



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

Escuela de Posgrado

**“FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA
MATERNA EN MUJERES DEL PERÚ, 2020”**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

Presentado por:

ORTIZ ROMANÍ, KATHERINE JENNY

ORCID: 0000-0003-0331-4446

LIMA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

El presente estudio está dedicado a Dios por guiarme en cada etapa de mi vida.

A mi esposo por su amor y apoyo incondicional.

A mi amada madre Liberata, por su amor incomparable y gran ejemplo hacia mi vida, y por su valentía en esta pandemia.

A mi padre y hermanos mayores por motivarme a realizar más metas.

A todas las mujeres que pronto serán madres nuevamente o por primera vez y tendrán la hermosa experiencia del inicio temprano de la lactancia materna

AGRADECIMIENTO

A los profesores de la Maestría en Salud Pública por motivarnos a investigar.

A mis jefes y coordinadores de mi área laboral por su motivación en poder avanzar la tesis.

De manera especial al Dr. Manuel Loayza, por su guía durante el asesoramiento de la tesis.

ASESOR

Dr. MANUEL JESÚS LOAYZA ALARICO

ORCID: **0000-0001-5535-2634**

JURADO EVALUADOR

Presidente

Secretario

Vocal

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Índice	v
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos	3
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	4
1.4.1 Teórica	4
1.4.2 Metodológica	4
1.4.1 Práctica	5
1.5 Limitaciones de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Formulación de hipótesis	17
2.3.1 Hipótesis general	17

2.3.2 Hipótesis específicas	17
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Método de investigación	19
3.2 Enfoque investigativo	19
3.3 Tipo de investigación	19
3.4 Diseño de investigación	19
3.5 Población, muestra y muestreo	19
3.6 Variables y operacionalización	21
3.7 Técnica e instrumentos de recolección de datos	26
3.7.1 Técnica	26
3.7.2 Descripción	26
3.7.3 Validación	26
3.7.4 Confiabilidad	26
3.8 Procesamiento y análisis de datos	26
3.9 Aspectos éticos	26
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	
4.1 Resultados	28
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados	28
4.1.2 Prueba de hipótesis (Si aplica)	28
4.1.3 Discusión de resultados	34
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	42
5.2 Recomendaciones	43
REFERENCIAS	45
ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores asociados al Inicio temprano de la lactancia materna	30
Tabla 2. Factores asociados al Inicio temprano de la lactancia materna	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Inicio temprano de la lactancia materna

28

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar los factores que se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020. La investigación fue observacional, siguió un enfoque cuantitativo y tuvo un alcance explicativo a través de un análisis secundario de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2020. La muestra efectiva fue de 8088 mujeres y sus hijos menores de dos años. Entre los resultados principales, la frecuencia del Inicio temprano de lactancia materna fue 49.6%, respecto al análisis multivariado, los factores maternos asociados al inicio temprano de la lactancia fueron tener dos hijos (ORa: 1.35; p=0.017) y proceder de la región sierra (ORa: 1.74; p=0.017) y selva (ORa: 1.77; p=0.017). Respecto a los factores del recién nacido con significancia fueron el peso del hijo al nacer con ≥ 2500 (ORa: 1.93; p= 0.001) y el contacto piel a piel (ORa: 2.13; p= <0.001). Por último, solo el factor proveedor de salud significativo fue no tener parto por cesárea (ORa: 9.30; p= <0.001). En conclusión, menos de la mitad de las mujeres amamantó a su recién nacido antes de la primera hora de vida. Según el modelo ajustado, los factores asociados al Inicio temprano de lactancia son número de hijos, región, contacto piel a piel, peso al nacer y parto por cesárea.

Palabras clave: Lactancia Materna, Factores de Edad, Recién Nacido, Madres, Parto (DECS)

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the factors that are associated with the early initiation of breastfeeding in women from 12 to 49 years of age in Peru during the year 2020. The research was observational, followed a quantitative approach and had an explanatory scope through a secondary analysis of the 2020 Demographic and Family Health Survey database. The effective sample was 8088 women and their children under two years of age. Among the main results, the frequency of early initiation of breastfeeding was 49.6%, regarding the multivariate analysis, the maternal factors associated with early initiation of breastfeeding were having two children (ORa: 1.35; p=0.017) and coming from the region sierra (ORa: 1.74; p=0.017) and jungle (ORa: 1.77; p=0.017). Regarding the newborn factors with significance were the weight of the child at birth with ≥ 2500 (ORa: 1.93; p= 0.001) and skin-to-skin contact (ORa: 2.13; p=<0.001). Finally, the only significant health provider factor was not having a cesarean delivery (ORa: 9.30; p=<0.001). In conclusion, less than half of the women breastfed their newborn before the first hour of life. According to the adjusted model, the factors associated with early initiation of breastfeeding are number of children, region, skin-to-skin contact, birth weight, and cesarean delivery.

Keywords: Breast Feeding, Age Factors, Infant, Newborn, Mothers, Parturition

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar los factores que se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

La importancia del mismo es porque es parte de la novena prioridad dentro de las Prioridades Nacionales de investigación en Salud en Perú desde 2019 hasta el 2023 y que el inicio temprano de la lactancia materna es una práctica que tiene como posibilidad la reducción de infecciones y la muerte en los neonatos.

El presente informe contiene cinco capítulos:

En el capítulo I: se presentó el problema que se está presentando sobre el inicio temprano de la lactancia materna para que esta pueda ser justificada en la selección de los factores que se relacionan con las mujeres de 12 a 49 años.

En el capítulo II: se exploró los antecedentes y conceptos vinculados sobre el problema que se ha planteado de factores que se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres.

En el capítulo III: se desarrollan los materiales y métodos que la tesis usó, se indicó el tipo de estudio, su alcance, diseño, población y muestra. De la misma manera, se hace mención de las variables, el procesamiento estadístico y los aspectos éticos.

En el capítulo IV: se presentaron los hallazgos a través de tablas de contingencia, prueba de hipótesis y discusión de los resultados.

Finalmente, en el capítulo V: se expone las conclusiones y las recomendaciones de la tesis.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La supervivencia de los recién nacidos es una prioridad en salud pública porque, según datos estadísticos de la Organización Mundial de salud (OMS), se reportó que en el 2019 murieron a nivel mundial 2,4 millones de niños en los primeros 28 días de vida, asimismo, unos 7000 de neonatos fallecieron al día; esto representa un 47% de todas las defunciones en menores de 5 años (1). De la misma manera en el Perú la salud neonatal es considerada una prioridad nacional de investigación en Salud 2019-2023 (2) debido a que se reportan 5500 defunciones neonatales al año y a su vez están relacionadas con la prematuridad y las infecciones (3). Por ende, mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos es fundamental para reducir la tasa de morbi-mortalidad en los neonatos (1).

El inicio temprano de la lactancia materna (ITLM), específicamente dentro de la primera hora después del nacimiento, es una medida de supervivencia y considerada una de las mejores prácticas según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en colaboración con la OMS (4). En la investigación realizada por Smith *et al.*, (5) demostraron que los neonatos que habían recibido leche humana dentro de la hora de vida tuvieron más posibilidades de sobrevivir en comparación de los que lactan después de la hora, es decir a más tiempo sin recibir la leche se duplica el riesgo de infección y mortalidad neonatal. Asimismo, en el ITLM se asegura la ingesta del calostro y aumenta las posibilidades de mantener la lactancia materna exclusiva (6).

Los últimos datos reportados por la OMS, en conjunto con la UNICEF, se mencionan que el porcentaje de la práctica del ITLM a nivel mundial fue 42%, es decir 2 de cada cinco niños recibe leche materna dentro de la primera hora de nacer, y en América latina y el Caribe fue del

52% (4). En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020 mostró que sólo el 47.8% de niños(as) a nivel nacional inició a lactar dentro de la primera hora de vida (7). Este porcentaje es similar a una investigación realizada en una muestra representativa de la ENDES 2018 (49.7%) (8). Mientras, que, en investigaciones a nivel local, realizadas en madres de un hospital público de Lima Norte, el porcentaje del ITLM fue 37.5% (9), y en asentamiento humano de la ciudad de Lima se evidenció que el 61.9% de los sus hijos recibieron leche materna inmediatamente después del nacimiento (10).

Considerando los porcentajes del ITLM a nivel mundial y nacional, la prevalencia de iniciación de la lactancia materna es multifactorial y podría ser influenciado por factores maternos como la cantidad de hijos (11-13), nivel educativo (8,11), el índice de riqueza (8), la región (8,13,14), el lugar de residencia (8) y la lengua materna (8). Asimismo, por otros factores referentes al recién nacido como el peso al nacer (12) y si tuvo contacto piel a piel con su madre al momento de nacer (15-17). Incluso, podrían influir los factores en relación al tipo de parto (8,12,14-16,18) y lugar (8,15) o persona (14) que lo atendió durante ese parto.

Actualmente, en el Perú, existen pocos estudios sobre este fenómeno y sobre la existencia de ciertos factores que estén asociados ITLM, con el fin de diseñar y ofrecer estrategias efectivas para promover la práctica de lactancia materna y por ende el progreso en la supervivencia del recién nacido.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué factores se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años en el Perú durante el año 2020?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la frecuencia del inicio temprano en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020?
- ¿Cuál es la asociación entre los factores maternos con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020?
- ¿Cuál es la asociación entre los factores obstétricos y la anemia ferropénica en gestantes peruanas, ENDES 2020?
- ¿Cuál es la asociación entre los factores del recién nacido con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020?
- ¿Cuál es la asociación entre los factores del proveedor de salud con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores que se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la frecuencia del inicio temprano en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

- Conocer la asociación entre los factores maternos con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.
- Determinar la asociación entre los factores del recién nacido con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.
- Identificar la asociación entre los factores del proveedor de salud con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación Teórica

El inicio temprano de la lactancia materna es considerado como la hora sagrada por los diferentes beneficios que ofrece al neonato no solamente como alimento sino como una práctica con posibilidades de reducir infecciones y la muerte en los neonatos (5). Incluso, en el Perú con el fin de investigar causas, determinantes y repercusiones de la morbi-mortalidad neonatal, la Resolución Ministerial 658-2019/MINSA aprobó las Prioridades Nacionales de investigación en Salud en Perú 2019-2023 y estableció como novena prioridad la Salud Materna y Neonatal (2). Asimismo, desde 1992 en el Perú se pone en marcha los “Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa”, iniciativa creada por la OMS y la UNICEF, pero solo en algunos hospitales se cumple (19). Por otro lado, desde el 2013 en la Norma Técnica Atención integral de Salud Neonatal del MINSA se detalló que un procedimiento indispensable luego del nacimiento es realizar el contacto piel a piel iniciando la lactancia materna dentro de la hora de vida (20). Teniendo en cuenta la importancia de este tema, en el Perú hay una escasez de investigaciones sobre el mismo y sus posibles causas.

