

Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Perú 2021-2022

Factors associated with the duration of breastfeeding in children under 2 years of age in Peru 2021-2022

Mirella Zorrilla Cabrejo¹, Rubén Espinoza Rojas¹

¹ Universidad Científica del Sur, Lima, Perú



Recibido: 03/02/2024
Revisado: 10/03/2024
Aceptado: 25/03/2024

Autor correspondiente

Mirella Zorrilla Cabrejo
Universidad Científica del Sur,
Perú
mirellageorginazorrillacabrejo@gmail.com

Editor Responsable

Iván Barrios, MSc¹
Universidad Nacional de Asunción,
San Lorenzo, Paraguay.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Fuente de financiación

Los autores no recibieron apoyo financiero de entidades gubernamentales o instituciones para realizar esta investigación

Este artículo es publicado bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#).



RESUMEN

Introducción: La duración de la lactancia materna es crucial para la salud infantil, sin embargo, la prevalencia ha disminuido en los últimos años, situando a los niños en una población de riesgo. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Perú 2021-2022. **Metodología:** Estudio analítico transversal, a través del análisis secundario de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2021 y 2022. El tamaño muestral fue de 4951 niños/niñas con sus respectivas madres. Se evaluaron factores infantiles y maternos utilizando el Estadístico F corregida para el análisis bivariado con una significancia estadística $p < 0,05$ y un intervalo de confianza al 95%. Finalmente, para medir la asociación se calculó la razón de prevalencia cruda (RPC) y la razón de prevalencia ajustada (RPa) mediante la Regresión de Poisson con varianza robusta. **Resultados:** El 85,3% tuvo una duración de 0-6 meses y solo el 14,7% tiene una duración hasta los 23 meses. El no contacto piel a piel precoz bebe-madre ($p < 0,01$) (RPa 1,19) y el consumo de bebidas diferentes a la leche materna los primeros 3 días de nacido ($p < 0,01$) (RPa 0,66) se asociaron con una duración hasta los 6 meses de lactancia materna. Las madres adolescentes tuvieron un 30,7% de duración de lactancia materna de 6 meses ($p < 0,01$) (RPa 2,49), por el contrario, el lugar de residencia rural, el grado no superior y un menor ingreso económico permiten una lactancia materna por más de 6 meses. **Discusión:** Los resultados asocian no recibir contacto piel a piel precoz bebe-madre, edad materna igual o menor de 18 años, grado superior, lugar de residencia urbano y mayor ingreso económico con una menor duración de lactancia materna en niños menores de 2 años.

Palabras clave: lactancia materna; niños; fórmula infantil; método de cuidado madre canguro; edad materna.

ABSTRACT

Introduction: The duration of breastfeeding is crucial for child health; however, the prevalence has decreased in recent years, placing children in a population at risk. **Objective:** To determine the factors associated with the duration of breastfeeding in children under 2 years of age in Peru 2021-2022. **Methodology:** Cross-sectional analytical study, through the secondary analysis of data from the Demographic and Family Health Survey (ENDES) of 2021 and 2022. The sample size was 4951 children with their respective mothers. Infant and maternal factors were evaluated using the F-statistic corrected for bivariate analysis with a statistical significance of $p < 0.05$ and a 95% confidence interval. Finally, to measure the association, the crude prevalence ratio (cPR) and the adjusted prevalence ratio (aPR) were calculated using Poisson regression with robust variance. **Results:** 85.3% had a duration of 0-6 months and only 14.7% had a duration of up to 23 months. Early baby-mother skin-to-skin non-contact ($p < 0.01$) (aPR 1.19) and consumption of beverages other than breast milk in the first 3 days of birth ($p < 0.01$) (aPR 0.66) were associated with a duration of breastfeeding up to 6 months. Adolescent mothers had a 30.7% duration of breastfeeding of 6 months ($p < 0.01$) (aPR 2.49), on the contrary, the place of rural residence, the non-higher grade and a lower economic income allow breastfeeding for more than 6 months. **Discussion:** The results were associated with not receiving early skin-to-skin contact between the baby and the mother, maternal age equal to or less than 18 years, higher grade, urban place of residence and higher economic income with a shorter duration of breastfeeding in children under 2 years of age.

