanza la meta del 50 % propuesta por la OMS para el año 2025. En consecuencia, este déficit compromete la salud infantil al aumentar la incidencia de diarrea y neumonía y, a la vez, limita los beneficios para la salud materna como la reducción del riesgo de ciertos tipos de cáncer, la disminución de complicaciones posparto y el fortalecimiento del vínculo madre e hijo[2].

Pese a lo anterior, a nivel mundial se observan dificultades importantes para sostener esta práctica. En Somalia apenas el 33% de los lactantes recibe LME aun cuando el 60% es amamantado en la primera hora de vida, lo que se relaciona con la promoción indebida de sucedáneos de la leche materna, la ausencia de políticas laborales que favorezcan la maternidad y las limitaciones en el acceso a servicios de salud de calidad[3]. De manera similar en Europa también se presentan cifras desfavorables con prevalencias bajas y heterogéneas; de manera que en Albania los porcentajes fluctúan entre 3,4% y 37,1%, en Bielorrusia entre 10,3% y 21,7% y en Bosnia y Herzegovina entre 5,5% y 18,2%; reflejando prácticas alejadas de las

recomendaciones internacionales que exponen a los lactantes a riesgos de infecciones y problemas nutricionales desde etapas tempranas[4].

En esa misma línea, en América Latina y el Caribe la situación tampoco resulta alentadora, dado que, solo el 43% de los lactantes menores de seis meses recibe lactancia exclusiva, lo que ubica a la región por debajo del promedio mundial de 48 % y muy lejos de la meta global del 70% proyectada para el año 2030. A ello se suma que apenas el 48 % de los niños entre 12 y 23 meses continúan siendo amamantados frente al 65% global, lo que demuestra que existen limitaciones estructurales en las políticas de apoyo a la lactancia, puesto que únicamente 14 países garantizan al menos 14 semanas de licencia por maternidad y solo seis cumplen con las 18 semanas recomendadas. Además, apenas el 68 % de las grandes empresas y el 29% de las medianas y pequeñas disponen de salas de lactancia, lo que restringe las oportunidades para sostener esta práctica y refleja la dificultad de conciliar la maternidad con el ámbito laboral[5].

En el plano nacional, la lactancia materna exclusiva continúa representando un desafío de salud pública a pesar de que sus indicadores son superiores al promedio mundial y regional. La ENDES 2024 reporta una prevalencia nacional de 67,4% en lactantes menores de seis meses, cifra que todavía se encuentra por debajo de la meta internacional del 70% planteada para el año 2030, lo que justifica analizar las diferencias observadas entre grupos maternos y características del lactante[6].

De este modo, los datos nacionales muestran que la práctica es menor en áreas urbanas en comparación con las rurales y que se reduce entre mujeres con mayor nivel educativo frente a aquellas con menor escolaridad; asimismo, la prevalencia desciende progresivamente conforme avanza la edad del lactante dentro de los seis primeros meses [7,8], evidenciando que muchas madres enfrentan dificultades para sostener la lactancia exclusiva durante todo el periodo recomendado y confirmando que esta práctica no depende únicamente de una decisión individual, sino que está determinada por factores sociodemográficos, educativos, obstétricos y del recién nacido que configuran la experiencia materna.

A nivel regional y local los resultados de la ENDES 2024 muestran brechas

importantes. En Lima Metropolitana la práctica es menor que en la sierra y selva, lo que evidencia la influencia de factores culturales y territoriales en la continuidad de la lactancia exclusiva, confirmando que, aunque el Perú ha logrado avances importantes, persisten desigualdades significativas que impiden cumplir con las metas internacionales y que requieren un análisis más detallado[6].

De manera que, los estudios previos en el Perú han identificado factores sociodemográficos, obstétricos, educativos y del recién nacido asociados a la lactancia materna exclusiva como la residencia rural, la multiparidad, el tipo de parto, la consejería en lactancia y las capacitaciones recibidas durante el embarazo[7,8,9]; no obstante, los resultados no han sido concluyentes porque algunos análisis reportan asociaciones significativas con variables educativas o laborales [7,8,10]; mientras que otros no las encuentran [11,12] [13]; lo que demuestra la necesidad de actualizar la evidencia con los datos más recientes. Además, si bien existen políticas de promoción de la lactancia y la implementación de salas de lactancia en instituciones públicas y privadas, la adherencia a la práctica continúa siendo insuficiente, lo que refleja vacíos en la efectividad de las medidas aplicadas[7].

Por ello, permanecen incógnitas sobre el fenómeno que justifican la pertinencia de la presente investigación, ya que resulta necesario determinar qué factores se mantienen constantes en su asociación con la lactancia exclusiva en el tiempo, cuáles han perdido peso explicativo y cuáles adquieren mayor relevancia en el contexto actual, de modo que, es fundamental explorar qué elementos emergentes como las condiciones laborales, el acceso a los servicios de salud, las características del recién nacido o el apoyo familiar influyen en la continuidad de esta práctica.

Por todo lo expuesto, la presente investigación se propone analizar los factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil en el Perú a partir de la ENDES 2024, lo que permitirá identificar las brechas persistentes, precisar los determinantes que condicionan la práctica y generar evidencia actualizada que, además de su aporte académico, enriquecerá la comprensión de un problema de alta relevancia social y sanitaria que, pese a los avances logrados, sigue sin alcanzar las metas internacionales establecidas.

Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo nacido vivo menor de seis meses que vive con la madre, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú 2024?

1.2. Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo nacido vivo menor de seis meses que vive con la madre, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú 2024.

Objetivos específicos:

- Identificar la asociación entre los factores sociodemográficos y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.
- Identificar la asociación entre los factores educativos y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.
- Identificar la asociación entre los factores obstétricos y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.
- Identificar la asociación entre los factores del recién nacido y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.

1.3. Importancia y alcance de la investigación

La lactancia materna exclusiva constituye una prioridad de salud pública reconocida por organismos internacionales como la OMS y la OPS, en la medida en que se vincula con la reducción de la morbimortalidad infantil, el fortalecimiento del desarrollo temprano y beneficios maternos relevantes, además de representar una de las intervenciones más costo-efectivas a lo largo del curso de vida; sin embargo, su relevancia no se agota en el reconocimiento normativo, porque la evidencia nacional muestra que la práctica aún no alcanza una consolidación plena: en el Perú, la ENDES 2024 reporta una prevalencia nacional de 67,4% en menores de seis meses,

cifra que, aunque es superior al promedio global, todavía no llega a la meta internacional del 70% proyectada hacia 2030 [6]. En consecuencia, el problema no es únicamente incrementar el porcentaje, sino comprender por qué persisten brechas y por qué la continuidad de la lactancia exclusiva se mantiene desigual entre grupos maternos.

En esa línea, la importancia de este estudio estriba en que permite pasar del promedio nacional de LME a la identificación de desigualdades concretas asociadas al territorio, las condiciones sociales, la educación y las características materno-perinatales. Debido a su diseño transversal, el estudio estima diferencias de prevalencia observadas entre grupos y no la duración individual de la lactancia; por tanto, identificar los factores asociados permite reconocer perfiles con mayor o menor prevalencia de LME y orientar preguntas e intervenciones posteriores.

En ese sentido, el estudio es importante porque contribuye a actualizar y ordenar la evidencia empírica en un campo donde los hallazgos previos han mostrado resultados no siempre consistentes, especialmente respecto de variables educativas y laborales, de modo que el análisis con microdatos nacionales recientes permite estimar asociaciones ajustadas y comparables, fortaleciendo la solidez de las conclusiones para el contexto peruano contemporáneo. Del mismo modo, la investigación es importante, porque permite dialogar con enfoques explicativos como el Modelo de Creencias en Salud y la Teoría Ecosocial de Krieger, al aportar evidencia sobre la interacción entre percepciones individuales y condiciones socio territoriales en la práctica de la lactancia, ampliando la discusión más allá de interpretaciones centradas únicamente en la voluntad de la mujer[14]. Asimismo, su pertinencia se alinea con el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, al relacionarse con la salud materna y el derecho del niño a una nutrición adecuada en los primeros meses de vida.

Adicionalmente, su importancia se expresa en que los resultados permiten disponer de evidencia útil para orientar con mayor precisión la promoción, consejería y acompañamiento en lactancia desde los servicios materno-perinatales, al identificar factores sociodemográficos, obstétricos, educativos y del recién nacido asociados a la práctica observada de LME, evitando interpretaciones causales que el diseño transversal no permite establecer.

Por otro lado, respecto del alcance, el estudio se enmarca como una Investigación cuantitativa con diseño observacional de tipo analítico, de corte transversal y retrospectivo, basada en fuente secundaria, utilizando microdatos anonimizados de

la ENDES, cuya población estuvo conformada por mujeres en edad fértil de 15 a 49 años con último hijo nacido vivo menor de seis meses, definiéndose la lactancia materna exclusiva conforme a los criterios operativos establecidos por la encuesta para dicho grupo etario y analizando su asociación con factores organizados en dimensiones coherentes con los objetivos planteados.

En coherencia con lo anterior, los resultados son generalizables a nivel nacional dentro de los límites de representatividad propios del muestreo probabilístico y la ponderación de ENDES; asimismo, el alcance inferencial se delimita a la identificación de asociaciones y no a relaciones causales, debido a la naturaleza transversal de los datos y al uso de información autorreportada, permitiendo estimar perfiles y características vinculados con mayor o menor prevalencia de LME en menores de seis meses.

1.4. Limitaciones de la investigación

La investigación presenta limitaciones propias del uso de una fuente secundaria como la ENDES 2024, dado que el análisis quedará restringido a las variables incluidas en el cuestionario oficial, lo que impide incorporar determinantes relevantes no medidos en la encuesta, como creencias culturales y prácticas tradicionales de alimentación infantil, salud mental materna en el posparto, apoyo social ampliado y condiciones laborales específicas vinculadas a licencias efectivas, pausas de lactancia o disponibilidad real de espacios adecuados en el trabajo; no obstante, al tratarse de una fuente oficial, estandarizada y representativa a nivel nacional, la ENDES permite un análisis consistente de los principales factores sociodemográficos, obstétricos, educativos y del recién nacido disponibles en la base.

Asimismo, la información es autorreportada, por lo que puede existir sesgo de recuerdo y deseabilidad social en las respuestas que las mujeres dieron, además de posibles errores aleatorios de registro o digitación propios de encuestas de gran cobertura, aunque el INEI aplique controles de calidad y depuración, a ello se suma que, el diseño transversal limita la inferencia a asociaciones estadísticas, sin permitir establecer relaciones causales, por lo que los resultados deberán interpretarse dentro de ese marco metodológico.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Karthigesu K, et al. en 2023 en Sri Lanka realizaron un estudio transversal comunitario en zonas rurales de Jaffna con 338 binomios madre-hijo, de los cuales 208 fueron analizados, con el objetivo de identificar los factores asociados a la cesación temprana de la lactancia materna exclusiva. Encontraron que el 71,2 % mantuvo la práctica hasta los seis meses y que el abandono se asoció con empleo materno, bajo peso al nacer y cesárea. Concluyeron que extender la licencia por maternidad y reducir cesáreas innecesarias favorecería la continuidad de la lactancia[14].

Solsol M en 2023 en Perú desarrolló un estudio analítico transversal con datos de la ENDES 2021 en mujeres de 15 a 49 años, orientado a identificar factores sociodemográficos y educativos asociados a la lactancia materna exclusiva. Los resultados mostraron una prevalencia de 70,4 % y asociaciones significativas con área de residencia, región natural y capacitaciones en lactancia. Se concluyó que el contexto territorial y el apoyo educativo son determinantes claves en la práctica[15].

Cuarez R en 2023 en Perú llevó a cabo un estudio analítico transversal comparando datos de la ENDES 2019 y 2020 con el fin de determinar factores relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Se evidenció mayor abandono en 2019 y asociación con factores sociodemográficos y maternos, sin hallarse relación con la capacitación en lactancia. Se concluyó que la variación interanual y las condiciones sociales influyen en la discontinuidad de la práctica[16].

Alvarez H, et al. en 2022 en Perú realizaron un estudio observacional analítico y transversal con 4212 mujeres de la ENDES 2019 para analizar los factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Hallaron una prevalencia de 67,3 % y asociaciones con residencia rural y multiparidad como predictores consistentes, mientras que el parto vaginal y la capacitación en lactancia se relacionaron positivamente en el análisis bivariado. Concluyeron que el entorno rural y la experiencia obstétrica previa favorecen la continuidad de la lactancia[17].