1.4.2. Justificación Metodológica

Debido a las pocas evidencias científicas a nivel nacional se considerará los cuestionarios del

hogar e individual de la ENDES (7), la misma es una de las investigaciones estadísticas que ejecuta cada año el INEI. Asimismo, esta encuesta tiene una representatividad poblacional de todas las mujeres peruanas en edad fértil y menores de cinco años a nivel departamental, donde solo se tomaron datos referentes al título del presente estudio como por ejemplo de la Sección 4a. embarazo, parto, puerperio y lactancia. Además, se consideró un análisis multivariado.

1.4.3. Justificación Práctica

La presente investigación beneficiará tanto a las madres como a los neonatos para implementar estrategias que promuevan el ITLM incluyendo los factores asociados. Incluso, estas estrategias deberán ser tomadas en cuenta con equidad desde el control prenatal de la gestante por parte del profesional de salud a cargo.

1.5. Limitaciones de la investigación

La limitación de la presente tesis es de ser un análisis secundario debido a que la ENDES tiene un objetivo diferente al de este trabajo, por ende, no habría factores importantes que puedan explicar la relación con el inicio temprano de la lactancia materna. Sin embargo, se ha realizado una exhaustiva búsqueda en la literatura reciente para seleccionar los factores vinculados a la variable principal de este estudio. Además, la limitación de que los factores se encuentran en diferentes módulos y que algunos datos están incompletos o vacíos. Pero una forma de solucionar este problema es tener una variable en común como el identificador de la mujer “CASEID” para juntarlos y no considerar los *missing* en el análisis.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacionales

Ahmed, *et al.* (2019) realizaron una investigación con el objetivo de “*estudiar el patrón y determinantes asociados con el inicio temprano y tardío de las prácticas de lactancia materna entre los lactantes de menos de 24 meses*”. El estudio fue descriptivo, correlacional y explicativo de corte transversal y se realizó en el 2016 en una muestra de 1700 madres del Reino de Arabia Saudita seleccionadas al azar de más de 165 centros de salud distribuidos en todo el país. Se utilizó un cuestionario estandarizado de la OMS para recopilar información sobre lactancia materna junto con datos sociodemográficos. Se realizó una regresión logística múltiple con el *odds ratio* ajustado (ORa) y el intervalo de confianza (IC) del 95%. Entre los Resultados la tasa del ITLM fue del 43,6%, asimismo, el inicio temprano de la lactancia materna se asoció significativamente con el modo de parto (ORa 2.071; IC: 95%: 1.43- 2.99), es decir, las madres que tuvieron un parto vaginal tuvieron 2.07 veces más probabilidades de iniciar tempranamente la lactancia en comparación con las madres que tuvieron un parto vaginal. En conclusión, menos de la mitad de las madres brindó leche a su hijo en la primera hora de vida y el factor parto vaginal se asoció con el ITL (18).

Mukora, *et al.* (2019) tuvieron como objetivo “*investigar los factores asociados con el inicio temprano de la lactancia materna entre las mujeres de 15 a 49 años en Zimbabwe*”. Se realizó un análisis secundario de las encuestas demográficas y de salud en una muestra de análisis final de 2192 mujeres de 15 a 49 años. Las muestras del 2015 se seleccionaron utilizando un diseño de conglomerados estratificado. Se empleó el modelo de regresión logística múltiple. La mayoría de la muestra del estudio informó haber practicado el inicio temprano de la lactancia

materna durante su parto más reciente (78%) (antes de los 24 meses). Se calcularon la prevalencia y la razón de posibilidades con IC del 95 % utilizando la versión 14 de Stata. Los factores asociados con el inicio temprano fueron: tener dos hijos a más (ORa: 1.82; IC 95%: 1.33–2.49) y el contacto piel a piel (ORa: 1.51; IC 95%: 1.13–2.02). Sin embargo, el bajo peso al nacer (ORa: 0.60 IC del 95%: 0.36- 0.99) y parto por cesárea (ORa:0.1195% IC 0,06- 0.19) se asociaron con el inicio tardío de la lactancia. Se concluye que existe un gran porcentaje del ITLM y los factores asociados al mismo son número de hijos y contacto piel a piel, peso del recién nacido y tipo de parto (12).

Teshome *et al.* (2020) tuvo como objetivo “*examinar las tendencias y factores asociados con el inicio temprano de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva y la duración de la lactancia materna en Etiopía*”. Los datos para este estudio se extrajeron de la Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía 2016 y la muestra total de 5122 niños en el análisis. El muestreo fue por conglomerado estratificado. Se consideró un análisis de regresión logística multivariante (OR con sus intervalos de confianza del 95 %). Entre los resultados se evidenció que el 81.8% de los niños iniciaron la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento. El, parto por cesárea (OR 0.10; IC del 95%: 0.06-0.15) y tener menos hijos (OR 0.69; IC del 95%: 0.49-0.97) se asociaron con un bajo inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento. En cuanto a la región, las que vivieron en región Affar (OR 13.81, IC 95% 7.11-26.81) tuvieron mayor probabilidad de iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora del parto. Se concluye que la mayoría de las madres brindó leche a su hijo en la primera hora de vida y los factores asociados al ITLM son paridad, región y modo de parto (13).

Aziz *et al.* (2020) tuvieron como objetivo “*determinar la prevalencia y los factores asociados con el inicio temprano de la lactancia materna (EIB) en Papúa Nueva Guinea*”. El estudio tuvo un alcance descriptivo, correlacional y explicativo. Para este estudio, se empleó los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de 3198 mujeres en edad fértil que habían dado a luz 2 años antes de la encuesta. En el análisis estadístico, se utilizó la regresión logística y los cálculos de Odds ratios crudos (ORc) y Odds ratios ajustados, con intervalos de confianza (IC) del 95 %. El 55.7% de las mujeres iniciaron la lactancia materna dentro de la primera hora después del parto. Las mujeres que practicaban el contacto piel con piel con el bebé (ORa = 1.640, IC: 1.385-1.942) tuvieron mayores probabilidades del ITLM, en comparación con las que no lo hicieron. Los factores que no se asociaron a este Inicio fueron el número de controles y capacitación de lactancia materna. Se concluye que la prevalencia de ITLM en Papua Nueva Guinea fue relativamente alta y las mujeres que practicaban el contacto piel con piel con el bebé tenían mayores probabilidades de ITLM, en comparación con aquellas que no lo hacían (17).

Senanayake *et al.* (2019) tuvieron como objetivo “*investigar la prevalencia y los determinantes del ITLM en la India y determinar en qué medida estos factores difieren según la residencia de la madre en el área rural o urbana*”. Este estudio utilizó información de una muestra ponderada total de 94,401 madres de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de la India 2015-2016. Se utilizó regresión logística multivariante. La proporción de madres que iniciaron la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento para niños de 0 a 23 meses fue del 41.5%. El parto por cesárea se asoció con ITLM retrasado en la población india (ORa: 0.53, IC del 95 %: 0.49–0.56; $P < 0.001$). Las madres que fueron asistidas por otros profesionales no sanitarios tuvieron menos probabilidades del ITLM en comparación con aquellas que recibieron asistencia de profesionales sanitarios (ORc: 0.74, IC 95%: 0.70–0.78). En cuanto a la región

geográfica, las madres que vivieron en el Nordeste tuvieron más probabilidades de iniciar la lactancia materna en la primera hora después del parto en comparación con las que vivieron en el Norte (AOR: 3.64, IC 95%: 2.89–4.60). El orden de nacimiento no se asoció con el ITLM. Más de la mitad de las madres indias retrasaron el inicio de la lactancia materna y los factores asociados son el modo de entrega, la región y tipo de asistencia de entrega (14).

Cozma *et al.* (2019) realizaron una investigación con el objetivo de “*evaluar las prácticas ITLM y sus determinantes en el noroeste de Rumanía*”. Este estudio transversal se realizó de marzo a junio de 2019, con base en una muestra de 1399 madres de niños menores de 24 meses. Las madres respondieron mediante entrevistas cara a cara a un cuestionario estructurado. Se utilizó la regresión logística multivariante para identificar los factores asociados con el EIBF. Solo el 24.3% de las madres iniciaron la lactancia dentro de la primera hora del parto. El parto vaginal (ORa: 4.39, IC del 95 % 3.29-5.88), contacto piel con piel madre-recién nacido durante una hora o más (AOR: 55.6, IC del 95 % 23.0-134.2), y el asesoramiento sobre lactancia durante las visitas prenatales (AOR: 1.48, IC del 95%: 1.12-1.97) fueron factores asociados con una mayor probabilidad al ITLM. Los factores sin significancia fueron el estado civil y ocupación laboral. En general, la práctica del ITLM fue deficiente (16).

Santana, *et al.* (2020) en su investigación presentaron como objetivo “*identificar la prevalencia y los padres asociados a la lactancia materna en la primera hora de vida*”. El estudio transversal realizado entre marzo y julio de 2018 en 655 puérperas de Lagarto, Sergipe, Brasil. Para la recolección de datos se realizaron entrevistas presenciales con las puérperas con un intervalo mínimo de 6 horas después del parto y tarjetas prenatales de los participantes. El cuestionario de investigación abordó variables de atención prenatal, parto y parto. Se utilizaron la prueba de

chi-cuadrado y la razón por Prevalencia (PR) como medida de asociación y sus respectivos intervalos de confianza del 95%. La prevalencia del ITLM fue del 45.5%, siendo mayor entre las mujeres que tuvieron un parto en servicio público (RP= 2.59; IC95%: 1.89-4.38). El parto vaginal (RP 2.46; IC 95% 1.65-5.04) y el contacto piel con piel (RP= 2.60; IC 95% 2.10-5.10) se han mostrado asociado al ITLM. En conclusión, la prevalencia de la lactancia materna en la primera hora de vida es baja y está asociado al contacto piel a piel, tipo de parto y tipo de servicio de parto (15).