Keywords: breastfeeding; children; infant formula; kangaroo-mother care method; maternal age.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna durante los dos años de vida porque previene las deficiencias nutricionales y reduce la mortalidad infantil (1). Según el informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), durante el 2022 solo el 46,6 % inició la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento. Asimismo, reportó 42,4 % anemia en menores de 3 años y 11,7 % desnutrición crónica, lo cual, evidencia un aporte insuficiente de nutrientes que permitan un estado nutricional adecuado. Las altas cifras nacionales constituyen un problema de salud pública que año a año se incrementa, afectando la calidad de vida, economía del hogar y aumento de gastos sanitarios en el Perú (2).

La problemática anteriormente descrita requiere información actualizada de la práctica de lactancia materna, la cual, brinda nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo saludable del infante con un efecto protector a corto y largo plazo en enfermedades agudas y crónicas, como, enfermedades respiratorias, enfermedades diarreicas, obesidad, asma, alergias, entre otras (3). Los estudios realizados mencionan que la aplicación del contacto piel con piel mínimo de 15 minutos, nivel educativo materno, edad materna, lugar de residencia de la madre, consumo de líquidos distintos a la leche materna después del nacimiento e indicadores antropométricos del infante están asociados a la lactancia materna (4,5).

Sin embargo, se han enfocado de manera separada los indicadores antropométricos y características maternas con la lactancia materna. Además, de optar por una población objetiva de menores de 6 meses o hasta los 3 años. En cambio, la presente investigación consideró a niños menores de dos años, ya que, durante este periodo, ocurre una programación

temprana crucial para alcanzar el mejor desarrollo y salud a lo largo de la vida (6). Asimismo, el uso de datos a nivel nacional, regional, estratificado según edad, nivel educativo y pobreza permite un panorama completo de los factores de riesgo, confusores y no relevantes.

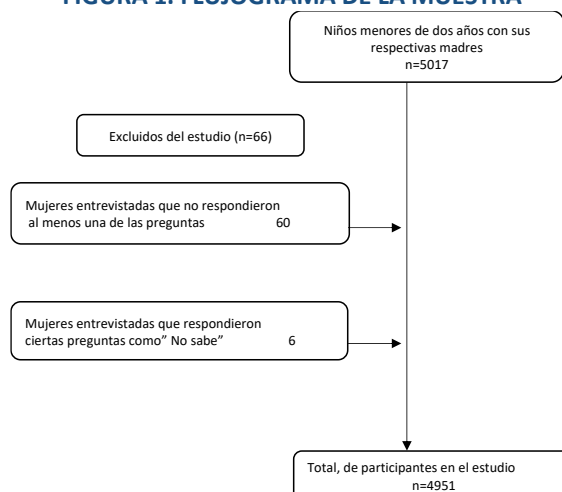
Por ello, evidenciar la relación de las variables ya mencionadas sirve para informar a la comunidad científica nacional e internacional, personal de salud y agentes comunitarios para establecer planes estratégicos preventivos promocionales y/o complementarios al tratamiento de deficiencias nutricionales y salud integral madre-niño (7). Por lo tanto, el objetivo del estudio es determinar los factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Perú 2021-2022.

METODOLOGIA

Diseño del Estudio: Se llevó a cabo un estudio analítico transversal mediante el análisis secundario de datos de la ENDES del año 2021 y 2022, realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI).

Muestra: La muestra incluyó a 4951 niños/niñas con sus respectivas madres que participaron de la ENDES en el año 2021 al 2022, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión: Niños/niñas menores de 2 años y sus respectivas madres, con residencia habitual, es decir, las que pernoctaron la noche anterior a la encuesta ENDES y que respondieron las preguntas evaluadas en el presente estudio logrando datos completos. Para mayor detalle observar la Figura 1. La ENDES emplea un muestreo complejo bietápico probabilístico equilibrado, estratificado, autoponderado e independiente a nivel departamental en zona rural y urbana (8).

FIGURA 1. FLUJOGRAMA DE LA MUESTRA



Variables: Las variables provienen de los cuestionarios realizados por personal capacitado del INEI, el cual aplicó la entrevista directa de manera presencial para la recolección de la información (9). A continuación, se detallan las variables incluidas en el estudio: Variable dependiente: duración de lactancia materna, categorizada en 0-6 meses y 7-23 meses.

Variables independientes: factores Infantiles: peso para la edad, longitud para la edad, peso para la talla, categorizadas, según desviación estándar de los Patrones de Crecimiento de la OMS (10-12). Otra variable incluida fue hemoglobina categorizada según Normativa Nacional e Internacional (13). Finalmente, las demás variables fueron el Contacto Piel a piel precoz bebe-madre y Consumo de bebidas diferentes a la leche materna los 3 primeros días de nacido clasificadas en Sí y No.