Shitie A, et al. en 2022 en Etiopía realizaron un estudio mixto transversal comunitario en 532 madres de la región somalí para estimar la práctica de lactancia materna exclusiva y sus determinantes. Encontraron una prevalencia de 52 % y asociaciones positivas con nivel educativo del esposo, administración de calostro, controles prenatales, parto institucional y consejería en atención prenatal/atención posnatal, mientras que vivir en zona urbana se asoció de manera negativa. Concluyeron que las prácticas de salud y los contactos con el sistema sanitario son factores decisivos para sostener la lactancia[18].

Tenorio E en 2021 en Perú realizó un estudio observacional analítico retrospectivo transversal con datos de la ENDES 2019, cuyo objetivo fue establecer la relación entre factores prenatales y postnatales y la lactancia materna exclusiva. Los resultados confirmaron la asociación con consejería en lactancia, número de controles prenatales, tipo de parto y atención postnatal, evidenciando la importancia del acompañamiento obstétrico continuo. Se concluyó que las intervenciones educativas y perinatales incrementan la probabilidad de mantener la lactancia exclusiva[19].

Rahman M, et al. en 2020 en Bangladesh desarrollaron un estudio analítico transversal con 1440 pares madre-hijo a partir de las BDHS 2011 y 2014, orientado a identificar determinantes de la lactancia materna exclusiva. Se reportó una prevalencia de 61 % y mayor probabilidad de lactancia en mujeres con uso de controles prenatales y en ciertas regiones, mientras que la educación materna alta y el empleo formal tuvieron asociación negativa. Concluyeron que los contextos comunitarios y sanitarios condicionan de manera decisiva esta práctica[20].

Kebede T, et al. en 2020 en Etiopía realizaron un estudio transversal en 313 mujeres trabajadoras de Dukem para examinar factores de cesación de la lactancia materna exclusiva. Reportaron que el 75,7 % abandonó la práctica, con mayor riesgo en quienes tenían licencia por maternidad corta, jornadas a tiempo completo, ausencia de pausas de lactancia, falta de extracción de leche y distancias extensas entre trabajo y hogar. Concluyeron que las condiciones laborales y el soporte institucional son factores determinantes para sostener la lactancia[21].

Salim Y, et al. en 2020 en Malawi realizaron un análisis transversal de la MDHS 2015–2016 en 2059 madres de lactantes de hasta seis meses para determinar factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Identificaron que la prevalencia disminuyó progresivamente con la edad del lactante y que la etnia, el sexo femenino del bebé y la paridad de tres a cuatro hijos se asociaron con mayor probabilidad de continuidad. Concluyeron que las variaciones subpoblacionales deben ser consideradas para focalizar intervenciones[22].

Alvarez D y Sánchez W en 2020 en Perú efectuaron un estudio observacional analítico transversal con 7487 pares madre-hijo a partir de la ENDES 2018 para estimar la prevalencia de lactancia materna exclusiva y sus factores asociados. Los resultados mostraron una prevalencia de 74 % y asociaciones con región natural, nivel socioeconómico, ocupación materna, paridad, deseo de embarazo, tipo de parto, capacitación en lactancia e inicio temprano de la lactancia. Concluyeron que múltiples determinantes sociodemográficos y obstétricos condicionan esta práctica[23].

Salsavilca J en 2020 en Perú realizó un estudio observacional transversal con mujeres de 15 a 49 años con hijos menores de seis meses utilizando la ENDES 2018, con el objetivo de analizar la relación entre factores sociodemográficos y la adherencia a la lactancia materna exclusiva. Reportó una prevalencia de 10,2 % definida por su operacionalización de “adherencia” y asociación negativa con edad materna mayor a 30 años, trabajo remunerado y mayor índice de riqueza, además de asociaciones significativas con área de residencia, educación y estado civil en el análisis bivariado. Concluyó que ciertos gradientes socioeconómicos y laborales reducen la probabilidad de mantener la práctica[24].

2.2. Bases Teóricas:

Perspectiva cognitiva: El modelo de creencias en salud

Respecto a la Lactancia materna exclusiva (LME), la decisión de una madre de sostener la lactancia exclusiva durante los seis primeros meses de vida de su hijo puede comprenderse con claridad desde el Modelo de Creencias en Salud, ya que este integra la percepción de susceptibilidad y gravedad frente a eventos adversos que podrían afectar al lactante, incorpora la evaluación que la madre realiza entre los

beneficios y las barreras que enfrenta en su vida cotidiana, reconoce la autoeficacia como motor de la conducta y considera las señales internas y externas que estimulan la acción, de modo que la consejería estructurada, la práctica supervisada del agarre, la disponibilidad de información oportuna y la reducción de obstáculos domésticos o laborales se convierten en un itinerario cognitivo y motivacional capaz de transformar las creencias en conductas sostenidas[25].

Perspectiva estructural: Teoría ecosocial y el entorno

Esta base individual encuentra sustento en la Teoría Ecosocial, la cual muestra que los procesos vinculados con la clase social, el género, el territorio, la racialización y el acceso a recursos se incorporan biológicamente a lo largo del curso de vida y reconfiguran las oportunidades y los riesgos de cada mujer, lo que evidencia que la continuidad de la lactancia no depende únicamente de la intención personal sino también del entramado de protecciones y restricciones que impone el mercado de trabajo, la organización de los servicios de salud, las normas culturales de cuidado en el hogar y las políticas públicas que pueden facilitar o limitar los tiempos y espacios para amamantar [26,1].

Definición de lactancia materna exclusiva (LME)

En este contexto, la lactancia materna exclusiva se entiende como la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida sin incluir agua ni otros alimentos salvo indicación terapéutica, siendo reconocida como el estándar óptimo porque satisface plenamente los requerimientos energéticos y de micronutrientes, además favorece la maduración intestinal y el desarrollo de la microbiota, aporta factores inmunológicos específicos y reduce la exposición del niño a patógenos y contaminantes que suelen introducirse con líquidos o preparaciones innecesarias [27,28].

Importancia sanitaria: Beneficios para el lactante y la madre

La importancia sanitaria y social de esta práctica se expresa en la reducción significativa de diarreas y neumonías, en la prevención de trayectorias de riesgo metabólico como la obesidad y otras enfermedades crónicas, en la obtención de mejores desempeños neurocognitivos y educativos que se proyectan en productividad futura, así como en los beneficios maternos asociados con un menor

riesgo de ciertos tipo de cáncer y con la regulación natural del espaciamiento intergenésico, de manera que su promoción se reconoce como una estrategia de costo. efectividad y equitativa que se alinea con las metas de salud pública y de desarrollo humano [29].

Impacto en la Salud Pública y sostenibilidad ambiental

De ese orden de ideas, garantizar la protección de la primera hora de vida, sostener la exclusividad durante seis meses y continuar con una lactancia acompañada de alimentación complementaria adecuada conforma un continuo de cuidado que incrementa la supervivencia infantil, fortalece la acumulación de capital humano y contribuye a la reducción de la huella ambiental al disminuir el uso de fórmulas y empaques, lo que reafirma el carácter de la lactancia como política pública integral que articula salud, protección social y sostenibilidad[30].

Factores sociodemográficos de la lactancia materna

Por otro lado, los factores sociodemográficos se definen como aquellas características personales y sociales de la madre que influyen en sus oportunidades de acceso a información, servicios de salud y apoyo comunitario, determinando en gran medida la posibilidad de establecer y sostener la lactancia materna exclusiva[31,32].

Influencia de la edad materna y el soporte social

Incluyen la edad de la madre, medida en años cumplidos entre 15 y 49, cuyo desplazamiento hacia edades mayores se asocia con mayores demandas de tiempo y probabilidad de intervenciones obstétricas, factores que cuando no reciben soporte adecuado pueden debilitar la continuidad de la práctica [(32,33).] Consideran además el estado civil, pues las mujeres casadas o convivientes suelen contar con mayor soporte social que aquellas sin pareja, lo que repercute en la adherencia a la lactancia [33,34].

El Rol del entorno geográfico: Área de residencia

El área de residencia constituye otro determinante, dado que en contextos urbanos existen mayores presiones laborales y sociales que incrementan la introducción temprana de sucedáneos, mientras que en áreas rurales persiste una mayor

prevalencia de exclusividad [34,35,36].

Grado de instrucción y desigualdades socioeconómicas

Del mismo modo, el grado de instrucción y el nivel socioeconómico modulan las prácticas de lactancia, ya que las desigualdades educativas y materiales condicionan tanto el acceso a servicios como la capacidad de sostener la práctica [36,37].

En segundo lugar, los factores educativos se entienden como las experiencias formativas y de consejería que fortalecen los conocimientos y las habilidades prácticas de la madre para amamantar. Incluyen si la mujer recibió capacitación específica en lactancia materna, si fue instruida en la preparación de los pezones para la lactancia y si se le enseñó la técnica de amamantamiento [37,38,39,40,41]. La evidencia nacional indica que la capacitación y la consejería incrementan de manera consistente la probabilidad de mantener la exclusividad, aunque el efecto del nivel educativo formal presenta matices: un menor nivel de escolaridad puede asociarse con mayor continuidad cuando existen normas comunitarias pro-lactancia y control social frente al uso de sucedáneos[42,43].

Mientras que la educación técnica, tecnológica o universitaria potencia la intención de amamantar al reforzar la alfabetización en salud y la capacidad de discernir frente a la publicidad de fórmulas[36,37,38]. En el Perú se ha observado que la consejería repetida durante los controles prenatales y la secundaria completa son determinantes para sostener la práctica[15].

Factores Obstétricos

En tercer lugar, los factores obstétricos se definen como las condiciones vinculadas al proceso reproductivo y al tipo de atención recibida durante la gestación y el parto, que influyen en el inicio y la continuidad de la lactancia[44].

Experiencia materna: La paridad

Incluyen la paridad, diferenciando entre primíparas y multíparas, siendo estas últimas más proclives a mantener la práctica gracias a la experiencia acumulada[45].

El tipo de parto

También comprenden el tipo de parto, donde el vaginal facilita el inicio precoz y la continuidad, mientras que la cesárea puede retrasar la instauración y aumentar el riesgo de abandono temprano[46].

Control prenatal y calidad de la consejería

El número de controles prenatales recibidos es igualmente decisivo, dado que cuatro o más consultas se asocian con mayor prevalencia de exclusividad, en tanto que menos de cuatro reflejan barreras de acceso a servicios[47]. Finalmente, la consejería en lactancia durante los controles prenatales constituye un indicador clave de la calidad de la atención y ha demostrado efectos positivos sostenidos en el inicio oportuno y en la adherencia al amamantamiento exclusivo[48].

Determinantes propios del recién nacido

Los factores del recién nacido se definen como las características biológicas y situacionales del niño que condicionan la práctica de la lactancia materna exclusiva. Incluyen la edad del lactante en meses, comprendida entre 0 y 5, que permite observar la disminución progresiva de la exclusividad conforme se acerca el inicio de la alimentación complementaria[9,49].

Edad del lactante y transición alimentaria

También consideran el orden de nacimiento, donde los hijos posteriores suelen beneficiarse de la experiencia y confianza materna acumulada, aumentando la probabilidad de sostener la práctica [49,50]. Asimismo, el peso al nacer es un indicador fundamental, ya que los niños con bajo peso (<2500 g) presentan mayor vulnerabilidad y requieren cuidados adicionales, lo que incrementa el riesgo de interrupciones tempranas de la exclusividad frente a los nacidos con peso normal [51,52].

2.3. Definición de términos

Alimentación infantil: la alimentación infantil forma parte esencial de la primera infancia, etapa comprendida desde la concepción hasta los cinco años de edad. En este periodo, los niños requieren alimentos adecuados, siendo la leche materna desde la primera hora de vida el pilar fundamental, pues favorece el desarrollo cerebral saludable, previene la desnutrición, las enfermedades infecciosas y reduce

el riesgo de obesidad y patologías crónicas en etapas posteriores [52,53, 54].