Alí *et al.* (2020) tuvieron como objetivo “*evaluar la prevalencia y los factores asociados con el inicio temprano de la lactancia materna entre madres con niños <24 meses de edad en la región del Kilimanjaro, en el norte de Tanzania*”. Este estudio utilizó datos secundarios de una encuesta transversal realizada en abril de 2016 y abril de 2017. Se analizaron un total de 1644 mujeres con hijos menores de 24 meses. Se utilizaron modelos de regresión de Poisson modificados para determinar los factores asociados de forma independiente con el inicio temprano de la lactancia materna. La prevalencia del inicio temprano de la lactancia materna fue del 70 %. Una mayor prevalencia de inicio temprano de la lactancia materna se evidenció en mujeres con educación primaria en comparación con aquellas con educación secundaria (RPc 1.11; IC 95%: 1.03-1.19), y entre mujeres con dos hijos en comparación con un hijo (RPa: 1.12, IC 95% 1.02-1.21) . Los factores no asociados al ITLM fueron la edad, estado civil, número de controles y capacitación de lactancia materna. El inicio temprano de la práctica de la lactancia materna fue subóptimo en este estudio (11).

Nacionales

Hernández *et al.* (2019) realizaron una investigación con el objetivo de “*determinar la prevalencia y los determinantes de la ITLM en el Perú*”. El estudio analítico de la ENDES 2018 como fuente secundaria de datos. En total, se incluyeron en el estudio 19.595 niños nacidos durante los 5 años anteriores a la encuesta. La variable dependiente fue el ITLM y las variables sociodemográficas y las relacionadas con el embarazo se analizaron mediante un modelo de regresión logística multivariable para identificar los determinantes de ITLM. La prevalencia del ITLM fue 49,7%. Las madres con educación superior (ORc, 0.26; IC 95%, 0.55 a 0.76), con índice de riqueza alto (ORc: 0.16, IC 95% 0.14-0.18), que viven en la residencia urbana (ORc: 0.35, IC 95%: 0.32-0.39), cuyo parto fue en un centro de salud privado (ORc: 0.10, 0.08-0.12) y por cesárea (ORa: 0,06, IC 95%: 0.05-0.07) se asociaron con una menor probabilidad de ITLM. Los recién nacidos en centros de salud públicos (ORa, 1.37; IC 95%, 1.15 a 1.65), las nativas (ORc: 1.47, IC 95%: 1.35-1.59) y las madres de la región de la selva (ORa: 2.51; IC 95%, 2.17 a 2.89) tuvieron una mayor tasa del ITLM. Los factores que no se asociaron al ITLM fueron la edad y estado civil. Más de la mitad de los niños peruanos no amamantan durante la primera hora después del nacimiento. Los principales factores asociados al ITLM son el modo de parto y la región (8).

Ortiz *et al.*, (2018) tuvieron en su estudio como objetivo “*analizar la asociación entre los procedimientos neonatales de las enfermeras y el inicio temprano de la lactancia materna*”. La muestra fue de 24 enfermeras del servicio de neonatología de un hospital nacional que atendieron púerperas inmediatas. Las variables fueron inicio temprano de la lactancia materna, procedimientos neonatales, factores individuales y de formación. Para el análisis bivariado se empleó las pruebas de Fisher y de U de Mann-Whitney. Resultados principales: la frecuencia

del no iniciar tempranamente la lactancia materna fue de 62.5%. Conclusión principal: En ese hospital no se fomenta el ITLM, por ende, se recomienda incentivar a los profesionales de enfermería que tomen la decisión de fomentar y realizar el CPPP en el tiempo que sea necesario para iniciar con la lactancia materna (9).

Alfaro (2017) el objetivo de su investigación fue “*estimar la prevalencia de lactancia materna exclusiva y su relación con el estado nutricional en niños de 06 a 24 meses, en el Asentamiento Humano Zona Z Huaycán del Distrito de Ate Vitarte, Departamento Lima*”. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por niños(as) entre seis y veinticuatro meses, obteniendo un total 63 participantes que han cumplido con los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se emplearon encuestas, medidas antropométricas para peso y talla; y medición bioquímica para la hemoglobina. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba Chi-cuadrado para comprobar la relación entre las variables del estudio. Los hallazgos más importantes fueron que el 61.9% de niños recibieron leche materna inmediatamente después del nacimiento, el 27% recibieron leche materna entre una a cuatros después del nacimiento, el 6.3% entre cinco y doce horas y el 3.2% después de las doce horas (8).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría del Inicio temprano de lactancia materna

La autora de esta teoría es Ramona Mercer que se encuentra entre los investigadores que más contribuyen a comprender el rol materno. Ella continuó desarrollando y refinando su teoría basada en investigación adicional. Mercer consideró a los padres, la influencia del embarazo de alto riesgo y la enfermedad materna en su teoría de la consecución de roles; estudió las necesidades y preocupaciones de las madres lactantes, madres adolescentes y madres con

enfermedad posparto, así como la respuesta de los padres al estrés y las complicaciones durante el proceso de maternidad. En 1981, Mercer introdujo un marco para estudiar factores que inciden en el rol materno. El marco se definió más claramente en su libro *First-Time Motherhood: Experiences from Teens to Forties* (21). En 2003, Mercer comenzó a reexaminar la teoría del logro del rol materno y cambios propuestos basados en la investigación de enfermería actual (21).

2.2.2. Evolución histórica del inicio temprano de la lactancia materna

En tiempos prehistóricos, la lactancia materna era la primera prioridad de las madres hasta más tarde en la infancia. En el Antiguo Egipto, la lactancia materna era la primera prioridad de las madres hasta que los bebés alcanzaban los seis meses de edad y luego se les daba leche de vaca. En la antigua Mesopotamia y la antigua Grecia, la lactancia materna era de gran valor y se pueden encontrar numerosas referencias en la mitología. En la época romana, la lactancia materna comenzó a ser una opción de la mayoría de las familias adineradas. En Israel y China, la lactancia materna continuó hasta los dos años, mientras que en Indias se detuvo a los seis meses, cuando comienza la dentición. En el islam, la lactancia materna tenía una base religiosa y por lo general duraba dos años. En la época bizantina, la duración de la lactancia materna se fijaba en unos veinte meses y el calostro se consideró inadecuado y durante los primeros días de vida se les dio miel a los recién nacidos. En la Edad Media, reaparecieron las objeciones contra la nodriza y que la lactancia materna era un deber de la madre (22).

A finales del siglo XVIII aparecieron nuevos sustitutos de la alimentación infantil como la leche animal. En los años siguientes las madres tenían que trabajar para contribuir a los ingresos familiares y, por primera vez, la alimentación artificial se convirtió en la primera opción. No obstante, en el siglo XX, las fórmulas siguieron siendo la primera opción por la influencia de la

publicidad en los países desarrollados. Como resultado, se produjo un brote de enterocolitis necrotizante y por ende aumentó la mortalidad infantil. Las madres evitaban la lactancia materna porque a menudo se sentían avergonzadas, ya que el pecho es un elemento de la sexualidad de la mujer (23).

El inicio temprano de lactancia materna practicado en algunos lugares del mundo tomo suma importancia desde que la OMS en su fin de reducir la mortalidad en los recién nacidos hizo énfasis que en el periodo de 2002 a 2005, incluso en 46 países de ingresos bajos y medianos habían incluido ITLM en las Encuestas de Demografía y Salud (6). Asimismo, en una investigación se mencionó que el 16% de las muertes neonatales podrían salvarse si todos los bebés fueran amamantados desde el día 1 y el 22% si la lactancia materna comenzará dentro de la primera hora (24). En el Perú a través de la Norma Técnica Atención integral de Salud Neonatal se detalló que un procedimiento luego del nacimiento es realizar el contacto piel a piel iniciando la lactancia materna dentro de la hora de vida (20).

2.2.3. Inicio temprano de lactancia materna

2.2.3.1 Concepto del Inicio temprano de Lactancia materna

El suministro de leche materna a los bebés dentro de una hora después del nacimiento se conoce como “inicio temprano de la lactancia materna” (4,12).

2.2.3.2 Factores maternos

- Edad de la mujer: definida como la edad actual de la entrevistada del cuestionario individual obtenida de la siguiente pregunta “¿Cuántos años cumplidos tiene?” La

misma es de naturaleza cuantitativa, pero se ha categorizado por etapas de vida según el Ministerio de Salud en 12 a 14 años, 15 a 19 años y de 20 a 49 años (25).

- Número de hijos: definida por la cantidad de hijos que viven con la entrevistada. Medida por las preguntas ¿Cuántos hijos y/ hijas viven con usted? Variable cuantitativa, pero se ha categorizado en 1, 2 y 3 hijos a más (26).
- Nivel educativo: definida como el nivel educativo más alto por parte de la entrevistada medida a través de la siguiente pregunta “¿Cuál fue el año o nivel de estudios más alto que aprobó?” Dicha variable es cualitativa ordinal categorizada en sin educación, primaria, secundaria y superior (26).
- Índice de riqueza definida como la riqueza que cuenta el hogar calculada a través de la disponibilidad de bienes, acceso a servicios básicos de agua, electricidad, servicios higiénicos y características de la vivienda. Es una variable cualitativa ordinal categorizada en "bajo", el quintil intermedio se agrupó en “medio” y los dos quintiles superiores en "alto" (26, 27).
- Laborando actualmente: permite conocer si la entrevistada ha trabajado en los últimos 12 meses mediante la siguiente pregunta: “¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?” Variable cualitativa dicotómica en no y sí (26).
- Estado conyugal, definida como el estado civil de la entrevistada, variable cualitativa nominal categorizada en soltera, casada, conviviente y otros (26).
- Región: definida como la región natural donde se realizó la entrevista medida a través de la siguiente pregunta “¿Región Natural?” Dicha variable es de naturaleza cualitativa nominal categorizada en Lima metropolitana, Resto de Costa, Sierra y Selva (26).