Factores maternos: edad se agrupó en adolescente, adulto joven y adulto, grado de instrucción se clasificó en educación no superior y superior, lugar de residencia clasificada en urbano y rural e ingreso económico se clasificó en mayor ingreso y menor ingreso.

Análisis Estadístico: El procesamiento se realizó con el software SPSS v28 para el análisis descriptivo de los factores infantiles y maternos se obtuvieron tablas de frecuencia relativa y absoluta. Se utilizó el Estadístico F corregida para el análisis bivariado con una significancia estadística $p < 0,05$ y un intervalo de confianza al 95 %. Finalmente, para medir la asociación se calculó la razón de prevalencia cruda (RPc) y la razón de prevalencia ajustada (RPa) mediante la Regresión de Poisson con varianza robusta. Asimismo, para obtener todos los resultados se utilizó el diseño de muestras complejas trabajadas en la ENDES.

Consideraciones éticas: La base de datos que se descargó del INEI se encontró innominado, además el presente estudio tiene autorización del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Sur (UCSUR).

RESULTADOS

De la muestra analizada de 4951 niños/niñas con sus respectivas madres, se encontró que el 85,3% tuvo una duración de lactancia materna de 0-6 meses, y solo el 14,7 % llegó a los 23 meses, el 93,7 % presentó un peso para la edad normal y el 2,5 % desnutrido. Por otro

lado, la longitud para la edad 87,6 % tienen talla normal y 10,5 % baja talla. Asimismo, peso para la talla el 7,1% se encontraba en sobrepeso y el 1,6 % en obesidad. Además, el 55 % tuvo un contacto Piel a piel precoz bebe-madre y consumió bebidas diferentes a la leche materna los 3 primeros días de nacido. Por último, el 31,8 % tienen anemia leve y 17,4 % anemia moderada. Para mayor detalle observar la [Tabla 1](#).

Respecto a las características de los factores maternos, el 50,7 % de las madres eran adultas, el grado de instrucción superior representa el 36,1 % y no superior el 63,9 %. Además, el 76,8 % es de zona urbana y el 23,2 % rural. Finalmente, el ingreso económico el 32 % tiene mayor ingreso y el 68 % menor ingreso. Para mayor detalle observar la [Tabla 1](#).

En la [Tabla 2](#) se evidenció asociación significativa ($p < 0,01$) entre el contacto piel a piel precoz bebe-madre y consumo de bebidas diferentes a la leche materna con la duración de la lactancia materna. Además, en los factores maternos se asocia con la edad ($p < 0,01$), grado de instrucción ($p = 0,03$), pertenecer a la zona urbana muestra menor cantidad de madres que dan lactancia materna mayor a los seis meses comparadas con las madres de zona rural (84,2 vs. 89 %) ($p < 0,01$). Por último, un mayor ingreso reporta menor duración de lactancia materna (83,2 vs. 86,3 %) ($p < 0,01$).

Al obtener la razón de prevalencia cruda y ajustada, se observa que los niños con una duración de lactancia materna de 0-6 meses tienen 31 % menos riesgo de presentar sobrepeso (RPa 0,31, IC 95 %: 0,14-0,68), asimismo los neonatos que no tuvieron contacto piel a piel precoz bebe-madre refieren 19% mayor riesgo de una lactancia materna hasta los 6 meses (RPa 1,19, IC 95 %: 1,02-1,39), sin embargo, el consumo de bebidas diferentes a la leche se asocia a un menor riesgo (RPa 0,66, IC 95 %: 0,56-0,79). Para mayor detalle observar la [Tabla 3](#).

Respecto, a los factores maternos, las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de una lactancia materna solo hasta los 6 meses (RPa 2,49, IC 95 %: 1,76-3,51), mientras que el lugar de residencia rural (RPa 0,69, IC 95 %: 0,55-0,87) y un menor ingreso económico (RPc 0,81, IC 95 %: 0,69-0,94) son factores de protección de una duración de 0-6 meses de lactancia materna. Finalmente, las demás variables no mostraron significancia. Para mayor detalle observar la [Tabla 3](#).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE FACTORES INFANTILES Y FACTORES MATERNOS, 2021-2022 (N=4951).