Área de residencia: Se entiende como el lugar geográfico en el que habita un individuo o un hogar, vinculando las características de la vivienda, la localidad y las dinámicas socioespaciales. La residencia, no se reduce únicamente al espacio físico, sino que integra aspectos sociales, económicos y culturales, considerando que la residencia constituye un hecho socioespacial que conecta la vivienda con la estructura social y la comunidad local[55,56].

Atención posnatal: es el conjunto de cuidados que recibe la madre y el recién nacido desde el momento del nacimiento hasta aproximadamente seis semanas después (42 días), durante el cual se promueve su bienestar físico y emocional, se detectan y previenen posibles complicaciones, y se brinda acompañamiento informativo por personal capacitado dentro de un sistema sanitario sensible y con recursos adecuados[57,58.59,60].

Atención prenatal: es aquella actividad realizada por un profesional de salud capacitado que permite la vigilancia, evaluación integral, prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones que puedan ocasionar morbilidad y mortalidad materna y perinatal; según la Organización Mundial de la Salud, además incluye funciones de promoción de la salud, cribado y prevención de enfermedades[60,61].

Capacitación sobre lactancia materna: Proceso educativo dirigido a mujeres que acaban de dar a luz para desarrollar conocimientos, habilidades prácticas y confianza para iniciar y mantener la lactancia (posición y agarre, reconocimiento de señales de hambre, extracción/almacenamiento, manejo de dificultades frecuentes), lo cual mejora el éxito y la autoeficacia de la lactancia cuando es impartido por personal de salud en el periodo posnatal[62,63].

Centro de salud: locales o establecimientos de salud que brindan atención médica o vacunación en Lima y provincias, disponibles para todos los ciudadanos, que constituyen el primer punto de contacto con el sistema sanitario en el primer nivel de atención, proporcionando servicios básicos de salud preventiva y curativa[64].

Cesárea: intervención quirúrgica mediante la cual se extrae al feto a través de una incisión en la pared abdominal y uterina; esta intervención puede implicar limitaciones en el inicio inmediato de la lactancia, al afectar el contacto temprano madre-hijo y la recuperación posoperatoria[65].

Controles prenatales: Atenciones periódicas realizadas durante el embarazo para supervisar la salud materna y fetal, prevenir complicaciones y brindar orientación sobre el parto y la lactancia[66].

Edad materna: Rango de edad en el que se encuentra la mujer en edad fértil; se considera que la edad materna avanzada (≥ 35 años) influye en decisiones reproductivas y prácticas de salud, incluyendo la lactancia, al asociarse con mayores riesgos obstétricos[67].

Estado civil: Condición legal de una persona respecto a su situación conyugal (casada, soltera, conviviente, etc.), la cual puede influir en el apoyo recibido y en la práctica de la lactancia[68].

Grado de instrucción: Nivel educativo alcanzado por la persona, clasificado generalmente como primaria, secundaria o superior. Este factor influye en la comprensión y aplicación de prácticas de salud como la lactancia exclusiva[69].

Lactancia materna: Es el proceso natural de alimentación del recién nacido y del lactante mediante la leche producida por la madre, considerada el alimento ideal por su composición única que aporta nutrientes esenciales, factores inmunológicos y componentes bioactivos que favorecen el crecimiento, desarrollo y protección contra enfermedades, además de fortalecer el vínculo afectivo madre-hijo y contribuir a la salud materna y neonatal dentro de los primeros seis meses de vida y más allá [70,71,72].

Multípara: Mujer que ha tenido dos o más partos. Se asocia con mayor experiencia previa, lo cual podría influir en la adherencia a prácticas de lactancia exclusiva [73].

Número de controles prenatales: Cantidad de visitas médicas realizadas durante el embarazo para evaluar la salud de la madre y el feto. Un mayor número de controles

está vinculado a mejores prácticas de lactancia [74].

Paridad: Número de veces que una mujer ha dado a luz a un feto viable. Este factor obstétrico se asocia con la experiencia materna y su posible impacto en la práctica de lactancia [75].

Parto vaginal: Proceso fisiológico por el cual el feto es expulsado del útero a través del canal vaginal. Se asocia con mayor contacto temprano madre-hijo y favorece el inicio precoz de la lactancia [76,77].

Primípara: Mujer que ha tenido un solo parto con un feto viable. Se considera un factor de experiencia obstétrica que puede influir en la práctica de lactancia[45].

Promoción de la lactancia materna: Estrategias comunicacionales y educativas dirigidas a fomentar la práctica de lactancia exclusiva, llevadas a cabo en centros de salud y espacios comunitarios[78,79].

Técnica de lactancia materna: Conjunto de acciones adecuadas que permiten un amamantamiento efectivo, incluyendo el agarre correcto, posición del bebé y frecuencia de lactancia[79].

Tipo de parto: Forma en la que se produce el nacimiento del bebé, ya sea por parto vaginal o por cesárea. Este factor se ha relacionado con la probabilidad de establecer la lactancia materna exclusiva en el posparto inmediato[77].

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Hipótesis nula

H_0: No existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos, educativos, obstétricos y del recién nacido evaluados y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses, según la ENDES 2024.

Hipótesis alternativa

H_1: Existe asociación estadísticamente significativa entre al menos uno de los factores sociodemográficos, educativos, obstétricos o del recién nacido evaluados y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses, según la ENDES 2024.

3.2. Variables

Variables de investigación 1:

Lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva se define como el régimen alimentario donde el lactante recibe únicamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza), sin la adición de ningún otro tipo de líquido o sólido, ni siquiera agua[27].

Variable de investigación 2:

Factores asociados a LME

Los factores asociados a LME se definieron como el conjunto de características sociodemográficas, educativas, obstétricas y del recién nacido disponibles en ENDES 2024 que fueron evaluadas por su posible asociación estadística con la práctica de lactancia materna exclusiva, sin asumir causalidad ni significancia previa.

3.3. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala	Código de microdatos	Variable ENDES	Valor final
Lactancia materna exclusiva	Práctica de alimentación del lactante menor de seis meses exclusivamente con leche materna, sin otros alimentos ni bebidas, ni siquiera agua.	Condición de LME del último hijo nacido vivo (BIDX=1), menor de 6 meses (BEDAD=0–5) y que vive con la madre (B9=0), construida con lactancia actual (M4) y consumo de líquidos y alimentos en las últimas 24 horas (V409–V414U).	Lactancia materna exclusiva	LME en último hijo menor de 6 meses (0–5 meses) que vive con la madre, según consumo de las últimas 24 h	Cualitativa nominal dicotómica	REC21 + REC41 + REC42	BIDX; B9; BEDAD; M4; V409–V414U	LME derivada: 1 = Sí; 0 = No
Factores asociados	Conjunto de características sociodemográficas, educativas, obstétricas y del recién nacido evaluadas por su posible asociación con la práctica de LME.	Variables disponibles en ENDES 2024 incorporadas como explicativas para estimar su asociación con la LME.	Sociodemográficos	Edad materna (años)	Cuantitativa razón	REC0111	V012	1=15–19; 2=20–35; 3=36–49
				Estado civil	Cualitativa nominal	RE516171	V501	1=Conviviente; 2=Casada; 3=Sin pareja; 4=Nunca casada
				Área de residencia	Cualitativa nominal	REC0111	V025	1 Urbano; 2 Rural
				Grado de instrucción	Cualitativa ordinal	REC0111	V149	0 Sin educación; 1 Primaria incompleta; 2 Primaria completa; 3 Secundaria incompleta; 4 Secundaria completa; 5 Superior
				Nivel socioeconómico (quintil)	Cualitativa ordinal	REC0111	V190	1 Más pobre; 2 Pobre; 3 Medio; 4 Rico; 5 Más rico

				Condición laboral	Cualitativa nominal dicotómica	RE516171	V714	0 No; 1 Sí
				Cobertura de seguro de salud	Cualitativa nominal dicotómica	REC42	V481	0 No; 1 Sí
				Educación del cónyuge/pareja	Cualitativa ordinal	RE516171	V701	0 Ninguno; 1 Primaria; 2 Secundaria; 3 Superior; 8 No sabe (excluir); no disponible/no aplica = perdido en el análisis específico
			Educativos	Recibió capacitación sobre lactancia	Cualitativa nominal dicotómica	REC94	S441	0 No; 1 Sí
				Le enseñaron preparación de pezones	Cualitativa nominal dicotómica	REC94	S411K	0 No; 1 Sí; 8 No sabe (excluir)
				Le enseñaron técnica para dar de mamar	Cualitativa nominal dicotómica	REC94	S411L	0 No; 1 Sí; 8 No sabe (excluir)
			Obstétricos	Paridad (primípara/multípara)	Cualitativa nominal dicotómica	RE223132	V201	Variable derivada: 1=Primípara (V201=1); 2=Multípara (V201≥2)
				Tipo de parto	Cualitativa nominal	REC41	M17	Variable derivada: 1=Vaginal/no cesárea (M17=0); 2=Cesárea (M17=1)
				Controles prenatales	Cualitativa ordinal	REC41	M14	Variable derivada: 1=Inadecuado (M14=0–5); 2=Adecuado (M14≥6); M14=98 excluir
			Recién nacido	Edad del lactante (meses)	Cuantitativa discreta	REC21	BEDAD	0–5 meses

				Orden de nacimiento	Cuantitativa discreta	REC21	BORD	1=Primero; 2=Segundo; 3=Tercero; 4=Cuarto o más
				Peso al nacer (g)	Cualitativa nominal politómica	REC41	M19	Variable derivada: 1=Bajo peso (<2500 g); 2=Normal (2500–3999 g); 3=Macrosómico (≥4000 g); 9996/9998 excluir

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo cuantitativa y básica, desarrollada mediante análisis secundario de microdatos oficiales.

4.2. Diseño de estudio

El diseño de la investigación fue observacional de tipo analítico, de corte transversal y retrospectivo, basado en el análisis secundario de los microdatos de la ENDES 2024.

4.3. Población

El universo del estudio estuvo constituido por 35601 viviendas efectivamente entrevistadas a nivel nacional en la ENDES 2024; a partir de dichas viviendas se identificaron 37117 mujeres de 15 a 49 años y, dentro de ellas, se dispuso de 34252 entrevistas completas, las cuales conformaron el marco muestral nacional bajo un diseño probabilístico, estratificado y por conglomerados.

La población de estudio estuvo conformada por los registros madre-lactante de la ENDES 2024 en los que se identificó a una mujer de 15 a 49 años con su último hijo nacido vivo (BIDX=1), menor de seis meses de edad cumplido (BEDAD=0–5) y que vivía con la madre (B9=0). Luego de aplicar estos criterios y conservar los registros con información válida para construir la lactancia materna exclusiva y el diseño muestral, la base analítica quedó constituida por 1462 registros elegibles.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 15 a 49 años entrevistadas en la ENDES 2024.
- Registros correspondientes al último hijo nacido vivo de la mujer (BIDX=1).
- Registros con lactante menor de seis meses, definido operativamente como 0 a 5 meses cumplidos (BEDAD=0–5), que vive con la madre (B9=0).
- Casos con información válida para reconstruir la lactancia materna exclusiva a partir de lactancia actual y consumo de líquidos y alimentos durante las últimas 24 horas.

- Casos con información disponible de estrato, conglomerado y factor de ponderación para considerar el diseño muestral complejo de ENDES 2024.
- Los valores no aplicables o perdidos de covariables específicas se conservaron como perdidos y se excluyeron únicamente del análisis en el que intervenía dicha variable.

Criterios de exclusión:

- Registros sin vínculo madre-lactante elegible, correspondientes a un nacimiento distinto del último hijo o con lactante fuera del rango de 0 a 5 meses.
- Registros en los que el lactante no vivía con la madre o no podía verificarse la elegibilidad mediante los identificadores de los módulos.
- Registros sin información suficiente para construir la variable de lactancia materna exclusiva de las últimas 24 horas.
- Registros sin las variables indispensables del diseño muestral complejo de ENDES.
- Los valores perdidos en factores específicos no motivaron la exclusión total del registro; se aplicó exclusión por análisis según la variable o modelo correspondiente.
- Se excluyeron únicamente los registros con inconsistencias de enlace o ausencia de información indispensable para definir el universo analítico.

4.4. Muestra

Unidad de análisis:

La unidad de análisis estuvo constituida por cada registro madre-lactante formado por una mujer de 15 a 49 años y con último hijo nacido vivo de 0 a 5 meses (menor de seis meses) que vivía con ella al momento de la encuesta.