- Lugar de residencia definida al área geográfica de residencia donde se encuentra la vivienda de la mujer, la misma es una variable cualitativa nominal categorizada en urbano y rural (26).
- Lengua materna: dicha variable permite conocer qué idioma o dialecto habla habitualmente la entrevistada en el hogar, variable cualitativa nominal castellano, quechua, aymara, otras lenguas indígenas y otras lenguas extranjeras (26).

2.2.3.3 Factores referentes al recién nacido

- Peso al nacer, variable para conocer el peso del bebé al nacer en la medición se usó la siguiente pregunta “¿Cuánto pesó (NOMBRE)?” y se solicitó el carné de crecimiento y desarrollo, variable cualitativa dicotómica <2500 y ≥ 2500 (26).
- Orden de nacimiento, medido por el orden al nacer en la historia de nacimiento de la madre. La misma empieza por el primer hijo nacido vivo, variable cualitativa dicotómica primer nacimiento y segundo nacimiento (26).
- Contacto piel a piel, definida cuando la madre tuvo contacto piel a piel con el bebé inmediatamente después que ha nacido, variable dicotómica en no y sí (26).

2.2.3.4 Factores del proveedor de salud

- Números de controles prenatales: dicha variable se midió para saber cuantos controles o visitas prenatales tuvo durante su embarazo. Variable cuantitativa categorizada en $(\geq 6$ y $<6)$ controles (28).
- Persona que lo atendió en el parto, definida por el tipo de persona o profesional que le atendió a la entrevistada durante el parto, variable cualitativa nominal: ninguno, solo

obstetriz, solo enfermera, enfermera y obstetra, solo médico y Médico, enfermero y obstetra (26).

- Capacitación sobre lactancia materna, variable para medir si la entrevistada recibió información sobre la lactancia materna durante su embarazo, variable cualitativa dicotómica en no y sí (26).

2.2.3.2 Importancia del Inicio temprano de lactancia materna

La lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud y proporciona todos los nutrientes a los bebés en los primeros meses de vida. El suministro de leche materna a los bebés dentro de una hora después del nacimiento asegura que el calostro o "la primera leche", que es rica en factores protectores, se administre a los bebés inmediatamente después del parto (6).

Poner a los recién nacidos al pecho menos de 1 hora después del nacimiento salva vidas y proporciona beneficios para la salud a largo plazo y el riesgo de infección neonatal y muerte (5). Asimismo, el inicio temprano estimula la producción de leche materna, aumenta la actividad uterina y, por lo tanto, puede reducir el riesgo de sangrado abundante e infección. También fomenta el vínculo entre madre e hijo y aumenta la duración de la lactancia (4).

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Los factores se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

2.3.2. Hipótesis específicas

2.3.2.1. Los factores maternos se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

2.3.2.2. Los factores del recién nacido se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

2.3.2.3. Los factores del proveedor de salud se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método de investigación será hipotético – deductivo porque se buscará una solución sobre un problema o fenómeno utilizando la hipótesis (29).

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque será cuantitativo porque se empleará la estadística para hallar una hipótesis (29).

3.3. Tipo de la investigación

Será aplicada porque se buscará resolver el problema de determinar los factores que se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna (29).

Alcance: según el objetivo general el alcance del estudio será explicativo porque determinará cuáles son las causas del inicio temprano de la lactancia materna (29).

3.4. Diseño de la investigación

Será observacional porque se obtendrá datos sin utilizar alguna intervención y retrospectiva a través de un análisis secundario con los datos de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2020 (ENDES 2020) (7).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población:

Se consideró un total de 35 430 entrevistas completas de mujeres de 12 a 49 años del Perú, utilizando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2020.

Muestra:

La muestra efectiva es de 8088 madres según los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión**Inclusión:**

- Todas las madres de 12 a 49 años de edad y sus hijos del último nacimiento.
- Habituales de viviendas de residencias urbanas y rurales y aquellas que no siendo habitantes pernoctaron en la vivienda la noche anterior al día de la entrevista.
- La muestra utilizada para este análisis se limitó al período anterior de 24 meses para tener en cuenta la posibilidad de sesgo de recuerdo y porque lo recomienda la OMS (30).

Exclusión:

- Madres que visitaron la noche anterior al día de la encuesta en la vivienda seleccionada.
- Madres que no hayan completado la información requerida de los cuestionarios de la ENDES.

Unidades de Muestreo:

- En el Área Urbana: Las Unidades de Muestreo son dos: El Conglomerado y la Vivienda Particular Ocupada
- En el Área Rural: Las Unidades de Muestreo son dos: El Área de Empadronamiento Rural y la Vivienda Particular Ocupada.

Técnicas de muestreo:

La muestra se caracteriza por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área Urbana y Rural.

Tamaño de la Muestra: De acuerdo con la metodología de la ENDES, el tamaño muestral formulado por el INEI quedo de la siguiente manera:

- Conglomerados: 3 254 (sede 1 476, resto urbano 934 y rural 844)
- Viviendas: 36 760 (sede 14 760, resto urbano 9 340 y rural 12 660)
- Mujeres esperadas (12 a 49 años): 43 257
- Mujeres de 12 a 49 años de edad y sus hijos del último nacimiento: 8088

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Factores asociados al inicio temprano de la lactancia materna

Definición Operacional: Este instrumento consta de 17 preguntas seleccionadas del cuestionario de la ENDES (24), y presenta tres dimensiones. La primera dimensión son los factores maternos, las preguntas son referentes a características sociodemográficas, culturales y búsqueda y estado de salud de la madre. La segunda dimensión son los factores del recién nacido, las preguntas están relacionadas con el nacimiento y el estado de salud del recién nacido. Por último, la tercera dimensión son los factores del proveedor de salud, las preguntas son acerca de la atención prenatal y durante el parto que recibió la madre (12).

Matriz operacional de la variable 1:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Escala valorativa (Niveles o rangos)</i>
Factores maternos	Edad (25)	Cuantitativa Intervalo	12-14 años 15-19 años 20-49 años
	Número de hijos (26)	Cuantitativa Intervalo	1 2 3 a más
	Nivel educativo (26)	Cualitativa Ordinal Politómica	Sin educación Primaria Secundaria Superior
	Índice de riqueza (26,27)	Cualitativa Ordinal Politómica	Bajo Medio Alto
	Laborando actualmente (26)	Cualitativa Nominal	No Sí

		Dicotómica	
	Estado civil (26)	Cualitativa Nominal Politómica	Soltera Conviviente Casada Otros
	Región (26)	Cualitativa Nominal Politómica	Lima Metropolitana Resto de la costa Sierra Selva
	Lugar de residencia (26)	Cualitativa Nominal Dicotómica	Rural Urbano
	Lengua materna (26)	Cualitativa Nominal Politómica	Castellano Quechua Aymara Otras lenguas indígenas Otras lenguas extranjeras
Factores del recién nacido	Peso al nacer (26)	Cuantitativa Intervalo	<2500 ≥2500
	Edad gestacional de nacimiento (26)	Cuantitativa Intervalo	Pretérmino A término Postérmino
	Orden de nacimiento (26)	Cualitativa Ordinal Politómica	Último nacido vivo Penúltimo nacido vivo Antepenúltimo nacido vivo
	Número de controles prenatales que recibió (28)	Cuantitativa Intervalo	≥ 6 <6

Factores del proveedor de salud	Persona que lo atendió en el parto (26)	Cualitativa Nominal Politómica	Médico Enfermero Obstetriz Comadrona/Partera Otros
	Capacitación sobre lactancia materna (26)	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
	Lugar del parto (26)	Cualitativa Nominal Politómica	Domicilio Sector público Sector privado Sector no gubernamental
	Parto por cesárea (26)	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No

Variable 2: Inicio temprano de lactancia materna

Definición Operacional: Esta variable se medirá a través de una pregunta creada por la ENDES 2020 (24): ¿cuánto tiempo después del nacimiento puso (nombre) en el pecho por primera vez?, según la OMS se considerará como cualitativa dicotómica con categoría Sí (si la madre amamantó a su recién nacido antes de la primera hora de vida) y No (si la madre amamantó a su recién nacido después de la primera hora de vida) (4, 12).

Matriz operacional de la variable 2:

<i>Variable</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Escala valorativa (Niveles o rangos)</i>
Inicio temprano de la lactancia materna (variable dependiente)	¿Cuánto tiempo después de que nació (nombre) empezó Ud. a darle pecho?	Cualitativa nominal	Sí No

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Para el presente estudio se aplicó la técnica de análisis documental, que consistió en la revisión de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020. Cabe destacar que por la pandemia para la ENDES 2020 se implementó las entrevistas vía telefónica, retornando paulatinamente a las entrevistas presenciales bajo aspectos de bioseguridad de las entrevistadoras (31).

Las bases de datos de interés para el estudio se encontraron en los siguientes módulos: Módulo 1631: (REC0111) y (REC91); Módulo 1632 (RE223132); Módulo 1633 (REC41) y Módulo 1633 (REC94); Módulo 1635 (RE516171); y Módulo 1638 (RECH6).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Los Cuestionarios utilizados por la ENDES fueron del Hogar e Individual en el programa de la TABLET o en formatos impresos, considerando las normas y procedimientos instaurados en este manual y emisiones de la Dirección Técnica del Proyecto (31).

3.7.3. Validación

No aplica.

3.7.4. Confiabilidad

No aplica.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se utilizó el programa Word para la redacción del proyecto y demás documentos. Para la creación de la base de datos, tablas de frecuencia y gráficos se empleó el programa Excel. Se seleccionaron, a partir del análisis bivariado con Odds Ratio crudo (ORc), a los factores asociados científicamente con el Inicio temprano de la lactancia materna para considerarlos posteriormente

en el modelo de regresión logística binaria ($p \leq 0,05$) estimando los Odds Ratios ajustado (ORa) e intervalos de confianza al 95%. Previamente se realizó la prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow para los factores asociados.