		N	(%)
Factores Infantiles	Duración de la lactancia materna		
	0-6 meses	4224	(85,3)
	7-23 meses	727	(14,7)
	Peso para la edad del niño		
	Desnutrido	123	(2,5)
	Normal	4639	(93,7)
	Sobrepeso	189	(3,8)
	Longitud para la edad del niño		
	Normal	4338	(87,6)
	Baja talla	521	(10,5)
	Baja talla severa	93	(1,9)
	Peso para la Talla del niño		
	Obesidad	81	(1,6)
	Sobrepeso	354	(7,1)
	Normal	4493	(90,8)
	Desnutrido	23	(0,4)
	Hemoglobina del niño		
	Normal	2504	(50,6)
Factores Maternos	Anemia leve	1572	(31,8)
	Anemia moderada	863	(17,4)
	Anemia severa	12	(0,2)
	Contacto Piel a piel precoz bebe-madre		
	Sí	2721	(55,0)
	No	2230	(45,0)
	Consumo de bebidas diferentes a la leche materna los 3 primeros días de nacido		
	Sí	2721	(55,0)
	No	2230	(45,0)
	Edad de la madre		
	Adolescencia	125	(2,5)
	Adulto joven	2313	(46,7)
	Adulto	2512	(50,7)
	Grado de instrucción de la madre		
	Superior	1788	(36,1)
	No Superior	3163	(63,9)
	Lugar de residencia de la madre		
	Urbano	3804	(76,8)
	Rural	1147	(23,2)
	Ingreso económico		
	Mayor ingreso	1586	(32,0)
	Menor ingreso	3365	(68,0)

TABLA 2. ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS INFANTILES Y FACTORES MATERNOS (N=4951).

		Duración de la Lactancia Materna			
		0-6 meses		7-23 meses	
		n	(%)	n	(%)
Factores Infantiles	Peso para la edad del niño				
	Desnutrido	15	(12,5)	107	(87,3)
	Normal	694	(15,0)	3998	(85,0)
	Sobrepeso	17	(9,1)	173	(90,9)
	Longitud para la edad del niño				
	Normal	636	(14,7)	3702	(85,3)
	Baja talla	80	(15,3)	441	(84,7)
	Baja talla severa	11	(12,1)	82	(87,9)
	Peso para la Talla del niño				
	Obesidad	10	(12,0)	71	(88,0)
	Sobrepeso	47	(13,2)	307	(86,8)
	Normal	667	(14,9)	3826	(85,1)
	Desnutrido	3	(13,1)	20	(86,9)
	Hemoglobina del niño				
	Normal	370	(14,8)	2134	(85,2)
Factores Maternos	Anemia leve	221	(14,1)	1351	(85,9)
	Anemia moderada	134	(15,6)	728	(84,4)
	Anemia severa	2	(15,0)	10	(85,0)
	Contacto Piel a piel precoz bebe-madre				
	Sí	360	(13,2)	2361	(86,8)
	No	367	(16,5)	1863	(83,5)
	Consumo de bebidas diferentes a la leche materna los 3 primeros días de nacido				
	Sí	321	(11,8)	2400	(88,2)
	No	406	(18,2)	1824	(81,8)
	Edad de la madre				
	Adolescencia	38	(30,7)	87	(69,3)
	Adulto joven	335	(14,5)	1979	(85,5)
	Adulto	354	(14,1)	2159	(85,9)
	Grado de instrucción de la madre				
	Superior	288	(16,1)	1500	(83,9)
	No Superior	727	(14,7)	2724	(86,1)
	Lugar de residencia de la madre				
	Urbano	601	(15,8)	3203	(84,2)
	Rural	126	(11,0)	1021	(89,0)
	Ingreso económico				
	Mayor ingreso	266	(16,8)	1319	(83,2)
	Menor ingreso	461	(13,7)	2905	(86,3)

Valor p ,obtenida con el estadístico F corregida

TABLA 3. ANÁLISIS DE REGRESIÓN MULTIVARIABLE SIMPLE Y AJUSTADA CON RAZÓN DE PREVALENCIA DE LOS FACTORES INFANTILES Y MATERNOS ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA (N=4951).