Tipo de muestreo

No se realizó un muestreo adicional independiente. Se trabajó con una submuestra analítica derivada del diseño probabilístico, bietápico, estratificado y por conglomerados de la ENDES 2024, conservando las variables de diseño V022 (estrato), V001 (conglomerado) y V005 (factor de ponderación) para las estimaciones poblacionales.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra analítica fue de 1462 registros no ponderados. Este número resultó de aplicar los criterios de elegibilidad al último hijo nacido vivo, restringir la edad a 0–5 meses, verificar que viviera con la madre y contar con la información necesaria para construir la LME y el diseño muestral. Los valores perdidos de covariables específicas redujeron únicamente el n válido de los análisis correspondientes, sin modificar el tamaño de la base principal.

4.5. Técnica

La técnica empleada fue el análisis documental, entendida como un procedimiento sistemático de recopilación, organización y análisis crítico de fuentes oficiales, cuyo propósito es interpretar información existente para responder a una pregunta de investigación específica y fundamentar científicamente el estudio[81]. En ese sentido, la presente investigación empleó dicha técnica porque se realizó el examen metódico de fuentes secundarias oficiales, específicamente los microdatos de la ENDES 2024 disponibles en el portal institucional del INEI, a partir de los cuales se identificaron variables según códigos oficiales, se integraron módulos, se controló la consistencia de los registros y se construyó una base analítica para estimar asociaciones entre la lactancia materna exclusiva y los factores sociodemográficos, obstétricos, educativos y del recién nacido.

4.6. Instrumento de recolección de datos

Para esta investigación se utilizó una ficha de extracción y codificación aplicada a los microdatos secundarios de la ENDES 2024, mediante la cual se registraron los módulos, códigos, categorías y reglas de recodificación definidos en la matriz de operacionalización. La variable dependiente LME se construyó para el último hijo nacido vivo menor de seis meses que vive con la madre, integrando REC21 (BIDX, B9 y BEDAD), REC41 (M4) y REC42 (V409–V414U); se clasificó como LME=1 cuando el lactante continuaba recibiendo leche materna y no había consumido otros líquidos ni alimentos en las últimas 24 horas, y como LME=0 en caso contrario. Los factores asociados se organizaron en las dimensiones sociodemográfica, educativa, obstétrica y del recién nacido conforme a los módulos y códigos oficiales consignados en la matriz. Al emplearse microdatos oficiales previamente estandarizados, no se validó un cuestionario ad hoc; la trazabilidad se aseguró mediante la ficha de

extracción y las reglas de integración y recodificación.

4.7. Procedimientos

En primera instancia, se presentó el proyecto de investigación al Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia para su evaluación y aprobación, gestionándose posteriormente el trámite correspondiente para la emisión de la Resolución de Decanato.

En segundo lugar, se accedió al repositorio oficial de microdatos del INEI y se integraron los módulos requeridos mediante los identificadores correspondientes. Se identificó al último hijo nacido vivo (BIDX=1), se verificó que viviera con la madre (B9=0) y se restringió la edad a 0–5 meses (BEDAD=0–5). Posteriormente se reconstruyó la LME con M4 y las variables V409–V414U referidas al consumo de las últimas 24 horas, se recodificaron los factores según la matriz y se conservaron V001, V022 y V005 para el análisis del diseño muestral complejo. La base final estuvo conformada por 1462 registros.

4.8. Análisis de datos

Tras completar la construcción de la base analítica a partir de los microdatos ENDES 2024, la información fue organizada y auditada en Microsoft Office Excel 2021, manteniendo las variables originales y las recodificaciones definidas en la matriz de operacionalización. Posteriormente, la base se procesó en SPSS versión 27, conservando estrato, conglomerado y factor de ponderación.

El análisis estadístico consideró el diseño muestral complejo de ENDES 2024. Las frecuencias se presentaron como n no ponderado y los porcentajes como estimaciones ponderadas; las asociaciones bivariadas se evaluaron mediante la prueba de independencia ajustada Rao-Scott (Chi-cuadrado para muestras complejas) al diseño complejo. Para estimar razones de prevalencia ajustadas (RPa) se emplearon modelos de regresión de Poisson con enlace log y covarianza robusta, desarrollados por bloques de acuerdo con cada objetivo específico. En SPSS, los modelos se ejecutaron mediante GENLIN-GEE con agrupación por unidad primaria de muestreo y ponderación relativa escalada, mientras que las estimaciones descriptivas y bivariadas se obtuvieron con el plan de muestras complejas. La educación del cónyuge/pareja se evaluó descriptiva y bivariadamente, pero no se

incluyó simultáneamente con estado civil en el modelo sociodemográfico debido a la categoría estructural no aplicable en mujeres nunca casadas, evitando colinealidad y pérdida selectiva de casos. Se adoptó un nivel de significancia de $p<0,05$ y los valores perdidos se excluyeron por análisis.

4.9. Consideraciones éticas

La presente investigación se condujo conforme a los principios éticos de autonomía, respeto, beneficencia y justicia establecidos en la Declaración de Helsinki[82]. Debido a que se trató de un análisis secundario, documental y transversal de microdatos anonimizados de la ENDES 2024, no existió contacto directo ni intervención con las participantes, y los registros utilizados no permitieron su identificación individual.

En ese marco, no correspondió solicitar consentimiento informado porque no existió interacción con sujetos de investigación ni posibilidad razonable de daño físico, psicológico, social o legal para las participantes, y el uso de la información se limitó a fines académicos y analíticos, respetando el carácter oficial y estandarizado de la base de datos; asimismo, por la naturaleza secundaria, anonimizada y sin riesgo del estudio, no se gestionó aprobación por un comité de ética, en concordancia con los criterios aplicables a investigaciones que emplean datos públicos anonimizados sin intervención en seres humanos.

V. RESULTADOS

Análisis descriptivo

Tabla 1. Características generales y factores sociodemográficos de mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses según ENDES 2024.

Variable / dimensión	Categoría	n	% ponderado
LME	Sí	1023	67,4
	No	439	32,6
Edad materna agrupada	15-19 adolescentes	165	10,7
	20-35 adultas jóvenes	1030	70,5
	36-49 años	267	18,7
Estado civil	Viviendo juntos	1037	69,7
	Casada	204	14,7
	No vive con pareja	122	8,9
	Nunca casada	99	6,6
Área de residencia	Urbana	1019	72,9
	Rural	443	27,1
Grado de instrucción	Sin educación	4	0,2
	Primaria incompleta	67	4,4
	Primaria completa	115	8,1
	Secundaria incompleta	259	16,5
	Secundaria completa	473	32,0
	Superior	544	38,7
Nivel socioeconómico (quintil)	Muy pobre	453	28,2
	Pobre	388	24,5
	Medio	290	19,5
	Rico	213	15,0
	Muy rico	118	12,8
Condición laboral	Sí	543	36,9
	No	919	63,1
Cobertura de seguro de salud	Sí	1409	96,6
	No	53	3,4
Educación del cónyuge/pareja	Ninguna	6	0,4
	Primaria	150	11,5
	Secundaria	726	52,9
	Superior	477	35,2
Total			

Nota: n total=1462; educación del cónyuge/pareja: n válido=1359 por registros no aplicables o sin información válida.

En la Tabla 1, la prevalencia ponderada de lactancia materna exclusiva (LME) fue de 67,4%; en términos no ponderados, 1023 registros se clasificaron con LME y 439 sin LME. Entre las características sociodemográficas predominaron las mujeres de 20–35 años (70,5%), las convivientes (69,7%) y las residentes en el área urbana (72,9%). El grado de instrucción se concentró en educación superior (38,7%) y secundaria

completa (32,0%); los quintiles muy pobre y pobre reunieron 52,7% de la distribución ponderada, 63,1% no trabajaba y 96,6% contaba con seguro de salud. Entre los 1359 registros con información válida sobre educación de la pareja, predominaron secundaria (52,9%) y superior (35,2%).

Tabla 2. Factores educativos, obstétricos y del recién nacido en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses según ENDES 2024.

Variable / dimensión	Categoría	n	% ponderado
Recibió capacitación sobre lactancia	Sí	1068	70,7
	No	394	29,3
Le enseñaron preparación de pezones	Sí	1052	70,5
	No	397	29,5
Le enseñaron técnica para dar de mamar	Sí	1063	71,2
	No	387	28,8
Paridad	Primípara	474	33,8
	Multípara	988	66,2
Tipo de parto	Vaginal	947	61,2
	Cesárea	515	38,8
Controles prenatales (agrupado)	Inadecuado (0–5 controles)	152	11,4
	Adecuado (≥6 controles)	1310	88,6
Edad del lactante	0 meses	105	7,1
	1 mes	161	10,0
	2 meses	251	15,8
	3 meses	291	20,2
	4 meses	328	22,2
	5 meses	326	24,6
Orden de nacimiento	Primero	474	33,8
	Segundo	467	32,3
	Tercero	298	19,7
	4 o más	223	14,2
Peso al nacer (agrupado)	Bajo (<2500 g)	79	5,0
	Normal (2500–3999 g)	1267	89,3
	Macrosómico (≥4000 g)	85	5,7

Nota: n total=1462; las diferencias en n corresponden a datos no válidos o valores especiales: S411K n=1449, S411L n=1450 y peso al nacer n=1431.

En la Tabla 2, 70,7% reportó haber recibido capacitación sobre lactancia, 70,5%

indicó que le enseñaron preparación de pezones y 71,2% refirió enseñanza de la técnica para dar de mamar. En los factores obstétricos, 66,2% correspondió a multíparas, 61,2% a parto vaginal y 88,6% a seis o más controles prenatales. Respecto al recién nacido, las mayores proporciones se observaron a los 5 meses (24,6%) y 4 meses (22,2%); el primer y segundo orden de nacimiento representaron 33,8% y 32,3%, respectivamente y, entre los 1431 registros con peso válido, predominó el peso normal de 2500–3999 g (89,3%), seguido de macrosomía (5,7%) y bajo peso (5,0%).

Análisis inferencial

Tabla 3. Análisis bivariado de factores sociodemográficos con LME en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de 0 a 5 meses, ENDES 2024.

Factor	Categoría	No LME		Sí LME		Total		p-valor
		n	(% Pond.)	n	(% Pond.)	n	(% Pond.)	
Edad materna	15–19 adolescentes	40	3,37	125	7,36	165	0,74	0,261
	20–35 adultas jóvenes	309	22,05	721	48,48	1030	70,53	
	36–49 años	90	7,20	177	11,53	267	18,74	
Estado civil	Viviendo juntos	294	20,35	743	49,37	1037	69,73	0,00
	Casada	62	5,18	142	9,56	204	14,74	
	No vive con pareja	41	3,57	81	5,35	122	8,92	
	Nunca casada	42	3,52	57	3,09	99	6,61	
Área de residencia	Urbana	361	27,86	658	45,08	1019	72,94	0,00
	Rural	78	4,77	365	22,30	443	27,06	
Nivel socioeconómico	Sin educación	0	0,00	4	0,22	4	0,22	0,00
	Primaria incompleta	15	0,93	52	3,50	67	4,43	
	Primaria completa	23	1,57	92	6,58	115	8,14	
	Secundaria incompleta	67	4,86	192	11,62	259	16,48	
	Secundaria completa	121	9,95	352	22,07	473	32,02	
	Superior	213	15,31	331	23,40	544	38,71	
	Muy pobre	76	5,04	377	23,11	453	28,15	0,00
	Pobre	105	7,44	283	17,03	388	24,47	
	Medio	111	7,28	179	12,24	290	19,52	
	Rico	85	6,36	128	8,69	213	15,05	
	Muy rico	62	6,50	56	6,31	118	12,81	
Condición laboral	Sí	214 (15,78)		329 (21,17)		543 (36,95)		0,001
	No	225	16,85	694	46,21	919	63,05	
Cobertura de seguro	Sí	420	31,39	989	65,24	1409	96,62	0,630
	No	19	1,24	34	2,14	53	3,38	
Educación del cónyuge/pareja	Ninguna	3	0,19	3	0,24	6	0,43	0,010
	Primaria	34	2,62	116	8,84	150	11,46	
	Secundaria	192	15,09	534	37,85	726	52,94	
	Superior	168	13,40	309	21,77	477	35,17	

Nota: n total=1462; educación del cónyuge/pareja se analizó con 1359 registros válidos. Los porcentajes son ponderados y p corresponde a la prueba ajustada al diseño complejo.