3.9. Aspectos éticos

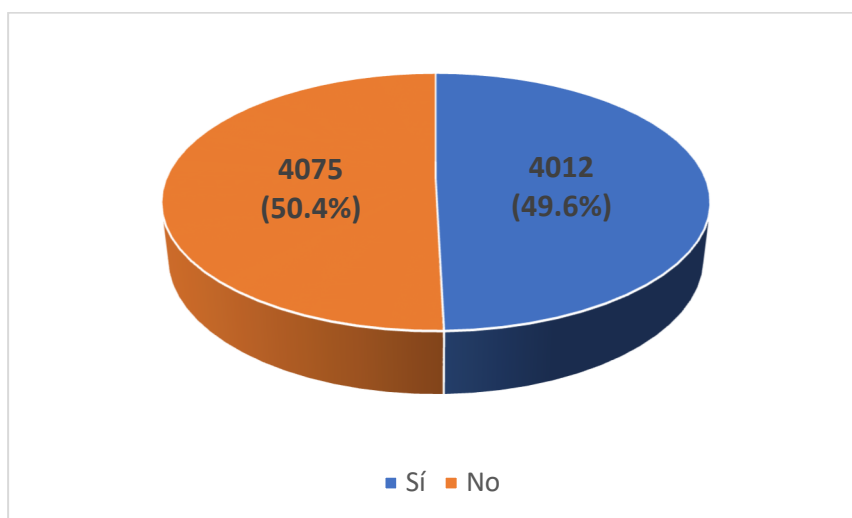
El estudio es de base secundaria de la ENDES con datos de libre acceso de la INEI y por ende hubo un consentimiento informado, pero de forma verbal por parte de los entrevistadores al momento de encuestar (7,31), respetando los datos personales mediante el anonimato. Los datos serán empleados con fines de la investigación y la investigadora no presentó conflicto de intereses.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Figura 1. Porcentaje del inicio temprano de lactancia materna



Fuente: elaboración propia

En la figura 1, se observa que 4076 madres peruanas reportaron no haber amamantado a su hijo durante la primera hora de vida (50.4%), es decir más de la mitad de la población. Mientras que 4012 (49.6%) madres amamantaron a sus hijos durante la primera hora de vida.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis general: Los factores se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

En el análisis bivariado con OR crudo, los factores asociados al inicio temprano de la lactancia son: el número de hijos, el nivel educativo, el índice de riqueza, región, el lugar de residencia, la lengua materna, el peso al nacer, el contacto piel a piel, la persona que lo atendió en el parto, el

lugar de parto y parto por cesárea. Los factores: la edad, el estado civil, laborando actualmente, orden de nacimiento, el número de controles que recibió y la capacitación sobre lactancia materna no fueron asociados al ITLM. Por ende, estos factores no fueron considerados en el análisis multivariado.

En el análisis con la regresión logística binaria múltiple con OR ajustado, el modelo fue adecuado según la prueba de *Hosmer y Lemeshow* ($p=0.08$). Se mostró significancia en los factores; el número de hijos, la región, el peso al nacer, el contacto piel a piel y el parto por cesárea.

Hipótesis específica 1: Los factores maternos se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

Los resultados, según el análisis bivariado, muestran que las madres con dos hijos (ORc: 1.23, $p=0.005$) y tres hijos (ORc: 1.57, $p<0.001$) tienen más posibilidades de iniciar tempranamente la lactancia materna en comparación de las que tienen un hijo. En cuanto al nivel educativo, las mujeres sin educación tienen 4.94 veces más posibilidades del ITLM en relación de las que tienen un nivel educativo superior ($p<0.001$). Respecto al índice de riqueza, las madres que poseen un índice alto tienen menos posibilidades del ITLM en comparación de las que poseen un índice bajo (ORc: 0.32, $p<0.001$). En relación a la región, las madres que viven en región sierra (ORc: 2.61, $p<0.001$) y selva (ORc: 2.92, $p<0.001$), y residencia rural (ORc: 2.37, $p<0.001$) tienen más posibilidades del ITLM en comparación de las que viven en la Costa y residencia rural. Por último, en cuanto a la lengua materna, las madres con otras lenguas indígenas tienen 5.93 veces más posibilidades del ITLM ($p<0.001$) respecto a las que hablan en lengua castellana. Los factores que no mostraron significancia con el ITLM fueron la edad, el estado civil y laborando actualmente (ver tabla 1).

En el análisis múltiple, se evidencia que las mujeres que tienen dos hijos tienen 1.35 veces más posibilidades del ITLM frente a las que tienen un hijo ($p=0.017$). Además, las que viven en la región sierra (ORa: 1.74, $p=0.001$) y selva (ORa: 1.77, $p=0.001$) tienen más posibilidades del ITLM en comparación de las que viven en la Costa. En el resto de factores no se muestra significancia con el ITLM (Ver tabla 2).

Tabla 1. Análisis bivariado entre factores e inicio temprano de la lactancia materna

	OR Crudo	IC95%	p-valor
Factores maternos			
Edad de la mujer			
12-14	Ref	-	-
15-19	0.51	0.11-2.41	0.393
20-49	0.38	0.08-1.78	0.219
Número de hijos			
1	Ref	-	-
2	1.23	1.06-1.43	0.005
3 a más	1.57	1.36-1.82	<0.001
Nivel educativo			
Superior	Ref	-	-
Secundaria	1.93	1.67-2.23	<0.001
Primaria	3.32	2.74-4.01	<0.001
Sin educación	4.94	3.02-8.08	<0.001
Índice de riqueza			
Bajo	Ref	-	-
Medio	0.47	0.41-0.55	<0.001
Alto	0.32	0.28-0.38	<0.001
Laborando actualmente			
Sí	Ref	-	-
No	0.89	0.76-1.04	0.144
Estado civil			
Soltera	Ref	-	-
Conviviente	1.01	0.78-1.31	0.895
Casada	0.67	0.51-0.90	0.070
Otros	0.99	0.72-1.34	0.941
Región			
Lima Metropolitana	Ref	-	-
Resto de la costa	1.24	1.02-1.51	0.027
Sierra	2.61	2.16-3.15	<0.001

Selva	2.92	2.39-3.57	<0.001
Lugar de residencia			
Urbano	Ref	-	-
Rural	2.37	2.06-2.72	<0.001
Lengua materna			
Castellano	Ref	-	-
Quechua	2.82	2.06-3.86	<0.001
Aymara	2.21	1.09-4.48	0.028
Otras lenguas indígenas	5.93	3.19-11.0	<0.001
Otras lenguas extranjeras	1.10	0.14-8.22	0.928
Factores del recién nacido			
Peso al nacer			
<2500	Ref	-	-
≥2500	1.85	1.46-2.35	<0.001
Oden de nacimiento			
Primer nacimiento	Ref	-	-
Segundo nacimiento	1.07	0.82-1.40	0.621
Contacto piel a piel			
No	Ref	-	-
Sí	4.93	4.28-5.68	<0.001
Factores del proveedor de salud			
Número de controles prenatales que recibió			
≥ 6	Ref	-	-
<6	1.10	0.91-1.32	0.327
Persona que lo atendió en el parto			
Ninguno	Ref	-	-
Solo obstetriz	0.70	0.47-1.04	0.079
Solo enfermera	0.66	0.31-1.38	0.268
Enfermera y obstetra	0.52	0.36-0.75	<0.001
Solo médico	0.12	0.08-0.19	<0.001
Médico y obstetra	0.22	0.15-0.32	<0.001
Enfermera y médico	0.26	0.05-0.09	<0.001
Médico, enfermero y obstetra	0.21	0.15-0.29	<0.001
Capacitación sobre lactancia materna			
No	Ref	-	-
Sí	1.05	0.92-1.20	0.425
Lugar de parto			
Domicilio	Ref	-	-
Público	0.23	0.17-0.33	<0.001
Privado	0.06	0.03-0.09	<0.001
No gubernamental	0.37	0.22-0.65	<0.001
Parto por cesárea			
Sí	Ref	-	-
No	17.9	14.9-21.4	<0.001

Hipótesis específica 2: Los factores del recién nacido se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

Los resultados, según el análisis bivariado, muestran que los hijos de las madres que nacieron con un peso ≥ 2500 tienen 1.85 veces más posibilidades del ITLM frente a los que nacieron con un peso < 2500 ($p < 0.001$). Asimismo, las madres que mantuvieron contacto piel a piel con su hijo al momento de nacer tuvieron 4.93 veces más posibilidades del ITLM en comparación de las que no mantuvieron este contacto ($p < 0.001$). El factor orden de nacimiento no mostró significancia con el ITLM, por lo que no se consideró en el modelo de la investigación (ver tabla 1).

En el análisis múltiple con OR ajustado, se evidencia que los factores nacer con un peso ≥ 2500 (ORa: 1.93, $p = 0.001$) y mantener contacto piel a piel (ORa: 2.13, $p < 0.001$) se asociaron significativamente con el ITLM (ver tabla 2).