	Duración de la Lactancia Materna 0-6 meses	RP crudo	(IC 95%)	P	RP ajustado	(IC 95%)	p
Factores infantiles	Peso para la edad del niño						
	Desnutrido	0,69	(0,38-1,21)	0,22	0,70	(0,38-1,31)	0,27
	Sobrepeso	0,39	(0,20-0,78)	<0,05	0,31	(0,14-0,68)	<0,05
	Normal	1,00					
	Longitud para la edad del niño						
	Baja talla	1,11	(0,87-1,30)	0,39	1,21	(0,94-1,54)	0,14
	Baja talla severa	0,60	(0,28-1,41)	0,19	0,65	(0,29-1,41)	0,27
	Normal	1,00					
	Peso para la Talla del niño						
	Obesidad	0,68	(0,32-1,46)	0,32	1,88	(0,76-4,68)	0,17
	Sobrepeso	0,80	(0,57-1,12)	0,20	0,97	(0,69-1,37)	0,89
	Desnutrido	0,73	(0,19-2,70)	0,64	1,04	(0,25-4,24)	0,96
	Normal	1,00					
	Hemoglobina del niño						
	Anemia leve	0,93	(0,78-1,11)	0,41	0,91	(0,76-1,09)	0,30
	Anemia moderada	1,06	(0,86-1,30)	0,58	1,05	(0,85-1,29)	0,66
	Anemia severa	0,83	(0,13-5,20)	0,84	0,76	(0,14-4,07)	0,75
	Normal	1,00					
Factores maternos	Contacto Piel a piel precoz bebe-madre						
	No	1,26	(1,08-1,47)	<0,01	1,19	(1,02-1,39)	0,03
	Sí	1,00					
	Consumo de bebidas diferentes a la leche materna los 3 primeros días de nacido						
	Sí	0,62	(0,53-0,73)	<0,01	0,66	(0,56-0,79)	<0,01
	No	1,00					
	Edad de la madre						
	Adolescencia	2,04	(1,46-2,85)	<0,01	2,49	(1,76-3,51)	<0,01
	Adulto joven	0,96	(0,82-1,12)	0,58	1,03	(0,87-1,20)	0,76
	Adulto	1,00			1,00		
	Grado de instrucción de la madre						
	No Superior	0,88	(0,75-1,03)	0,11	1,03	(0,86-1,23)	0,73
	Superior	1,00					
	Lugar de residencia de la madre						
	Rural	0,64	(0,52-0,79)	<0,01	0,69	(0,55-0,87)	<0,01
	Urbano	1,00					
	Ingreso económico						
	Menor ingreso	0,81	(0,69-0,94)	<0,01	0,97	(0,81-1,16)	0,72
	Mayor ingreso	1,00					

DISCUSIÓN

El presente estudio encontró que el contacto piel a piel precoz bebe-madre, consumo de bebidas diferentes a la leche materna los primeros 3 días de nacido, edad materna, grado de instrucción, lugar de residencia e ingreso económico son factores asociados a la duración de la lactancia materna. El primer factor, contacto piel a piel precoz bebe-madre muestra que los infantes que no fueron colocados en la piel de su madre inmediatamente después de su nacimiento tienen una menor duración de lactancia materna ($p<0,01$), esta asociación muestra un mayor riesgo (RP_a1,19, IC 95 %:1,02-1,39). Lo mismo demostró la investigación de Juan et al., en 543 bebés que reciben contacto piel a piel durante al menos 30 minutos iniciaron temprano

la lactancia materna ($p<0,01$) enfatizando que el tiempo ideal de la aplicación piel a piel es de 90 minutos, ya que, aumenta 8,53 veces más el inicio de la lactancia materna exclusiva ($p<0,01$) (14). Sin embargo, Giang et al., difiere en el tiempo estableciendo un mínimo de 15 minutos ($p<0,01$), ya que, aumenta 2,62 veces más el inicio de la primera lactancia materna (15). Dos metaanálisis demostraron que el contacto piel con piel entre madre e hijo es efectivo ($p<0,01$) porque aumenta tasa de éxito (meses de lactancia materna) y la duración de la primera lactancia ($p<0,04$) comparado con una atención habitual (16,17).

El mecanismo de acción del contacto piel a piel del recién nacido con la madre surge al proporcionar un

ambiente sensible que permite el desarrollo de una conducta instintiva de supervivencia y aprender mediante la experiencia logrando estabilizarse y ser compatible con la vida, por ejemplo, responden a los estímulos táctiles, cálidos y olfativos del cuerpo de la madre (buscar, coger y chupar). De esta manera, se logra una mayor succión que permite una continuidad de la lactancia materna. Sin embargo, la ejecución de esta práctica debe ser inmediata al nacimiento porque es un periodo breve e irreversible de exposición a cambios fisiológicos, factores endógenos y exógenos (18).