En la Tabla 3, la prueba de independencia ajustada al diseño muestral complejo mostró asociación de la LME con el estado civil (p=0,001), el área de residencia (p<0,001), el grado de instrucción (p<0,001), el nivel socioeconómico (p<0,001), la condición laboral (p<0,001) y la educación del cónyuge/pareja (p=0,010). No se evidenció asociación bivariada con la edad materna (p=0,261) ni con la cobertura de seguro de salud (p=0,630).

Tabla 4. Análisis bivariado de factores educativos con LME en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses, ENDES 2024

Factor	Categoría	No LME		Sí LME		Total		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Capacitación sobre lactancia	Sí	299	21,33	769	49,34	1068	70,66	0,021
	No	140	11,30	254	18,04	394	29,34	
Preparación de pezones	Sí	296	21,58	756	48,97	1052	70,55	0,050
	No	141	11,06	256	18,39	397	29,45	
Técnica para dar de mamar	Sí	292	21,30	771	49,86	1063	71,16	0,010
	No	145	11,33	242	17,51	387	28,84	

Nota: n total=1462; preparación de pezones tuvo n válido=1449 y técnica para dar de mamar n válido=1450 por registros sin información válida.

En la Tabla 4 el análisis bivariado encontró asociación estadísticamente significativa entre la capacitación en lactancia y la LME (p=0,021); de igual manera la enseñanza de la técnica de amamantamiento se asoció de forma significativa con la LME (p=0,010), ya que ambos factores tuvieron valores de $p < 0,05$. Por lo tanto, en el análisis bivariante, los factores educativos asociados estadísticamente de forma significativa con la LME fueron la capacitación en lactancia y la enseñanza de la técnica de amamantamiento.

Tabla 5. Análisis bivariado de factores obstétricos con LME en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses, ENDES 2024.

Factor	Categoría	No LME		Sí LME		Total		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Paridad	Primípara	160	12,42	314	21,33	474	33,75	0,044
	Multípara	279	20,20	709	46,05	988	66,25	
Tipo de parto	Vaginal	241	17,43	706	43,75	947	61,18	0,002
	Cesárea	198	15,20	317	23,62	515	38,82	
Controles prenatales	Inadecuado (0–5)	48	4,45	104	6,99	152	11,43	0,178
	Adecuado (≥6)	391	28,18	919	60,39	1310	88,57	

Nota: n=1462 en todas las variables. p corresponde a la prueba de independencia ajustada al diseño muestral complejo.

En la Tabla 5, el análisis bivariado identificó asociación estadísticamente significativa de la lactancia materna exclusiva (LME) con la paridad (p=0,044) y el tipo de parto (p=0,002) distribuyendo proporcionalmente los casos de LME en un 46,05% para multíparas frente a un 21,33% en primíparas y un 43,75% en partos vaginales frente a un 23,62% en cesáreas.

Tabla 6. Análisis bivariado de factores del recién nacido con LME en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses, ENDES 2024.

Factor	Categoría	No LME		Sí LME		Total		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Edad del lactante	0 meses	16	1,28	89	5,81	105	7,09	<0,001
	1 mes	36	2,45	125	7,58	161	10,03	
	2 meses	53	4,20	198	11,58	251	15,78	
	3 meses	80	6,17	211	14,06	291	20,23	
	4 meses	97	6,46	231	15,78	328	22,24	
	5 meses	157	12,06	169	12,57|	326	24,63	
Orden de nacimiento	Primero	160	12,42	314	21,33	474	33,75	0,010
	Segundo	146	11,21	321	21,12	467	32,34	
	Tercero	76	4,72	222	14,97	298	19,69	
	4 o más	57	4,27	166	9,95	223	14,22	
Peso al nacer	Bajo	28	1,99	51	3,03	79	5,02	0,371
	Normal	380	29,49	887	59,78	1267	89,28	
	Macrosómico	26	1,50	59	4,21)	85	5,71	

Nota: n total=1462; peso al nacer se analizó con 1431 registros válidos, excluyéndose 31 valores no clasificables.

En la Tabla 6, el análisis bivariado identificó una asociación estadísticamente significativa de la lactancia materna exclusiva (LME) con la edad del lactante (p<0,001) y con el orden de nacimiento (p=0,010), registrándose en esta última variable una mayor proporción de LME en la categoría de tercer orden.

Prueba de la hipótesis específico 1

H_0: No existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.

H_1: Existe asociación significativa entre al menos uno de los factores sociodemográficos evaluados y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.

Tabla 7. Factores sociodemográficos asociados a la LME mediante regresión de Poisson robusta.

Factor	Categoría	RPa	IC95% ajustado	p ajustada
Edad materna	20–35 años (ref)	1,000	–	–
	15–19 años	0,958	0,837–1,097	0,537
	36–49 años	0,929	0,809–1,068	0,302
Estado civil	Viviendo juntos (ref)	1,000	–	–
	Casada	1,037	0,908–1,185	0,590
	No vive con pareja	0,883	0,736–1,058	0,178
	Nunca casada	0,680	0,525–0,880	0.003
Área de residencia	Rural (ref)	1,000	–	–
	Urbana	0,913	0,813–1,025	0,121
Grado de instrucción	Primaria completa (ref)	1,000	–	–
	Sin educación	1,169	1,031–1,325	0,015
	Primaria incompleta	1,007	0,845–1,200	0,936
	Secundaria incompleta	0,965	0,836–1,113	0,621
	Secundaria completa	0,995	0,874–1,133	0,943
	Superior	1,016	0,881–1,172	0,825
Nivel socioeconómico	Muy pobre (ref)	1,000	–	–
	Pobre	0,913	0,813–1,026	0,126
	Medio	0,822	0,700–0,965	0,017
	Rico	0,753	0,615–0,923	0,006
	Muy rico	0,665	0,512–0,866	0,002
Condición laboral	No (ref)	1,000	–	–
	Sí	0,833	0,752–0,922	0,000
Cobertura de seguro	No (ref)	1,000	–	–
	Sí	1,030	0,800–1,327	0,817

Nota: RPa = razón de prevalencia ajustada; IC95% = intervalo de confianza al 95%. El modelo incluyó los 1462 registros.

En la Tabla 7, los resultados tras aplicar el modelo de regresión de Poisson robusta mostraron que la probabilidad de práctica de lactancia materna exclusiva (LME) se reduce en las mujeres nunca casadas frente a convivientes (RPa=0,680; IC95%: 0,525–0,880; p=0,003), en los quintiles socioeconómicos medio (RPa=0,822; p=0,017), rico (RPa=0,753; p=0,006) y muy rico (RPa=0,665; p=0,002) frente a muy pobre y en la condición laboral activa (RPa=0,833; IC95%: 0,752–0,922; p<0,001). Simultáneamente, se detectó que se incrementa la probabilidad de la práctica de LME en mujeres sin educación frente a primaria completa (RPa=1,169; IC95%: 1,031–1,325; p=0,015), parámetro estadístico sujeto a precaución por su tamaño muestral marginal (n=4); en consecuencia, se determina el rechazo de la hipótesis nula a favor de la hipótesis específica 1.

Prueba de la hipótesis específica 2

H_0: No existe asociación significativa entre los factores educativos y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.

H_1: Existe asociación significativa entre al menos uno de los factores educativos evaluados y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.

Tabla 8. Factores educativos asociados a la LME mediante regresión de Poisson robusta.

Factor	Categoría	RPa	IC95% ajustado	p ajustada
Capacitación sobre lactancia	No (ref)	1,000	–	–
	Sí	1,068	0,834–1,366	0,603
Preparación de pezones	No (ref)	1,000	–	–
	Sí	0,863	0,711–1,047	0,135
Técnica para dar de mamar	No (ref)	1,000	–	–
	Sí	1,247	0,978–1,589	0,075

Nota: RPa = razón de prevalencia ajustada; IC95% = intervalo de confianza al 95%. El modelo se estimó con 1449 casos completos; los demás registros presentaron información no válida en al menos una variable educativa.

En la Tabla 8, el modelo de regresión de Poisson robusta no encontró asociación estadísticamente significativa entre los factores educativos y la lactancia materna exclusiva (LME), ya que la capacitación en lactancia (p=0,603), la preparación de pezones (p=0,135) y la enseñanza de la técnica (p=0,075) tuvieron valores p mayores de 0,05 y sus intervalos de confianza al 95% incluyeron la unidad. Por lo tanto, la ausencia de asociación independiente tras el ajuste estadístico no permite rechazar la hipótesis nula (H_0), concluyendo que no hay evidencia cuantitativa suficiente para respaldar la hipótesis alternativa específica 2.

Prueba de la hipótesis específica 3

H_0: No existe asociación significativa entre los factores obstétricos y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.

H_1: Existe asociación significativa entre al menos uno de los factores obstétricos evaluados y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.

Tabla 9. Factores obstétricos asociados a la LME mediante regresión de Poisson robusta

Factor	Categoría	RPa	IC95% ajustado	p ajustada
Paridad	Primípara (ref)	1,000	–	–
	Multípara	1,091	0,991–1,201	0,077
Tipo de parto	Vaginal (ref)	1,000	–	–
	Cesárea	0,849	0,765–0,943	0,002
Control prenatal	Inadecuado (0–5) (ref)	1,000	–	–
	Adecuado (≥6)	1,137	0,964–1,341	0,126

Nota: RPa = razón de prevalencia ajustada; IC95% = intervalo de confianza al 95%. El modelo incluyó los 1462 registros

En la tabla 9, los resultados tras aplicar el modelo de regresión de Poisson robusta mostraron que la probabilidad de la práctica de lactancia materna exclusiva (LME) se reduce cuando las mujeres se someten a cesárea, reduciendo en un 15.1% la prevalencia frene al parto vaginal (RPa=0,849; IC95%: 0,765–0,943; p=0,002); por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa 3, confirmando que el tipo de parto es un factor obstétrico con asociación estadística comprobado sobre la práctica de LME.

Prueba de la hipótesis específica 4

H_0: No existe asociación significativa entre los factores del recién nacido y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.

H_1: Existe asociación significativa entre al menos uno de los factores del recién nacido evaluados y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.

Tabla 10. Factores del recién nacido asociados a la LME mediante regresión de Poisson robusta

Factor	Categoría	RPa	IC95% ajustado	p ajustada
Edad del lactante	0 meses (ref)	1,000	-	-
	1 mes	0,932	0,790-1,099	0,403
	2 meses	0,925	0,786-1,087	0,344
	3 meses	0,868	0,741-1,017	0,081
	4 meses	0,891	0,766-1,036	0,133
	5 meses	0,642	0,537-0,767	0,000
Orden de nacimiento	Primero (ref)	1,000	-	-
	Segundo	1,014	0,901–1,141	0,816
	Tercero	1,183	1,056-1,326	0,004
	4 o más	1,071	0,934-1,228	0,329
Peso al nacer	Normal (ref)	1,000	-	-
	Bajo	0,939	0,745-1,182	0,589
	Macrosómico	1,132	0,941-1,361	0,188

Nota: razón de prevalencia ajustada; IC95% = intervalo de confianza al 95%. El modelo se estimó con 1431 registros, tras excluir 31 casos sin peso al nacer clasificable.

En la Tabla 10, los resultados tras aplicar el modelo de regresión robusta de Poisson mostró que la probabilidad de práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) se reduce cuando la edad del lactante aumenta a 5 meses, con respecto a la de 0 meses (RPa=0,642; IC95%: 0,537–0,767; p<0,001); mientras que la probabilidad de realizar la práctica de LME se incrementa cuando el orden de nacimiento es el tercero frente al primero (RPa=1,183; IC95%: 1,056–1,326; p=0,004). Por lo tanto, la constatación

de estas relaciones independientes después del ajuste estadístico de los factores propios del recién nacido supone el rechazo de la hipótesis nula a favor de la hipótesis alternativa específica 4.