Tabla 2. Factores asociados al inicio temprano de la lactancia materna

	OR ajustado	IC95%	p-valor
Factores maternos			
Número de hijos			
1	Ref	-	-
2	1.35	1.05-1.73	0.017
3 a más	1.21	0.94-1.53	0.125
Nivel educativo			
Superior	Ref		
Secundaria	1.20	0.94-1.51	0.128
Primaria	1.08	0.78-1.47	0.673
Sin educación	1.53	0.70-3.37	0.284
Índice de riqueza			
Bajo	Ref		
Medio	0.80	0.61-1.03	0.089
Alto	0.80	0.60-1.06	0.122
Región			

Lima Metropolitana	Ref		
Resto de la costa	1.23	0.93-1.62	0.148
Sierra	1.74	1.26-2.43	<0.001
Selva	1.77	1.27-2.45	<0.001
Lugar de residencia			
Urbano	Ref		
Rural	0.86	0.65-1.14	0.301
Lengua materna			
Castellano	Ref		
Quechua	1.36	0.91-2.02	0.135
Aymara	2.15	0.90-5-12	0.083
Otras lenguas indígenas	1.79	0.69-4.61	0.228
Otras lenguas extranjeras	0.31	0.02-3.88	0.363
Factores del recién nacido			
Peso al nacer			
<2500	Ref		
≥2500	1.93	1.32-2.83	0.001
Contacto piel a piel			
No	Ref		
Sí	2.13	1.70-2,67	<0.001
Factores del proveedor de salud			
Persona que lo atendió en el parto			
Ninguno	Ref		
Solo obstetriz	0.92	0.33-2.54	0.879
Solo enfermera	0.67	0.18-2.42	0.543
Enfermera y obstetra	0.62	0.22-1.70	0.348
Solo médico	0.72	0.24-2.17	0.562
Médico y obstetra	0.56	0.20-1.57	0.273
Enfermera y médico	0.58	0.21-1.63	0.305
Médico, enfermero y obstetra	0.61	0.22-1.69	0.340
Lugar de parto			
Domicilio	Ref		
Público	0.51	0.21-1.69	0.144
Privado	0.40	0.14-1.05	0.063
No gubernamental	0.76	0.26-2.22	0.621
Parto por cesárea			
Sí	Ref		
No	9.30	7.04-12.6	<0.001

Hipótesis específica 3: Los factores del proveedor de salud se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.

Los resultados, según el análisis bivariado, las madres que fueron atendidas solo por un médico durante el parto (ORc: 0.12, $p < 0.001$) y en un hospital privado (ORc: 0.06, $p < 0.001$) tienen menos posibilidades del ITLM. Referente al parto por cesárea, las madres que no le realizaron una cesárea tienen 17.9 veces más posibilidades del ITLM ($p < 0.001$). Los factores que no se asociaron estadísticamente con el ITLM fueron el número de controles que recibió la madre ($p = 0.327$) y la capacitación sobre lactancia materna ($p = 0.425$).

En el análisis multivariado, a las madres que no le realizaron una cesárea tienen 9.30 veces más posibilidades del ITLM ($p < 0.001$). Los factores que no se asociaron estadísticamente con el ITLM fueron: la persona que lo atendió en el parto, el lugar de parto y la capacitación sobre lactancia materna (ver tabla 2).

4.1.3 Discusión de resultados

Uno de los hallazgos de esta investigación revela que menos de la mitad de todas las madres peruanas amamantó a su recién nacido antes de la primera hora de vida (49.6%). Este hallazgo concuerda con los estudios realizados por Ahmed *et al.* (18) en Arabia Saudita (43.6%), Senanayake *et al.* (14) en la India (41.5%) y por Santana *et al.* (15) en Brasil (45.5%). Asimismo, este hallazgo es similar a estudios peruanos realizados por Hernandez *et al.* (8) en una muestra representativa de la ENDES 2018 (49.7%), y por Ortiz *et al.* (9) en un hospital público de Lima Norte (37.5%). Por otro lado, en otras investigaciones se evidencia un mayor porcentaje del ITLM como los realizados por Aziz *et al.* (17) en Nueva Guinea (60%), Alfaro *et al.* (10) en madres de un hospital público de Lima este (61.9%), Alí *et al.* (11), en el Norte de Tanzania (70%), Mukora *et al.* (12) en Zimbabue (78%) y por Teshome *et al.* (13) en Etiopía (81.8%). La discrepancia de estos resultados puede explicarse por las diferencias de tiempo en que se realizaron los estudios, las variaciones socioeconómicas, geográficas, y las prácticas

socioculturales. Asimismo, por las diferencias en la tasa de partos por cesárea (12-14) y el impulso del Ministerio de Salud, de cada país, por la promoción del ITLM en todos los establecimientos de salud, garantizando así la práctica y la aceptación del inicio temprano de la lactancia materna. Por ello, es importante contar con trabajadores de la salud capacitados antes, durante y después del nacimiento del bebé (12).

En este estudio, se identificaron varios factores maternos asociados significativamente al ITLM, según análisis bivariado, entre ellos fue el número de hijos, cuyas madres con dos hijos tuvieron 1.23 veces más posibilidades al ITLM en comparación de las que tuvieron un solo hijo. Asimismo, esta significancia se evidenció también en el modelo ajustado (ORa:1.35, p=0.017). Este hallazgo es congruente con el estudio de Alí *et al.* (11), donde se encontró mayor inicio temprano de la lactancia materna en mujeres del Norte de Tanzania con dos hijos en comparación con las que tuvieron un hijo (RPa: 1.12, p=0.011). Asimismo, este mayor inicio se evidencia en las multíparas (ORa:1.82, p=< 0.001) según Mukora *et al.* (12). Mientras que Teshome *et al.* (13), muestra que el bajo ITLM se muestra en las mujeres con menos hijos (ORa: 0.69). Esto podría ser explicado, porque las nulíparas o primigestas generalmente tienen miedo por el poco o ningún conocimiento sobre el embarazo, el parto y la lactancia materna; lo que podría influir en las prácticas durante la primera hora después del parto (32).

Otro factor materno fue el nivel educativo, las madres sin educación tuvieron más posibilidades del ITL en comparación de las que tienen un nivel educativo superior (ORc: 4.94, p=<0.001), sin embargo, en el modelo no mostró significancia (p=0.284). Alí *et al.* (11) mostraron que las mujeres con nivel de educación primaria tuvieron un 11% más veces del inicio temprano de la lactancia materna en comparación con aquellas que tuvieron educación secundaria y superior

(RPc: 1,11). En tanto, en el estudio de Hernández *et al.* (8) se evidenció que las madres peruanas con un nivel educativo más alto tienen menos posibilidades de amamantar durante la primera hora después del parto (ORc: 0.26).

El índice de riqueza alto se asoció significativamente a un mayor ITLM, solo en el análisis bivariado (ORc: 0.32, $p < 0.001$). Esto contrasta con el hallazgo de Hernández *et al.* (8), donde las madres peruanas más ricas tienen menos posibilidades de amamantar a su hijo durante la primera hora de vida (ORc: 0.16).

Considerando estos últimos hallazgos, sin duda alguna, tener altos niveles educativos puede mejorar el inicio temprano de la práctica de la lactancia materna debido a una mayor conciencia. Sin embargo, en este contexto del estudio, es lo contrario. Un nivel de educación superior puede ser un indicador de un nivel socioeconómico más alto, por ende, hay una mayor predisposición a una cesárea y la adquisición de las fórmulas para los recién nacidos (33), las mismas que impiden el ITLM (12-14).

Otro factor materno con significancia, en el modelo ajustado, es la región ($p < 0.001$), cuyas madres que viven en región sierra (ORa: 1.74) y selva (ORa: 1.77), tienen más posibilidades del ITLM en comparación de las que viven en la Costa. Este hallazgo es respaldado por el estudio de Hernández *et al.* (8), donde se evidencia un mayor ITLM tanto en la región sierra (ORa: 2.31) como la selva peruana (ORa:3.47). Asimismo, en el estudio de Teshome *et al.* (13), donde las madres que vivían en la región Affar, la misma que se caracteriza por ser una región pobre de Etiopía y tener habitantes indígenas, tuvieron más probabilidades de iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora del parto (ORa: 13.81). En esta secuencia, según Senanayake *et al.*

(14), las madres de la región Noreste de la India, donde se encuentran los países más pobres, se evidencia un mayor ITLM (ORa: 3.50).

Las madres que viven en residencia rural (ORc: 2.37, $p < 0.001$) tienen más posibilidades del ITLM en comparación de las que viven en la residencia urbana. En el análisis múltiple, no se evidencia significancia estadística. Como se muestra en un estudio realizado por Hernández *et al.* (8), las madres que viven en la residencia urbana tienen menos posibilidades de amamantar a su hijo durante la primera hora de vida (ORc: 0.35).

Respecto al factor materno lengua materna, las madres con otras lenguas indígenas tienen 5.93 veces más posibilidades del ITLM respecto a las que hablan en lengua castellana ($p < 0.001$). En el modelo ajustado no se evidenció significancia ($p = 0.122$). No existen investigaciones que evidencien similar resultado, sin embargo, Hernández *et al.* (8) mostraron que las madres identificadas como nativas, las mismas que pueden hablar lenguas indígenas, tienen 1.47 veces más probabilidades a este Inicio.

En relación a los tres últimos hallazgos, las razones subyacentes de las variaciones regionales en la práctica de EIBF aún no se han explicado adecuadamente en la literatura. Sin embargo, las razones plausibles pueden deberse a las actitudes culturales locales, y a un menor porcentaje de nacimientos por cesárea en los departamentos de la sierra y selva (34), lugares donde en su mayoría viven habitantes de residencia rural y con índice de riqueza bajo. No cabe duda que las cesáreas retrasan el contacto precoz piel a piel del bebé con su madre y, por ende, el ITLM; y fomenta el uso de fórmulas para los recién nacidos (35).

Los factores que no mostraron significancia con el ITLM fueron la edad, el estado civil y laborando actualmente. Investigaciones como las de Alí *et al.* (11), Hernández *et al.* (8) y la de Cozma *et al.* (16) respaldan dicho hallazgo.

Referente a los factores del recién nacido, muestran que los hijos de las madres que nacieron con un peso ≥ 2500 tienen más veces más posibilidades del ITLM frente a los que nacieron con un peso < 2500 (ORa: 1.93, $p=0.001$). Este hallazgo sólo es congruente con el estudio de Mukora *et al.* (12), donde se encontró que el bajo peso del recién nacido está asociado con el retraso en el inicio de la lactancia materna (RPa: 0.6, $p<0.01$). Este hallazgo podría deberse porque en la mayoría de los casos, los bebés con bajo peso o prematuros tienden a estar separados de sus madres, durante períodos más largos después del parto, por el riesgo de sufrir otras morbilidades que requieren intervención. Sin embargo, esta separación impide que los bebés no logren acceder a los beneficios de la primera leche (36).