Seguidamente, el consumo de bebidas diferentes a la leche materna los 3 primeros días de nacido evidencia una asociación significativa ($p < 0,01$). Por ello, en el análisis multivariado muestra una asociación inversa (RPa 0,66, IC 95 %: 0,56-0,79), la razón de este hallazgo se debe a una alimentación mixta, es decir, consumo de leche materna y otros líquidos en una sola sesión o de forma continua. Asimismo, la evidencia menciona que consumir leche materna durante diferentes periodos logra una duración de lactancia materna más prolongada a comparación de los que nunca consumieron o consumen solo fórmula láctea (19). Lo anterior mencionado explica los altos porcentajes de la duración de lactancia materna encontrados en el presente estudio a pesar del consumo de bebidas diferentes a la leche materna los 3 primeros días de nacido, de igual manera Neves et al., al realizar una cohorte en más de 50 países hallaron una asociación inversa entre la alimentación preláctea a base de líquidos y/o alimentos distintos a la leche materna durante los primeros tres días después del nacimiento y la lactancia materna (RP 0,64), sin embargo, brindar una alimentación preláctea a base de fórmula láctea comercial evidencia mayor riesgo de la discontinuidad de lactancia materna exclusiva (RP 1,89) (4). Según, la evidencia, las madres ofrecen fórmula láctea por las siguientes razones: consumo insuficiente del bebé, afirman tener poca producción de leche materna, llanto problemático, cólicos e inquietud infantil (20), por otro lado, al brindar agua o mezcla de hierbas o infusiones o jugos se debe a creencias culturales, como, la percepción de sed del bebé. Estas prácticas son una barrera para el éxito de la lactancia materna y disminuyen la efectividad de las políticas, estrategias e intervenciones públicas nacionales e internacionales (21).

Respecto a los factores maternos asociados las 85,9% madres adultas del presente estudio tienen una duración de lactancia materna de 7-23 meses ($p < 0,01$) contrario a las madres adolescentes que evidencian mayor probabilidad (RPa 2,49, IC 95 %: 1,76-3,51) a una

lactancia materna no mayor a 6 meses, lo mismo reportaron Topothai et al. y Castillo-Cruz et al., una edad igual o mayor a 30 años permite una duración de lactancia materna mayor ($p < 0,01$) ($p < 0,02$) (22,23), asimismo una cohorte en España asoció la edad con una lactancia más prolongada con 2 % más de tiempo por año (OR 1,02) (24). Además, el grado no superior tiene 2,8 % veces más una duración de 7-23 meses y el grado superior tiene 1,6 % veces más una duración de 0-6 meses coincidiendo con Hass et al., el cual, reporta que las mujeres con mayor nivel educativo sea maestría o licenciatura tiene mayor probabilidad de una duración de 6 meses de lactancia materna (OR 2,81) ($p < 0,01$) (25). Otro estudio evidencia que las madres con estudios superiores tienen una probabilidad 2,6 veces más de no durar más de 6 meses ($p < 0,01$) (26).

Otro factor materno del presente estudio es el lugar de residencia la zona urbana representa menor porcentaje para una duración mayor a 6 meses ($p < 0,01$) y la zona rural es un factor protector (RPa 0,69, IC 95%: 0,55-0,87) de una lactancia materna hasta los 6 meses ($p < 0,01$), de igual manera otro estudio halló un riesgo 1,6 veces más de suspender la lactancia materna al quinto o sexto mes del bebé en las madres urbanas ($p < 0,01$) (27). Asimismo, un mayor ingreso económico tiene 3% menos duración mayor a seis meses de lactancia materna ($p < 0,01$), a comparación de los de menor ingreso que evidencian un factor de protección (RPc 0,81, IC 95%: 0,69-0,94) para lograr una duración hasta los 6 meses, lo cual, fue evidenciado en otro estudio hallando que los hogares con mayor ingreso tienen menor probabilidad (OR 0,52) de dar lactancia materna mayor a 6 meses (28).

Los factores maternos se explican porque a mayor edad materna responde mejor al llanto o cólicos del bebé sin discontinuar la lactancia materna, ya que, comprenden mejor el proceso de estímulos, adaptación, comunicación y reconocimiento del bebé. Asimismo, poseer estudio superior y residir en zonas urbanas interrumpe la continuidad de la lactancia materna, debido al retorno del trabajo en tiempo completo, falta de instalaciones y escasez de tiempo para la extracción de leche materna optando por brindar fórmula láctea al tener mayor ingreso económico (28,29).

El presente estudio encontró en el modelo crudo y ajustado de la regresión de Poisson una asociación entre la duración materna y el sobrepeso, según el indicador antropométrico peso para la edad ($p < 0,05$) hallando una menor probabilidad (RPa 0,31, IC 95 %: 0,14-0,68), igual que el estudio de Paca-Palao et al., halló un menor riesgo de obesidad y sobrepeso (OR=0,49) en los que

reciben una lactancia materna los primeros seis meses (30).