VI. DISCUSIÓN

La prioridad de salud materno-infantil es la lactancia materna exclusiva y para su evaluación se necesita evidencia actualizada, comparable y representativa que permita reconocer los factores asociados a su práctica. En este marco, la ENDES 2024 proporciona una base nacional estandarizada, elaborada a partir de una muestra probabilística estratificada y en conglomerados, que permite estimar las asociaciones tomando en cuenta la ponderación y la compleja estructura de la encuesta. Por lo tanto, resulta pertinente su análisis para examinar de forma cuantitativa los factores sociodemográficos, educacionales, obstétricos y del recién nacido asociados con la LME, en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.[6]

Para el primer objetivo específico, el modelo sociodemográfico identificó asociación inversa estadísticamente significativa con la categoría nunca casada frente a conviviente (RPa=0,680; IC95%: 0,525-0,880; p=0,003), con los quintiles medio (RPa=0,822; p=0,017), rico (RPa=0,753; p=0,006) y muy rico (RPa=0,665; p=0,002) frente al quintil muy pobre, y con la condición laboral activa (RPa=0,833; IC95%: 0,752-0,922; p<0,001). También la categoría sin educación presentó asociación directa frente a primaria completa (RPa=1,169; IC95%: 1,031-1,325; p=0,015), aunque correspondió a sólo cuatro registros.

Estos resultados coinciden con los de Kebede et al[21]. quienes analizaron a 313 mujeres

trabajadoras y reportaron un 75,7% realizó el abandono de la LME, con asociación de la interrupción con condiciones laborales desfavorables; de igual manera, se semeja lo reportado por Salsavilca[24] mediante ENDES 2018 informó un 10,2% de adherencia según su definición operativa y asociación negativa con trabajo remunerado y mayor índice de riqueza; de forma similar, Álvarez D. y Sánchez W.[23] en 7487 pares madre-hijo estimaron un 74,0% de LME y encontraron asociación con nivel socioeconómico y ocupación materna.

Este resultado se alinea con la perspectiva socio ecológica, que postula que las prácticas de salud se relacionan con la posición social y condiciones estructurales del entorno[26], en ese sentido, la correspondencia con el enfoque socio ecológico fue parcial y diferenciada, ya que no todos los componentes sociodemográficos mostraron el mismo comportamiento frente a la LME. El análisis estadístico se concentró en condiciones relacionadas con la situación conyugal, económica y laboral de la mujer, mientras que para el grado de instrucción la estimación debe tomarse con precauciones, ya que el número de casos en la categoría sin educación es muy reducido.

Este resultado muestra que las diferencias en la práctica de LME se presentan principalmente según determinadas condiciones sociales de la mujer, particularmente su situación conyugal, económica y laboral, de manera que la LME no tiene el mismo comportamiento entre todos los grupos sociodemográficos estudiados, sino que existen diferencias concretas en función de estas características; cabe indicar que, el

grado de instrucción requiere una lectura prudente, por la escasa representación de mujeres sin educación, por lo que su comportamiento no puede valorarse con la misma solidez que el resto de las características identificadas.

Con relación al segundo objetivo específico, ninguno de los factores educativos continuó asociado de manera estadísticamente significativa luego del ajuste mutuo: capacitación en lactancia materna (RPa=1,068; IC95%: 0,834-1,366; p=0,603), preparación de pezones (RPa=0,863; IC95%: 0,711-1,047; p=0,135) y enseñanza de la técnica de amamantamiento (RPa=1,247; IC95%: 0,978-1,589; p=0,075). La capacitación (p=0,021) y la técnica (p=0,010) mostraron asociación en el análisis bivariado, pero ambas perdieron su significancia en el modelo ajustado.

Estos resultados difieren de los reportados por Tenorio E.[19] quien en ENDES 2019 encontró 74,6% realizó capacitación sobre lactancia materna exlusiva y 83,3% de instrucción en técnica de amamantamiento, así como asociación entre consejería y LME; así como de Shitie A, et al.[18] quienes estudiaron 532 madres, registraron 52,0% de LME y encontraron consejería en 49,9% durante la atención prenatal y 96,04% durante la atención posnatal, observando asociación positiva con la práctica exclusiva. En cambio, coinciden con Cuarez R[16] quien al comparar ENDES 2019-2020 no encontró relación entre capacitación en lactancia y abandono de la LME.

Este resultado contrasta con el Modelo de Creencias en Salud, que reconoce la información, las señales para la acción y la autoeficacia como componentes relacionados con las conductas sanitarias[25]; sin embargo, en esta investigación los

indicadores educativos disponibles no conservaron asociación independiente con la LME tras el ajuste. Por lo tanto, la correspondencia empírica con este modelo fue limitada para las variables educativas medidas por la ENDES 2024, ya que ninguna alcanzó significancia estadística en el análisis multivariable.

De manera que, los factores educativos evaluados no diferenciaron de forma independiente la práctica de LME, una vez que se consideraron simultáneamente las variables del bloque. La significancia observada inicialmente para capacitación y técnica no se sostuvo luego del ajuste, de manera que, su relación con la LME quedó limitada al análisis bivariado. Por lo tanto, la información educativa disponible en la ENDES 2024 no proporcionó suficiente evidencia para sostener una asociación ajustada con la LME en este objetivo.

Para el tercer objetivo específico, el único factor obstétrico que permaneció asociado estadísticamente con la LME fue el tipo de parto. La cesárea mostró una asociación inversa respecto al parto vaginal (RPa=0,849; IC95%: 0,765-0,943; p=0,002), equivalente a una menor prevalencia relativa de LME del 15,1%. Las otras variables obstétricas estudiadas no siguieron siendo estadísticamente significativas en el modelo ajustado.

Este resultado está de acuerdo con Karthigesu et al.[14] quienes analizaron 208 binomios madre-hijo, reportando 71,2% de mantenimiento de la LME hasta los seis meses e identificaron asociación entre cesárea y cesación temprana, de igual manera, Álvarez D. y Sánchez W.[23], en 7487 pares madre-hijo estimaron una prevalencia del 74,0% de

LME y encontraron asociación con el tipo de parto, en una muestra conformada por 86,0% de partos vaginales y 14,0% de cesáreas.

Este resultado está en línea con los fundamentos teóricos que sustentan la investigación (teoría ecosocial y el Modelo de creencias de la salud) en donde la vía del parto es una condición obstétrica asociada al establecimiento y continuidad de la lactancia[44-46]; en nuestro estudio esa asociación se manifestó solo en el modo de parto, mientras que el resto de las características obstétricas no mantuvieron significación luego del ajuste. Así, el sustento empírico de la dimensión obstétrica se centró en una condición particular del alumbramiento y no en el conjunto de variables evaluadas.

Este resultado muestra que, dentro del componente obstétrico, la asociación con la LME se concentró exclusivamente en la vía del parto y no en el resto de variables analizadas; así, una vez ajustados los factores, la cesárea continuó teniendo una asociación estadísticamente significativa con la LME, mientras que la paridad y el control prenatal no mostraron evidencia independiente. De manera que, el comportamiento obstétrico observado quedó delimitado por una característica del parto específica, lo que permite precisar que la vía de nacimiento fue el único factor obstétrico que conservó asociación en el modelo ajustado.

Para el cuarto objetivo específico, el lactante de 5 meses de edad y el tercer orden de nacimiento fueron las categorías que continuaron asociándose estadísticamente con la LME. Los lactantes de 5 meses presentaron asociación inversa respecto de los de 0 meses (RPa=0,642; IC95 %: 0,537-0,767; p<0,001), mientras que el tercer orden mostró

asociación directa respecto del primer hijo (RPa=1,183; IC95 %: 1,056-1,326; p=0,004), equivalentes a una prevalencia relativa 35,8 % menor y 18,3 % mayor, respectivamente.

Este resultado se asemeja a lo reportado por Salim et al.[22], quienes estudiaron 2059 madres en Malawi y reportaron una disminución de LME desde el 77,3% en lactantes de 0-2 meses hasta el 15,2% en los de 5-6 meses y encontraron mayor probabilidad de LME en madres con tres a cuatro hijos (OR=1,47). De manera similar, Rahman et al.[20], en 1.440 pares madre-hijo y con el 61,0% de LME, informaron mayores probabilidades de lactancia exclusiva en lactantes de 0-2 meses (OR=10,828) y de 3-4 meses (OR=2,472).

Desde la perspectiva de la Teoría Ecosocial, este resultado puede ser interpretado señalando que las prácticas de salud están determinadas por la interacción entre las características de cada persona y las condiciones sociales, familiares y del entorno[26]; lo que permitió comprender, desde la presente investigación, que las diferencias observadas en la LME según la edad del lactante y el orden de nacimiento no se presentan de manera uniforme, sino únicamente en categorías específicas. Así, el apoyo empírico de esta teoría fue parcial, ya que la asociación se centró en los bebés de 5 meses de edad y en el tercer orden de nacimiento.

Este resultado indica que, entre los factores del recién nacido, las diferencias de LME se concentraron en categorías específicas de edad y de orden de nacimiento. La asociación observada a los 5 meses se refiere a una comparación transversal entre grupos de diferente edad y no a un cambio longitudinal demostrado en los mismos

lactantes; del mismo modo, el tercer orden es un contraste particular respecto del primero y no una tendencia creciente entre órdenes. Por eso, la evidencia para este objetivo debe limitarse a las categorías que siguieron siendo significativas en el modelo ajustado.

.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

1. La prevalencia ponderada de lactancia materna exclusiva (LME) de la ENDES 2024, según el análisis, fue del 67,4%, y tras el ajuste multivariado mostró asociaciones estadísticamente significativas con mujeres nunca casadas, quintiles socioeconómicos de medio a muy rico, condición laboral activa, parto por cesárea y edad del lactante de 5 meses. Por consiguiente, se observó asociación directa con el tercer orden de nacimiento y con la categoría sin instrucción (parámetro sujeto a cautela por su tamaño muestral marginal de n=4), determinándose adicionalmente que los factores educativos no tienen asociación independiente con la LME.

2. De los factores sociodemográficos, la LME se asoció significativamente con la categoría nunca casada, los quintiles socioeconómicos medio, rico y muy rico y la condición laboral activa. La categoría sin educación presentó asociación directa frente a primaria completa, pero su reducido tamaño muestral limita la solidez de esta estimación. Después del ajuste, ni la edad materna, ni el área de residencia, ni la cobertura de seguro de salud mostraron asociación estadísticamente significativa.

3. En el modelo ajustado, los factores educativos evaluados no mostraron asociación estadísticamente significativa con la LME. Si bien la capacitación de lactancia y la enseñanza de la técnica de amamantar mostraron asociación en el análisis bivariado, dichas relaciones no se mantuvieron al considerar simultáneamente los demás indicadores educativos, tampoco la preparación de pezones mostró asociación independiente. Por lo tanto, los indicadores educativos disponibles en la ENDES 2024 no permitieron diferenciar estadísticamente la práctica de LME tras el ajuste.

4. De los factores obstétricos analizados, sólo el tipo de parto siguió mostrando una asociación estadísticamente significativa con la LME. La cesárea presentó asociación inversa respecto del parto vaginal, equivalente a una prevalencia relativa de LME menor en 15,1%; por otro lado, la paridad y el número de

controles prenatales no conservaron asociación independiente en el modelo ajustado. Por consiguiente, la evidencia obstétrica se orientó específicamente hacia la vía de parto.

5. En los factores del recién nacido, la categoría de 5 meses mostró asociación inversa con la LME respecto de los 0 meses, equivalente a una prevalencia relativa menor del 35,8%, mientras que el tercer orden de nacimiento presentó asociación directa respecto del primer hijo, equivalente a una prevalencia relativa mayor del 18,3%. Las otras categorías de edad, los otros órdenes de nacimiento y el peso al nacer no mostraron asociación independiente.

Recomendaciones:

1. Al Ministerio de Salud y a los establecimientos del primer nivel de atención, incorporar en la consejería y seguimiento de la LME una valoración diferenciada de las mujeres nunca casadas, laboralmente activas y pertenecientes a los quintiles medio, rico y muy rico, categorías que mantuvieron asociación inversa después del ajuste. La categoría sin educación no debería usarse para focalización programática sin evidencia adicional, pues está escasamente representada en la muestra.

2. A los profesionales de promoción y educación en lactancia materna, mejorar el registro y la evaluación de la consejería, incluyendo información sobre la oportunidad, la frecuencia, el contenido, la demostración práctica y la comprensión. Como los indicadores de educación no mostraron una asociación independiente, las evaluaciones futuras deberían medir la intensidad y la aplicación de la orientación y no limitarse a registrar si fue recibida o no.