Asimismo, las madres que mantuvieron contacto piel a piel con su hijo al momento de nacer tuvieron más posibilidades de amamantar a su hijo durante la primera hora de vida en comparación de las que no mantuvieron este contacto (ORa: 2.13, $p=<0.001$). Santana *et al.* (15), concuerdan que existe una mayor prevalencia de lactancia materna en las madres que tuvieron contacto piel a piel directo con su recién nacido después del nacimiento (RPc: 2.60). De la misma manera este hallazgo es similar a las investigaciones realizadas por Cozma *et al.* (16), con un ORa 55.6, Aziz *et al.* (17) (ORa 1.649, y por Mukora *et al.* (12) (ORa 1.51). El contacto piel con piel madre-hijo, aumenta la interacción verbal y táctil entre ellos, además, se estimulan los receptores térmicos y olfativos del bebe. Esta sensación olfativa del bebé lo vuelve sensible al olor que lo conduce al pezón de la madre y al desarrollo del vínculo y la progresión de los comportamientos nutricionales de la lactancia materna. Como resultado, el recién nacido toma el

pecho de su madre, y logra la capacidad de succionar (37-42). Asimismo, esta succión del bebé y la estimulación de los senos en la primera hora después del nacimiento dan lugar a respuestas hormonales en la madre, por lo que aumenta la secreción de oxitocina para producir leche y el reflejo de la hormona prolactina para la producción de leche (37). No cabe duda que el contacto piel a piel entre madre e hijo después del nacimiento puede aumentar la tasa de éxito de la primera lactancia; y tener efectos beneficiosos. Por lo tanto, debe ser promocionado.

El factor orden de nacimiento no mostró significancia con el ITLM ($p=0.621$). Esto concuerda con el estudio realizado por Senanayake *et al.* (14) ($p=0.819$).

En cuanto a los factores del proveedor de salud, las madres que fueron atendidas solo por un médico durante el parto tienen menos posibilidades del ITLM (ORc: 0.12, $p<0.001$). Esto discrepa con lo encontrado por Senanayake *et al.* (14), cuyas madres que recibieron asistencia durante el parto por parte de profesionales que no eran de la salud redujeron la probabilidad de iniciar la lactancia dentro de la primera hora del parto en comparación con la asistencia de profesionales de la salud (ORc: 0,74). En ambos contextos se puede deducir que los profesionales de salud capacitados y encargados del parto tienen la labor del fomento de la realización del ITLM, pero no solamente el médico sino en equipo con el profesional de enfermería y obstetricia (9).

Otro factor proveedor de la salud con significancia al ITLM fue el lugar de parto, las madres que fueron atendidas durante el parto en un hospital privado tienen menos posibilidades del ITLM. En el modelo también no se evidenció significancia (ORc: 0.06). El estudio realizado por Hernandez *et al.* (8) mostraron que el parto en un centro de salud privado está asociado a una menor probabilidad del ITLM (ORc: 0.10). Por otro lado, según Santana *et al.* (15) reportaron

que las mujeres que utilizaron el servicio público para su parto tuvieron 2,59 veces más posibilidades de amamantar a su hijo en la primera hora de vida. Este hallazgo podría explicarse porque en 1991 la OMS y la UNICEF lanzan la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, proponiendo los “Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa”, con el objetivo de dar a cada bebé el mejor inicio de la vida fomentando condiciones de cuidados de la salud que apoyen el amamantamiento, y en 1993 se pone en marcha este Plan en el Perú capacitando al personal, y en 1994 se inició la certificación por primera vez en hospitales públicos como San Bartolomé, Cayetano Heredia y Guillermo Almenara de ESSALUD, asimismo, en el Instituto Materno Perinatal (19). En la actualidad la realización del ITLM se observa más en hospitales públicos en comparación de los privados, donde se observan mayores casos de cesáreas.

Referente al parto por cesárea, las madres que no dieron nacimiento por cesárea tienen 9.30 veces más probabilidades de comenzar a amamantar dentro de 1 hora después del nacimiento en comparación con las que dieron a luz por parto vaginal ($p < 0.001$). En el modelo también se evidenció significancia estadística. Investigaciones como las realizadas por Santana et al. (15) y por Ahmed *et al.* (18) concuerdan que el parto vaginal se asoció a una mayor probabilidad del ITLM. Mientras que los partos por cesárea se asociaron a una menor probabilidad de este inicio, según lo reportado por Hernández *et al.* (8), Cozma *et al.* (16), Senanayake et al. (14), Teshome et al (13) y por Mukora *et al.* (12). El parto por cesárea resulta una separación prolongada entre madre e hijo por las alteraciones endocrinológicas provocadas por la cesárea y condiciones estresantes para la mujer, dificultando lograr una posición cómoda para amamantar, y el tiempo para recuperarse de los efectos de la anestesia. Además, los bebés nacidos por cesárea pueden experimentar problemas respiratorios. Por lo tanto, será más probable que sea llevado a terapia intensiva separándose físicamente de su madre (43,44).

Los factores del proveedor de salud que no se asociaron estadísticamente con el ITLM fueron el número de controles que recibió la madre ($p=0.327$) y la capacitación sobre lactancia materna ($p=0.425$). Este resultado es similar por los estudios de Alí *et al.* (11) y Aziz *et al.* (17). Sin embargo, en el estudio de Cozma *et al.* (16) se evidencia lo contrario, es decir, que el asesoramiento sobre lactancia durante las visitas prenatales estuvo asociado con una mayor probabilidad del ITLM (ORa: 1,48, $p=< 0.001$). Esto puede deberse al hecho de que las visitas prenatales durante el embarazo brindan una buena oportunidad para que las madres adquieran un conocimiento adecuado sobre la lactancia materna y comprendan los beneficios de esta práctica (45).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Menos de la mitad de las madres amamantó a su recién nacido antes de la primera hora de vida (49.6%).
2. Los factores maternos asociados significativamente al Inicio temprano de lactancia materna, según el análisis bivariado, son tener dos ($p= 0.005$) y tres hijos ($p<0.001$), sin educación ($p<0.001$), vivir en la región sierra ($p<0.001$) y selva ($p<0.001$), residir en área rural ($p<0.001$), hablar en otras lenguas indígenas ($p<0.001$), mientras que, las madres que poseen un índice alto de riqueza tienen menos posibilidades del ITLM ($p<0.001$). Los factores que no mostraron significancia con esta iniciación fueron la edad, el estado civil y laborando actualmente. En el análisis múltiple, se evidencia que las mujeres que tienen dos hijos ($p=0.017$), viven en la región sierra ($p=0.001$) y selva ($p=0.001$) tienen más posibilidades del ITLM.
3. En el análisis bivariado y multivariado, los factores del recién nacidos asociados al inicio temprano de lactancia materna son el número de hijos y contacto piel a piel, cuyos hijos de las madres que nacieron con un peso ≥ 2500 tienen más posibilidades del ITLM frente a los que nacieron con un peso < 2500 ($p=0.001$). Asimismo, las madres que mantuvieron contacto piel a piel con su hijo al momento de nacer tienen más posibilidades del ITLM en comparación de las que no mantuvieron este contacto ($p<0.001$). El factor orden de nacimiento no mostró significancia con el ITLM.
4. El factor proveedor de salud asociado significativamente al ITLM, tanto el análisis bivariado como multivariado, se evidencia en las madres que no le realizaron una cesárea ($p<0.001$). Otros factores asociados al retraso del ITLM, pero solo en el análisis bivariado, se evidencian en madres atendidas solo por un médico durante el parto

($p < 0.001$) y en un hospital privado ($p < 0.001$). Los factores que no se asociaron estadísticamente con el ITLM fueron el número de controles que recibió la madre ($p = 0.327$) y la capacitación sobre lactancia materna ($p = 0.425$).

5.2 Recomendaciones

1. Se recomienda que el país pueda aumentar la prevalencia del ITLM, para que todos los recién nacidos reciban los beneficios de esta primera leche. Las medidas deberán ser iniciadas desde el Estado a través de la implementación y aplicación de políticas que favorezcan la alimentación adecuada del lactante desde que nace, incluyendo la vigilancia de las mismas.
2. De acuerdo con los factores maternos con significancia al ITLM en el presente estudio, los Sistemas de Salud deben fortalecer en la promoción de la lactancia materna, especialmente en las mujeres que darán luz por primera vez y aquellas con educación secundaria o superior, que viven en la región costa, residen en zonas urbanas y tienen como lengua materna el castellano. Ellas deben ser receptoras de consejería sobre los innumerables beneficios de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido y que se podrían perder por un aumento de cesáreas injustificadas.
3. En vista de los factores del recién nacido asociados al ITLM, para evitar la prematuridad o bajo peso en los recién nacidos es necesario que los responsables de la atención prenatal desarrollen más capacidades y habilidades en relación a la promoción de la lactancia, y cómo manejar los problemas más comunes en las gestantes. Por otro lado, se evidencia que el contacto piel a piel propicia al éxito del ITLM, sin embargo, solo podrán ser

indicado en los recién nacidos sin alteraciones o problemas respiratorios, que son muy comunes en niños con bajo peso, y los partos por cesárea.