Por último, no se encontró relación entre los demás indicadores antropométricos infantiles y la hemoglobina con la duración de la lactancia materna. Estos hallazgos podrían deberse al tipo de datos, contexto demográfico y bioquímico de las madres, por ejemplo, Isganaitis et al., menciona que el peso materno influye en el contenido de la leche encontrando 10 metabolitos diferentes comparado con las madres con peso normal, de los cuales, 3 metabolitos afectan el microbioma intestinal y estado nutricional (31).

Entre las limitaciones del estudio se puede mencionar que al filtrar y eliminar los datos de niños mayores de 2 años disminuye la muestra, sin embargo, los datos fueron recolectados a nivel nacional empleando un muestreo aleatorio estratificado que permite la inferencia y mayor precisión. Por otro lado, las variables al ser obtenidas de la base de datos ENDES fueron diseñadas con objetivos específicos considerando los puntos de corte según la ficha técnica para la correcta interpretación y comparación de los resultados.

Finalmente, se puede concluir que los factores asociados a una menor duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años son: no recibir contacto piel a piel precoz bebe-madre, edad materna igual o menor de 18 años, grado superior, lugar de residencia urbano y mayor ingreso económico. El actual panorama sugiere que la prevalencia de la duración de la lactancia materna disminuirá cada vez más, afectando la calidad de vida de la población infantil y requiere de urgentes políticas públicas e intervenciones aplicadas en un enfoque multisectorial y multifactorial, teniendo en cuenta los factores hallados en el presente estudio. En ese sentido, se sugiere lo siguiente: promover la lactancia materna en madres jóvenes, mejorar el acceso a espacios para la práctica y/o extracción, regular la promoción de las fórmulas lácteas en hospitales y centros materno-infantiles, fomentar el consumo de una dieta balanceada en nutrientes en la etapa adolescente, de esta manera en un futuro al ser madres brindan mejor calidad de nutrientes al neonato y realizar intervenciones educativas en el colegio, universidad, trabajo y comunidad sobre la importancia de la lactancia materna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

LS- MS-EM han participado de la concepción y diseño del trabajo, recolección y obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final. AV-GS-DP-DF-LO-BV han participado del análisis e interpretación de datos, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final

REFERENCES

1. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna y alimentación complementaria [Internet]. 2023 ene. [URL](#)
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 - Nacional y Departamental Internet. 2023. [URL](#)
3. Matonti L, Blasetti A, Chiarelli F. Nutrition and growth in children. *Minerva Pediatr.* 2020;72(6):462-71. <https://doi.org/10.23736/s0026-4946.20.05981-2>
4. Neves PA, Armenta-Paulino N, Arroyave L, Ricardo LI, Vaz JS, Boccolini CS, et al. Prelacteal feeding and its relationship with exclusive breastfeeding and formula consumption among infants in low- and middle-income countries. *J Glob Health.* 2022; 12:04104. <https://doi.org/10.7189%2Fjogh.12.04104>
5. Sepúlveda-Valbuena N, Nieto-Ruiz A, Diéguez E, Herrmann F, Escudero-Marín M, De-Castellar R, et al. Growth patterns and breast milk/infant formula energetic efficiency in healthy infants up to 18 months of life: the COGNIS study. *Br J Nutr.* 2021;126(12):1809-22. <https://doi.org/10.1017/s000711452100057x>
6. Brockway MM, Daniel AI, Reyes SM, Granger M, McDermid JM, Chan D, et al. Human Milk Macronutrients and Child Growth and Body Composition in the First Two Years: A Systematic Review. *Adv Nutr Bethesda Md.*;100149. <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2023.06.005>
7. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy Plan.* 2019;34(6):407-17. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz050>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha Técnica ENDES 2022. Internet. 2022. [URL](#)
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Manual de la Entrevistadora Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2022. [URL](#)
10. Organización Mundial de la Salud. Estándares de crecimiento infantil :Peso para la edad. En. [URL](#)
11. Organización Mundial de la Salud. Estándares de crecimiento infantil:Longitud/talla para la edad. En. [URL](#)
12. Organización Mundial de la Salud. Estándares de crecimiento infantil:Peso por longitud/altura. En. [URL](#)
13. Ministerio de Salud. Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas [Internet]. 2017 abr p. 18-22. [URL](#)
14. Juan J, Zhang X, Wang X, Liu J, Cao Y, Tan L, et al. Association between Skin-to-Skin Contact Duration after Caesarean Section and Breastfeeding Outcomes. *Child Basel Switz.* 12 de noviembre de 2022;9(11). <https://doi.org/10.3390/children9111742>