3. A los servicios de gineco-obstetricia, puerperio y neonatología, reforzar el acompañamiento de la lactancia en mujeres con parto por cesárea, categoría que mantuvo asociación inversa con la LME, mediante apoyo profesional para el inicio de la lactancia, asistencia en posición y agarre y seguimiento posterior al alta, sin interpretar esta asociación como evidencia causal.

4. Los servicios de Crecimiento y Desarrollo deben verificar sistemáticamente la exclusividad de la lactancia en los controles de los primeros seis meses, prestando especial atención a los lactantes de 5 meses, y anotar la introducción de líquidos o alimentos distintos de la leche materna. Esta recomendación debe aplicarse con la consideración de que el resultado corresponde a una comparación transversal entre grupos de edad.

5. Los investigadores deberían realizar estudios longitudinales que permitan establecer la temporalidad de las asociaciones observadas y ahondar en el

estado civil, condiciones laborales, nivel socioeconómico, vía del parto, edad del lactante y orden de nacimiento. Asimismo, incluir variables de apoyo familiar, de calidad de la consejería, de las características del trabajo materno y mediciones repetidas de la alimentación en los primeros seis meses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia materna exclusiva para el crecimiento, desarrollo y salud óptimos de los lactantes [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding

2. Naciones Unidas. La lactancia materna podría salvar la vida de más de 820 000 niños al año [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2024 [citado el 24 de abril de 2025]. Disponible en: https://news.un.org/es/story/2024/08/1531681

3. UNICEF Somalia. El Gobierno de Somalia, la OMS y UNICEF amplían la Semana Mundial de la Lactancia Materna como llamado a mayor apoyo con acceso equitativo [Internet]. Mogadiscio: UNICEF Somalia; 2024 [citado el 3 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.unicef.org/somalia/press-releases/wbw2024

4. UNICEF. Breastfeeding [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2025 [citado el 3 de mayo de 2025]. Disponible en: https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/

5. UNICEF. Sólo 4 de cada 10 bebés menores de 6 meses son exclusivamente amamantados en América Latina y el Caribe [Internet]. Ciudad de Panamá: UNICEF; 2023 [citado el 4 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/solo-4-cada-10-bebes-menores-6-meses-exclusivamente-amamantados-america-latina-caribe-semana-lactancia-materna

6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Indicadores de resultados de los programas presupuestales, 2024: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2024 [Internet]. Lima: INEI; 2024 [citado el 4 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2024/ppr2/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_2024.pdf

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2023. Informe principal [Internet]. Lima: INEI; 2024 [citado el 30 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023

8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El Perú debe reforzar la lactancia materna frente a la crisis alimentaria global [Internet]. Lima: UNICEF Perú; 2023 [citado el 30 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/peru-debe-reforzar-lactancia-materna-frente-crisis-alimentaria-global

9. Hernández A, Vargas R. Socioeconomic determinants and inequalities in exclusive breastfeeding among children in Peru. Front Nutr. 2022;9:1073838. doi: 10.3389/fnut.2022.1073838

10. Vidal M, Marquis G, Pareja R. Infant and maternal morbidity symptoms as predictors for the interruption of exclusive breastfeeding in Lima, Peru: A prospective study. J Pediatr Health Care. 2024;38(4):564-73. doi: 10.1016/j.pedhc.2024.02.003

11. Becerra N, Altobelli L. Early initiation of breastfeeding: Better practiced in primary healthcare facilities? Analysis of the 2019 National Demographic and Family Health Survey in Peru. PLOS Glob Public Health. 2025;5(5):e0004486. doi: 10.1371/journal.pgph.0004486

12. Hernández A, Chacón H, Bendezu-G, Santero M, Bernabé A. Determinants of early initiation of breastfeeding in Peru. Epidemiol Health. 2019;41:e2019051. doi: 10.4178/epih.e2019051

13. Kalhor M, Dehghan M, Rezvani A, Rahimi-Nejad E, Mohebbi P. Predictors of exclusive breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. Int Breastfeed J. 2025;20:52. doi: 10.1186/s13006-025-00744-2

14. Karthigesu K, Balakumar S, Arasaratnam V. Determinants of early cessation of exclusive breastfeeding practices among rural mothers from Jaffna District of

Sri Lanka. Int Breastfeed J [Internet]. 2023 [citado el 18 de mayo de 2025];18:42. doi: 10.1186/s13006-023-00575-z

15. Solsol M. Factores sociodemográficos y educativos asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años: análisis de la ENDES 2021 [tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2023 [citado el 4 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/c0ff4763-7149-4d16-a352-8e9008a21125

16. Cuarez R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses según ENDES 2019–2020 [tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2023 [citado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/ecd2cecf-a060-428a-9f98-72fcd27bd158

17. Alvarez H, De la Cruz J, Luna C, Espinoza R. Lactancia materna exclusiva según la ENDES 2019: caso de Perú en América Latina. Rev Salud Publica (Bogota) [Internet]. 2022 [citado el 5 de junio de 2025];24(5). Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v24n5/0124-0064-rsap-24-05-1f.pdf

18. Shitie A, Tilahun A, Olijira L. Exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers of infants aged 6 to 12 months in Somali Region of Ethiopia. Sci Rep [Internet]. 2022 [citado el 24 de mayo de 2025];12:19102. doi: 10.1038/s41598-022-22051-0

19. Tenorio E. Factores pre-natales y post-natales asociados a la práctica de lactancia materna exclusiva según ENDES 2019 [tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2021 [citado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/e77411ec-e5aa-4bed-aa58-f0e65c97816c

20. Rahman M, Khan M, Akter S, Rahman A, Alam M, Khan M, et al. Determinants of exclusive breastfeeding practice in Bangladesh: Evidence from nationally representative survey data. PLoS One. 2020;15(7):e0236080. doi: 10.1371/journal.pone.0236080

21. Kebede T, Woldemichael K, Jarso H, Bekele BB. Exclusive breastfeeding cessation and associated factors among employed mothers in Dukem town, Central Ethiopia. Int Breastfeed J [Internet]. 2020 [citado el 24 de mayo de 2025];15:6. doi: 10.1186/s13006-019-0250-9

22. Salim Y, Uny I, Simwaka B, Masache G, Mannan H. Determinants of exclusive breastfeeding in infants of six months and below in Malawi: A cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2020 [citado el 24 de mayo de 2025];20:472. doi: 10.1186/s12884-020-03160-y

23. Alvarez D, Sánchez W. Prevalencia y factores asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú: subanálisis ENDES 2018 [tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2020 [citado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/items/dc3f3f1e-7246-498b-8c96-fbdc968f2a32

24. Salsavilca K. Factores sociodemográficos y adherencia a la lactancia materna exclusiva: un análisis de la ENDES 2018 [tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020 [citado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14138/3226

25. Alyafei A, Easton-Carr R. Health Belief Model for Behavior Change. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado el 7 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/

26. Gómez L, Lucumí DI. Modelos socioecológicos y salud pública: una perspectiva desde la agencia humana. Salud UIS. 2024;56:e24011. doi: 10.18273/saluduis.56.e24011

27. Pérez R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Ashmony AL, Mata P, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. The Lancet. 2023;401(10375):472-85. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01932-8

28. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia materna y alimentación complementaria [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado el 15 de mayo

de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-y-alimentacion-complementaria

29. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado el 15 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding

30. Kopp S, Kelly E, De Franco E. Influence of social determinants of health on breastfeeding intent in the United States. Birth [Internet]. 2023 Jul 3 [citado el 15 de febrero de 2025]. doi: 10.1111/birt.12740

31. Chooniedass R, Tarrant M, Turner S, Lok Fan HS, Del Buono K, Masina S, et al. Factors associated with breast-feeding initiation and continuation in Canadian-born and non-Canadian-born women: a multi-centre study. Public Health Nutr. 2022;25(10):2757-68. doi: 10.1017/S1368980021004699

32. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2

33. Barros J. Edad, infertilidad y autonomía reproductiva. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2024 [citado el 20 de mayo de 2025];92(4). Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2024/gom244a.pdf

34. Kihlstrom A, Stiller T, Sultana N, Njau G, Schmidt M, Stepanov A, et al. The impact of marriage on breastfeeding duration: examining the disproportionate effect of COVID-19 pandemic on marginalized communities. Int Breastfeed J [Internet]. 2025 [citado el 3 de julio de 2025];20:98. doi: 10.1186/s13006-024-00698-x

35. Girma D, Abita Z. Rural versus urban variations of factors associated with early initiation of breastfeeding in Ethiopia. Heliyon. 2024;10(13):e33427. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e33427

36. Ford LA, Buccini G, Saragosa AC, Martins IA, Moreira JM, Lemos SMA, et al. Exclusive breastfeeding modifies the association between maternal education

and child development: a cross-sectional study nested in a cohort. J Pediatr (Rio J). 2025;101(4):511-9. doi: 10.1016/j.jped.2025.02.004

37. Çetindemir EO, Cangöl E. The effect of breastfeeding education given through the teach-back method on mothers' breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success: a randomized controlled study. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):453. doi: 10.1186/s12884-024-06601-0

38. Chacón de Alba K, Andrade B. Factores determinantes asociados a la intención de lactancia materna en un grupo de gestantes de Bogotá y Cundinamarca [tesis en Internet]. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería; 2019 [citado el 2 de junio de 2025]. Disponible en: https://repository.udca.edu.co/server/api/core/bitstreams/e81b687f-666c-4c20-baf5-193a5cc07e12/content

39. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2012 [citado el 2 de junio de 2025];83(2):161-9. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n2/art07.pdf

40. Wako WG, et al. Effects of maternal education on early initiation and exclusive breastfeeding: population-based cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. 2022 [citado el 8 de julio de 2025];12:e058960. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054302

41. Méndez J, Rovira I, González M, Alvarado J, Aguilar E, de Larrea J, et al. Actitud y factores asociados a la lactancia materna en madres del Hospital de Alta Especialidad de Veracruz. South Florida Journal of Development. 2024;5(2):491-500 [citado el 8 de julio de 2025]. doi: 10.46932/sfjdv5n2-006

42. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2021: características generales de las mujeres [Internet]. Lima: INEI; 2022 [citado el 24 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/pdf/cap002.pdf

43. Villarreal C, Placencia M, Nolberto V. Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2020 [citado el 5 de junio de 2025];20(2):287-94. doi: 10.25176/RFMH.v20i2.2765

44. Vila R, Soriano FJ, Franco C, Garcia O, Andreu V. Factors influencing duration of breastfeeding: insights from a prospective study of maternal health literacy and obstetric practices. Nutrients. 2024;16(5):690. doi: 10.3390/nu16050690

45. Tsega TD, Bayeh GM, Ahmed AF, Aynalem ZB, Yeshiwas AG. The effect of parity on the incidence of breast-feeding duration and its predictors among lactating mothers in East Gojjam Zone, North-west Ethiopia: community-based retrospective follow-up study. BMC Pediatr. 2025;25:524. doi: 10.1186/s12887-025-05812-4

46. Singh S, Swain D. Prevalence and factors associated with caesarean delivery on maternal request and its effect on maternal and foetal outcomes in selected tertiary care hospital, Odisha, Southeastern India. J Glob Health. 2025;15:04073. doi: 10.7189/jogh.15.04073

47. Ortiz V, Itusaca N, Ulloa L, Vela J, Desposorio J, Alatrista M. Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2024 [citado el 29 de junio de 2025];84(2):155-67. doi: 10.51288/00840209

48. Beyene B, Wako W, Moti D, Edin A, Debela D. Postnatal counseling promotes early initiation and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. Front Nutr [Internet]. 2025 [citado el 14 de julio de 2025];12:1473086. doi: 10.3389/fnut.2025.1473086

49. Tsegaw S, Ali Y, Tadesse E. Exploring the determinants of exclusive breastfeeding among infants under six months in Ethiopia using multilevel analysis. PLoS One. 2021;16(1):e0245034 [citado el 14 de julio de 2025]. doi: 10.1371/journal.pone.0328086

50. Buckles K, Kolka S. Prenatal investments, breastfeeding, and birth order. Soc Sci Med [Internet]. 2014 Oct [citado el 10 de julio de 2025];118:66-70. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.07.055