4. Los proveedores de atención médica en establecimientos de salud privado deben enfatizar a las madres las diferencias de la leche humana y las fórmulas, asimismo, apoyarlas con la lactancia inmediatamente después del parto. La OMS recomienda que el ITLM se promueva en los diferentes tipos de partos, pero priorizando en los recién nacidos sanos, asimismo, que se fortalezcan o apliquen la Iniciativa de los 10 pasos hacia la lactancia exitosa, sin embargo, en el Perú, solo pocos hospitales lo aplican y en su mayoría los públicos. Por ende, se recomienda a las madres con indicación de parto por cesárea injustificada recibir consejería especializada en lactancia materna por parte de trabajadores de la salud capacitados en el período prenatal y postnatal temprano para aumentar el inicio temprano de la lactancia materna.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado el 05 de enero de 2020]. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality#:~:text=La%20cifra%20mundial%20de%20muertes,2%2C4%20millones%20en%202019>
2. Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [citado el 05 de enero de 2020]. Resolución Ministerial 658-2019/MINSA sobre prioridades nacionales de investigación en salud para el periodo 2019-2023; [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_658-2019-MINSA.PDF
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado el 05 de junio de 2022]. Boletín Epidemiológico del Perú SE 22-2022; [aprox. 33 pantallas]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202222_24_144517.pdf
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet]. New York: UNICEF; 2018 [citado el 05 de enero de 2020]. Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido; [aprox. 44 pantallas]. Disponible en: <https://www.unicef.org/nicaragua/informes/inicio-temprano-de-la-lactancia-materna-el-mejor-momento-para-cada-reci%C3%A9n-nacido>
5. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM., Neovita Study Group. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2017;12(7):1-16.
6. Chessa Lutter [Internet]. Washington: OPS; 2010 [citado el 05 de junio de 2022]. ¡El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo!; [aprox. 44 pantallas]. Disponible en: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Resumentecnico.pdf>
7. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [citado el 05 de agosto de 2021]. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2020; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
8. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H. Determinants of early initiation of breastfeeding in Peru: analysis of the 2018 Demographic and Family Health Survey. *Epidemiology and health*. 2019;41:1-8.
9. Ortiz YJ, Ortiz KJO, Mucha RHM. ¿Se asocian los procedimientos neonatales de las enfermeras al inicio temprano de la lactancia materna? *Evidentia*. 2018;15(1):1-7. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e11646>
10. Alfaro CY. Prevalencia de lactancia materna exclusiva y su relación con el estado nutricional en niños de 06 a 24 meses [Tesis para optar el grado de magíster]. Lima: Universidad Nacional Agraria La Molina; 2017. Disponible en: <http://repositorio.lamolina.edu.pe/bitstream/handle/UNALM/3080/S20-A4-T.pdf?sequence=1>
11. Alí F, Mgongo M, Mamseri R, George JM, Mboya IB, Msuya SE. Prevalence of and factors associated with early initiation of breastfeeding among women with children

- aged < 24 months in Kilimanjaro region, northern Tanzania: a community-based cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*. 2020;15(80):1-10.
12. Mukora-Mutseyekwa F, Gunguwo H, Mandigo RG, Mundagowa P. Predictors of early initiation of breastfeeding among Zimbabwean women: secondary analysis of ZDHS 2015. *Maternal health, neonatology and perinatology*. 2019;5(1):1-7.
 13. Teshome B. Trends and factors associated to early initiation of breastfeeding, exclusive breastfeeding and duration of breastfeeding in Ethiopia: evidence from the Ethiopia demographic and health survey 2016. *International breastfeeding journal*. 2020;15(1):1-3.
 14. Senanayake P, O'Connor E, Ogbo FA. National and rural-urban prevalence and determinants of early initiation of breastfeeding in India. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-3.
 15. Santana A, Ferreira MY, de Jesus JM, Alves CK, Barboza R, Moraes A, Campos ID. Amamentação na primeira hora de vida entre mulheres do Nordeste brasileiro: prevalência e fatores associados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2020;22(58772):1-6.
 16. Cozma-Petruț A, Badiu-Tișa I, Stanciu O, Filip L, Banc R, Gavrițaș L, Ciobârcă D, Hegheș SC, Miere D. Determinants of early initiation of breastfeeding among mothers of children aged less than 24 months in northwestern Romania. *Nutrients*. 2019;6;11(12):1-13.
 17. Aziz A, Opoku B, Agbaglo E, Kobina L, Kanor J, Kwabena E, et al. Determinants of early initiation of breastfeeding in Papua New Guinea: a population-based study using the 2016-2018 demographic and health survey data. *Archives of Public Health*. 2020;78(1):1-11.
 18. Ahmed AE, Salih OA. Determinants of the early initiation of breastfeeding in the Kingdom of Saudi Arabia. *International breastfeeding journal*. 2019;14(1):1-13.
 19. Organización Panamericana de la Salud. *La Lactancia Materna y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna en el Perú. Informe final de monitoreo en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto / Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, Ministerio de Salud del Perú*. Lima: OPS, 2011.
 20. Ministerio de Salud. *Norma Técnica Atención integral de Salud Neonatal [Internet]*. Lima: MINSA; 2013 [citado el 05 de enero de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>
 21. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*. 2004;36(3):226-32.
 22. Stevesn E. A History of Infant Feeding. *J Perinat Educ*. 2009;18(2): 32–39.
 23. Papastavrou M, Genitsaridi SM, Komodiki E, Paliatsou S, Midw R, Kontogeorgou A. Breastfeeding in the course of history. *J Pediatr Neonatal Care*. 2015;2(6):00096.
 24. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006 Mar 1;117(3):e380-6.
 25. Ministerio de Salud. *Estadística Poblacional – grupos de edad [Internet]*. Lima: MINSA; 2022 [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp

26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Sistema de Documentación Virtual de Investigaciones Estadísticas [Internet]. Lima: INEI; 2020 [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: http://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/718/data_dictionary
27. Enríquez-Canto Y, Ortiz-Romaní K, Ortiz-Montalvo Y. Análisis de los determinantes próximos e impacto de la ocupación en la fertilidad de mujeres peruanas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2017 Apr 20;41:e18.
28. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud, Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente Durante el Embarazo, Parto y Puerperio [Internet]. Lima. MINSA; 2019 [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>
29. Hernández-Sampieri R, Torres CP. Metodología de la investigación. México^ eD. FDF: McGraw-Hill Interamericana; 2018
30. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: Parte 1 definiciones. [Internet]. Lima: OMS; 2008 [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241596664>
31. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [citado el 14 de agosto de 2021]. Documentos metodológicos. ENDES 2020; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/documentos.asp>
32. Möller M, Jämtén S, Thorstensson S, Ekström-Bergström AC. First-time mothers have a desire to be offered professional breastfeeding support by pediatric nurses: An evaluation of the Mother-Perceived-Professional Support scale. *Nursing research and practice*. 2019; 2019:1-11.
33. Koletzko S, Lee HS, Beyerlein A, Aronsson CA, Hummel M, Liu E, Simell V, Kurppa K, Lernmark Å, Hagopian W, Rewers M. Caesarean section on the risk of celiac disease in the offspring: The Teddy Study. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2018;66(3):417.
34. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. El 68,4% de niñas y niños menores de seis meses de edad recibió lactancia materna exclusiva durante el año 2020. [Internet]. Lima: INEI; 2020 [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-684-de-ninas-y-ninos-menores-de-seis-meses-de-edad-recibio-lactancia-materna-exclusiva-durante-el-ano-2020-12901/#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202020%2C%20el,Instituto%20Nacional%20de%20Estad%20C%C3%ADstica%20e>
35. Ministerio de Salud. La Lactancia Materna y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna en el Perú. [Internet]. Lima: MINSA; 2011 [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1710.pdf>
36. Gianni ML, Bezze EN, Sannino P, Baro M, Roggero P, Muscolo S, Plevani L, Mosca F. Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants. *BMC pediatrics*. 2018;18(1):1-7.
37. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019;58(1):1-9.

38. Araújo KE, Santos CC, Caminha MD, Silva SL, Pereira JD, Batista Filho M. Skin to skin contact and the early initiation of breastfeeding: a cross-sectional study. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2021;30:1-14.
39. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Meedya S, Jafarabadi MA, Mohammadi E, Mirghafourvand M. Skin-to-skin contact, early initiation of breastfeeding and childbirth experience in first time mothers: a cross sectional study. *Journal of Neonatal Nursing*. 2020;26(2):115-9.
40. Safari K, Saeed AA, Hasan SS, Moghaddam-Banaem L. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *International Breastfeeding Journal*. 2018;13(1):1-8.
41. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Contacto piel con piel la primera hora después del nacimiento, implicaciones subyacentes y práctica clínica. *Acta Pediátrica*. 2019;108 (7):1192-204.
42. Norholt H. Revisiting the roots of attachment: A review of the biological and psychological effects of maternal skin-to-skin contact and carrying of full-term infants. *Infant Behavior and Development*. 2020;60:101441.
43. Nurkholifa FF, Pamungkasari EP, Prasetya H. Meta-Analysis the Effect of Section Caesarea on Early Breastfeeding Initiation. *Journal of Maternal and Child Health*. 2021;6(1):46-55.
44. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, Gibbons D, Kelly NM, Kennedy HP, Kidanto H, Taylor P. Efectos a corto y largo plazo de la cesárea en la salud de las mujeres y niños. *La lanceta*. 2018; 392(10155):1349-57.
45. Ghimire U. The effect of maternal health service utilization in early initiation of breastfeeding among Nepalese mothers. *Int. Breastfeed. J*. 2019;14:33. doi: 10.1186/s13006-019-0228-7.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General ¿Qué factores se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años en el Perú durante el año 2020?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuál es la frecuencia del inicio temprano en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre los factores maternos con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre los factores del recién nacido con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre los factores del proveedor de salud con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020?</p>	<p>Objetivo General Determinar los factores que se asocian con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.</p> <p>Objetivos Específicos Identificar la frecuencia del inicio temprano en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.</p> <p>Conocer la asociación entre los factores maternos con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.</p> <p>Determinar la asociación entre los factores del recién nacido con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.</p> <p>Identificar la asociación entre los factores del proveedor de salud con el inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.</p>	<p>Hipótesis General Hay una asociación entre los factores con la anemia ferropénica en gestantes peruanas, ENDES 2020.</p> <p>Hipótesis Específica Los factores maternos se asocian al inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.</p> <p>Los factores del recién nacido se asocian al inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.</p> <p>Los factores del proveedor de salud se asocian al inicio temprano de la lactancia materna en mujeres de 12 a 49 años del Perú durante el año 2020.</p>	<p>Variable 1: Factores Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Factores maternos Factores del recién nacido Factores del proveedor de salud <p>Variable 2: Inicio temprano de la lactancia materna (Sí y No)</p>	<p>Tipo de Investigación: Aplicada. Estudio retrospectivo con alcance explicativo y enfoque cuantitativo a través de un análisis secundario con los datos de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2020 (ENDES 2020)</p> <p>Población Muestra: La muestra efectiva es de 8088 mujeres de 12 a 49 años del Perú, según criterios de inclusión y exclusión.</p>

Anexo 2: Informe del porcentaje del Turnitin. (Hasta el 20% de similitud y 1% de fuentes primarias)