15. Giang HTN, Duy DTT, Vuong NL, Ngoc NTT, Pham TT, Tuan LQ, et al. Prevalence of early skin-to-skin contact and its impact on exclusive breastfeeding during the maternity hospitalization. *BMC Pediatr.* 2022;22(1):395. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03455-3>
16. 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. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2019;58(1):1-9. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>
17. Karimi FZ, Miri HH, Khadivzadeh T, Maleki-Saghooni N. The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2020;21(1):46-56. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138>
18. Moberg KU, Handlin L, Petersson M. Neuroendocrine mechanisms involved in the physiological effects caused by skin-to-skin contact - With a particular focus on the oxytocinergic system. *Infant Behav Dev.* 2020; 61:101482. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101482>
19. Dewey K, Bazzano L, Davis T, Donovan S, Taveras E, Kleinman R, et al. The Duration, Frequency, and Volume of Exclusive Human Milk and/or Infant Formula Consumption and Overweight and Obesity: A Systematic Review. *Alexandria (VA);* 2020. <https://doi.org/10.52570/nesr.dgac2020.sr0301>
20. Vilar-Compte M, Pérez-Escamilla R, Orta-Aleman D, Cruz-Villalba V, Segura-Pérez S, Nyhan K, et al. Impact of baby behaviour on caregiver's infant feeding decisions during the first 6 months of life: A systematic review. *Matern Child Nutr.* 2022;18 Suppl 3(Suppl 3):e13345. <https://doi.org/10.1111/2Fmcn.13345>
21. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. 2021. [URL](https://doi.org/10.1186/s13006-020-00324-6)
22. Topothai C, Topothai T, Suphanchaimat R, Patcharanarumol W, Putthasri W, Hangchaowanich Y, et al. Breastfeeding Practice and Association between Characteristics and Experiences of Mothers Living in Bangkok. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph18157889>
23. Castillo-Cruz RA, Iracheta-Gerez M de la L, Macias-Parra M, Esparza-Aguilar M. Factors Associated with the Duration of Breastfeeding: The Practices of Mexican Mothers in a Megacity and in the Agricultural Town. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph192215176>
24. Lechosa-Muñiz C, Paz-Zulueta M, Sota SM, de Adana Herrero MS, Del Rio EC, Llorca J, et al. Factors associated with duration of breastfeeding in Spain: a cohort study. *Int Breastfeed J.* 2020;15(1):79. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00324-6>
25. Haas DM, Yang Z, Parker CB, Chung J, Parry S, Grobman WA, et al. Factors associated with duration of breastfeeding in women giving birth for the first time. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):722. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05038-7>
26. Dueñas-Espín I, León Cáceres Á, Álava A, Ayala J, Figueroa K, Llor V, et al. Breastfeeding education, early skin-to-skin contact and other strong determinants of exclusive breastfeeding in an urban population: a prospective study. *BMJ Open.* 2021;11(3):e041625. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041625>
27. Kedir S, Belachew T, Wondafrash M, Kedir S. Time to early cessation of exclusive breast feeding and associated factors among 6-12 months old children: Survival analysis. *Clin Nutr ESPEN.* 2022;50:283-8. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2022.04.030>
28. Campos AP, Hawkins SS. The Association Between Maternal Employment and Breastfeeding Duration With Household Income in Mexico. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* 2022;38(4):749-59. <https://doi.org/10.1177/08903344211072495>
29. Gebrekidan K, Fooladi E, Plummer V, Hall H. Enablers and barriers of exclusive breastfeeding among employed women in low and lower middle-income countries. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives.* 2020;25:100514. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100514>
30. Paca-Palao A, Huayanay-Espinoza CA, Parra DC, Velasquez-Melendez G, Miranda JJ. [Association between exclusive breastfeeding and obesity in children: a cross-sectional study of three Latin American countries]. *Gac Sanit.* 2021;35(2):168-76. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.002>
31. Isganaitis E, Venditti S, Matthews TJ, Lerin C, Demerath EW, Fields DA. Maternal obesity and the human milk metabolome: associations with infant body composition and postnatal weight gain. *Am J Clin Nutr.* 2019;110(1):111-20. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy334>