51. Hines M, Hardy N, Martens A, Zimmerman E. Birth order effects on breastfeeding self-efficacy, parent report of problematic feeding and infant feeding abilities. J Neonatal Nurs [Internet]. 2022 [citado el 10 de julio de 2025];28:16-20. doi: 10.1016/j.jnn.2021.07.003

52. Avendaño CJ, Villamizar ML, Niño CJ, Medellín J, Reina NC. Sociodemographic determinants associated with breastfeeding in term infants with low birth weight in Latin American countries. World J Clin Pediatr. 2024;13(1):89086. doi: 10.5409/wjcp.v13.i1.89086

53. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infant and young child feeding [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado el 10 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding

54. Lande M, Nedberg I, Anda EE. Factors associated with exclusive breastfeeding at hospital discharge: a study using data from the Georgian Birth Registry. Int Breastfeed J [Internet]. 2020 [citado el 2 de julio de 2025];15:39. doi: 10.1186/s13006-020-00286-9

55. Del Pino J. Sociología de la residencia y residencia móvil: logros teóricos y límites prácticos. Empiria [Internet]. 2014 [citado el 29 de junio de 2025];(27):21-48. doi: 10.5944/empiria.27.2014.10861

56. Victora C, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet [Internet]. 2016 [citado el 10 de julio de 2025];387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7

57. Jama A, Gebreyesus H, Wubayehu T, Gebregyorgis T, Teweldemedhin M, Berhe T, et al. Exclusive breastfeeding for the first six months of life and its associated factors among children aged 6–24 months in Burao district,

Somaliland. Int Breastfeed J [Internet]. 2020 [citado el 25 de junio de 2025];15(5):1-8. doi: 10.1186/s13006-020-0252-7

58. Wudineh K, Nigusie A, Gesese S, Tesfaye T, Birhanu B. Postnatal care service utilization and associated factors among women who gave birth in Debretabour town, North West Ethiopia: a community-based cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2018 [citado el 29 de junio de 2025];18:508. doi: 10.1186/s12884-018-2138-x

59. Aktürk N, Kolcu M. The effect of postnatal breastfeeding education given to women on breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success. Rev Assoc Med Bras (1992) [Internet]. 2023 [citado el 2 de julio de 2025];69(8):e20230217. doi: 10.1590/1806-9282.20230217

60. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022 [citado el 29 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589456/

61. Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO: recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado el 3 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912

62. Areri GH, et al. Breastfeeding techniques and associated factors among primiparous mothers during the postpartum period. J Trop Pediatr [Internet]. 2024 [citado el 15 de julio de 2025];70(6):480-9. doi: 10.1016/j.pedn.2024.05.010

63. Kehinde J, O'Donnell C, Grealish A. The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: a systematic review. Midwifery. 2023;118:103579. doi: 10.1016/j.midw.2022.103579

64. Ministerio de Salud del Perú. Centros de salud [Internet]. Lima: MINSA; [citado el 2 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/es/institucion/minsa/tema/84-centros-de-salud

65. Show K, Jampathong N, Aung P, Win K, Ngamjarus C, Pattanittum P, Maung T, et al. Does caesarean section have an impact on exclusive breastfeeding practices? BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2024 [citado el 2 de julio de 2025];24:702. doi: 10.1186/s12884-024-07024-7

66. Wardani AF, Utomo AI. Meta-analysis: Relationship between antenatal care visits and exclusive breastfeeding. J Health Promot Behav. 2022;7(1):10-20. doi: 10.26911/thejhpb.2021.07.01.02

67. American College of Obstetricians and Gynecologists. Pregnancy at age 35 years or older [Internet]. Washington, D.C.: ACOG; 2022 [citado el 3 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2022/08/pregnancy-at-age-35-years-or-older

68. Ricci C, Otterman V, Bennett TL, Metcalfe S, Darling E, Semenic S, et al. Rates of and factors associated with exclusive and any breastfeeding at six months in Canada: an analysis of population-based cross-sectional data. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2023 [citado el 10 de junio de 2025];23:56. doi: 10.1186/s12884-023-05382-2

69. Zhao J, Zhao Y, Du M, Binns CW, Lee AH. Maternal education and breastfeeding practices in China: A systematic review and meta-analysis. Midwifery. 2017;50:62-71. doi: 10.1016/j.midw.2017.03.011

70. Organización Mundial de la Salud. Amamantar exclusivamente durante 6 meses [Internet]. Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental; 2023 [citado el 15 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.emro.who.int/nutrition/breastfeeding/exclusively-breastfeed-for-6-months.html

71. Verea C, Novoa N, Suarez A, Vazquez J. Factors associated with exclusive breastfeeding during admission to a Baby Friendly Hospital Initiative hospital.

Nutrients [Internet]. 2024 [citado el 10 de julio de 2025];16(11):1679. doi: 10.3390/nu16111679

72. Bernal J, Fernández A, Hernández Á, Soto M. Nutrición en la primera infancia: estado y desafíos actuales en América Latina y el Caribe [Internet]. Madrid: Fundación Iberoamericana de Nutrición; Organización de Estados Iberoamericanos; 2025 [citado el 25 de junio de 2025]. Disponible en: https://oei.int/wp-content/uploads/2025/03/digital-resumen-informe-nutricion-en-la-primera-infancia-oei.pdf

73. Lindblad V, Melgaard D, Jensen K, Eidhammer A, Westmark S, Kragholm K, et al. Primiparous women differ from multiparous women after early discharge regarding breastfeeding, anxiety, and insecurity: a prospective cohort study. Eur J Midwifery [Internet]. 2022 [citado el 11 de julio de 2025]; 6:12. doi: 10.18332/ejm/146897

74. Islam M, Zobair K. Do timing and frequency of antenatal care make a difference in breastfeeding practices? PLOS Glob Public Health [Internet]. 2024 [citado el 11 de julio de 2025]. doi: 10.1371/journal.pgph.0002993

75. American College of Obstetricians and Gynecologists. PARITY: the number of pregnancies reaching 20 weeks 0 days gestation or beyond, regardless of fetuses or outcomes [Internet]. Washington, D.C.: ACOG; 2025 [citado el 14 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.acog.org/practice-management/health-it-and-clinical-informatics/revitalize-obstetrics-data-definitions

76. Cleveland Clinic. Types of delivery: vaginal, assisted vaginal, cesarean, VBAC [Internet]. Cleveland, OH: Cleveland Clinic; 2023 [citado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://my.clevelandclinic.org/health/articles/9675-pregnancy-types-of-delivery

77. Moldenhauer JS, Goje O. Parto vaginal: definición y procesos fisiológicos. En: Manual MSD. Salud femenina – trabajo de parto y parto [Internet]. Versión profesional. Kenilworth, NJ: Merck & Co.; 2024 [citado el 11 de julio de 2025].

Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/trabajo-de-parto-y-parto/parto-vaginal

78. Romanelli C, Cárdenas R, Huicho L, et al. Cultural beliefs, social norms and breastfeeding practices in Andean communities of Peru: implications for public health interventions. Int J Equity Health. 2021;20:192. doi: 10.1186/s12939-021-01505-3

79. Mislu E, et al. Effective breastfeeding techniques, which include proper attachment, positioning, and suckling offer a range of benefits. Front Public Health [Internet]. 2024 [citado el 11 de julio de 2025];12:1337822. doi: 10.3389/fpubh.2024.1337822

80. Corona L, Fonseca M. Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica. Medisur [Internet]. 2021 [citado el 29 de julio de 2025];19(2):338-41. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4501/3399

81. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2024 [Internet]. Lima: INEI; 2024 [citado el 4 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/files/WEB_ENDES/INFORME_PRINCIPAL/2024/INFORMES_PRINCIPALES_2024.pdf

82. Martínez J, Palacios G, Oliva D. Guía para la revisión y el análisis documental: propuesta desde el enfoque investigativo. Ra Ximhai [Internet]. 2023 [citado el 5 de julio de 2025];19(1):67-83. doi: 10.35197/rx.19.01.2023.03.jm

83. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2024 [citado el 2 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-helsinki-amm-principios-eticos-para-investigaciones-medicas-seres-humanos

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

TÍTULO: Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, Perú 2024				
PROBLEMA	**OBJETIVOS**	**HIPÓTESIS**	**VARIABLES**	**METODOLOGÍA**
¿Cuáles son los factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo nacido vivo menor de seis meses que vive con la madre, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú 2024?	**Objetivo general** Determinar los factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo nacido vivo menor de seis meses que vive con la madre, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú 2024. **Objetivos específicos** • Identificar la asociación entre los factores sociodemográficos y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses. • Identificar la asociación entre los factores educativos y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses. • Identificar la asociación entre los factores obstétricos y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses. • Identificar la asociación entre los factores del recién nacido y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses.	**Hipótesis general** Existe asociación estadísticamente significativa entre al menos uno de los factores sociodemográficos, educativos, obstétricos o del recién nacido evaluados y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses, según la ENDES 2024. **Hipótesis nula** No existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos, educativos, obstétricos y del recién nacido evaluados y la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de 15 a 49 años con último hijo menor de seis meses, según la ENDES 2024.	**Variables independientes** • Factores sociodemográficos • Factores educativos • Factores obstétricos • Factores del recién nacido **Variable dependiente** Lactancia materna exclusiva.	**Tipo de investigación** Enfoque cuantitativo, con diseño observacional de tipo analítico, de corte transversal y retrospectivo. **Población de estudio** La población de este estudio fueron las Mujeres de 15 a 49 años con último hijo nacido vivo menor de 6 meses, encuestadas por parte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar durante enero y diciembre del año 2024. **Muestra** El tamaño muestral se conforma por 1462 mujeres de 15 a 49 años con último hijo nacido vivo menor de 6 meses encuestadas por la ENDES 2024.

Anexo 2: Resolución Decanal de la Facultad de Medicina de la UNMSM

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA
DECANATO

Lima, 10 de Octubre del 2025

RESOLUCIÓN DECANAL N° 004755-2025-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital N° F01B2-20250000243, de fecha 06 de octubre de 2025 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Decanal N° 002373-2023-D-FM/UNMSM de fecha 19 de junio de 2023 ratificada con Resolución Rectoral N° 003396-2024 de fecha 04 de marzo del 2024 se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su Capítulo V. DE LA PLANIFICACION, Art. 8: establece que: "La tesis (T) podrá ser individual o grupal (máximo tres), compartiéndose las responsabilidades de la elaboración." así mismo, en su Capítulo VI: Del Asesoramiento aprobación e inscripción del proyecto de tesis: Art. 23 establece que: "Con la aprobación del proyecto por parte del Comité de Investigación correspondiente y, de un Comité de Ética en Investigación, la Dirección de la EP solicitara al Vicedecanato Académico la Resolución Decanal de la aprobación del proyecto, y el tesista podrá iniciar la ejecución de su proyecto de tesis;

Que, mediante Oficio N°000328-2025-EPO-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, informa que los Proyectos de Tesis que figura en la propuesta cuenta con opinión favorable del Comité de Investigación de la citada Escuela para su ejecución; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220;

SE RESUELVE:

1°Aprobar los Proyectos de Tesis, según detalle:

N°	AUTOR	CODIGO	ASESOR	TITULO
1.	Gabriela Jimena Rodríguez Escudero	22010388	Dra. Yuly Raquel Santos Rosales código N°0A4174 **COASESORA** Mg. Miriam Yoana Correa López	Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026
2.	Mellanie Viviana Aguilar Soriano	21010272	Dr. Emilio Oswaldo Vega Gonzales código N°0A9089	Influencia del índice de masa corporal y la ganancia de peso sobre el riesgo de la depresión prenatal en gestantes atendidas en un hospital de Lima metropolitana, 2026
3.	Aracelly Leidy Mariño Carrasco	17010323	Mg. Milagros Elizabeth Gonzales Falcón código N° 0A4185	Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, Perú 2024
4.	Alejandra Camila Lopez Vera	22010366	Mg. John Jesús Barja Ore código N° 0A7460	Factores asociados en la decisión de la no paternidad en jóvenes de Lima Metropolitana, 2025

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **YALAAOP**

2° Encargar a la Escuela Profesional de Obstetricia el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

DR. ROLANDO VÁSQUEZ ALVA
VICEDECANO ACADÉMICO

DR. JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA
DECANO

mmb

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **YALAAOP**