

Lactancia materna exclusiva en el Perú y sus factores asociados: Un análisis de regresión multivariado

 Marcia Milagros Auccha-Chacon,¹  Yuly R Santos-Rosales,¹  Miriam Yoana Correa-Lopez,²
 Mayta-Tovalino Frank,³  John Barja-Ore.⁴

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados de la lactancia materna exclusiva en el Perú.

Métodos: Estudio analítico transversal, realizado a partir de las bases de datos de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar del Perú, 2020. Se incluyeron 41 258 mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos un hijo en los últimos 5 años. Se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson y la razón de prevalencia cruda (RPc) y ajustada (RPa) para el análisis bivariado; y la regresión de Poisson para el multivariado. Se utilizó el programa STATA versión 14.

Resultados: La lactancia materna exclusiva tuvo una prevalencia de 70,43 %. Los factores sociodemográficos asociados fueron ser de la sierra [RPa: 1,39; IC95 %: 1,35-1,43] y de zona rural [RPa: 1,95; IC95 %: 1,93-1,96]. En cuanto a los factores obstétricos, la capacitación en lactancia materna exclusiva [RPa: 1,05; IC 95 %: 1,03-1,06] incrementa la probabilidad de cumplimiento; mientras que, el sangrado excesivo en el parto [RPa: 0,97; IC95 %: 0,94-0,99] y la infección en los senos durante el posparto [RPa: 0,94; IC95 %: 0,91-0,97] la reducen. Entre los factores neonatales, tener un hijo macrosómico e iniciar precozmente la lactancia materna [RPa: 0,73; IC95 %: 0,68-0,80] están asociados a la lactancia materna exclusiva.

Conclusiones: En el Perú, la lactancia materna exclusiva tiene una elevada prevalencia, además su éxito está asociado de manera significativa con distintos factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales.

Palabras clave: Lactancia materna, Lactancia materna exclusiva, Determinantes sociales en salud, Factores de riesgo.

Exclusive breastfeeding in Peru and its associated factors: A multivariate regression analysis.

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence and associated factors of exclusive breastfeeding in Peru.

Methods: Cross-sectional analytical study, based on the databases of the 2020 Peruvian Family Health Demographic Survey. We included 41 258 women aged 15-49 years who had at least one child in the last 5 years. Pearson's Chi-square test and the crude prevalence ratio (cPR) and adjusted prevalence ratio (aPR) were used for the bivariate analysis; and Poisson regression was used for the multivariate analysis. The STATA version 14 program was used.

Results: Exclusive breastfeeding had a prevalence of 70.43%. The sociodemographic factors associated were being from the highlands [aPR: 1.39; 95% CI: 1.35-1.43] and rural area [aPR: 1.95; IC95 %: 1.93-1.96]. Regarding obstetric factors, exclusive breastfeeding training [aPR: 1.05; 95% CI: 1.03-1.06] increases the probability of compliance, while excessive bleeding in labor [aPR: 0.97; 95% CI: 0.94-0.99] and postpartum breast infection [aPR: 0.94; 95% CI: 0.91-0.97] reduce it. Among neonatal factors, having a macrosomic child and early initiation of breastfeeding [aPR: 0.73; 95%CI: 0.68-0.80] are associated with exclusive breastfeeding.

Conclusions: In Peru, exclusive breastfeeding has a high prevalence, moreover, its success is significantly associated with different sociodemographic, obstetric and neonatal factors.

Keywords: Breastfeeding, Exclusive Breastfeeding, Health Social Determinants, Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna forma parte de la transición reproductiva de la mujer, que prosigue a la gestación y al parto (1). En la actualidad, la leche materna es considerada como la fuente de alimento natural más

¹Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. ²Centro de Investigaciones tecnológicas biomédicas y medioambientales, Lima, Perú. ³Vicerrectorado de Investigación, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú. ⁴Universidad Privada del Norte, Lima, Perú. Correo de correspondencia: john.barja@upn.edu.pe

Forma de citar este artículo: Auccha-Chacon MM, Santos-Rosales YR, Correa-Lopez MY, Mayta-Tovalino F, Barja-Ore J. Lactancia materna exclusiva en el Perú y sus factores asociados: Un análisis de regresión multivariado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2023; 83(2): 152-159. DOI: 10.51288/00830206

importante de los neonatos durante los primeros meses de vida (2), debido a las propiedades antiinflamatorias e inmunitarias que posee, así como a su fácil digestión por la biodisponibilidad de sus nutrientes (3).

Se recomienda que su inicio se realice en la primera hora después de producido el parto y que su duración exclusiva sea hasta los 6 meses (4, 5). La lactancia materna exclusiva (LME) representa un aspecto prioritario y relevante para la salud pública (6), debido al impacto positivo, en el corto y largo plazo, sobre la salud de la madre y su hijo (7, 8) Es por ello que se recomienda promover e implementar estrategias de atención primaria que apoyen la lactancia materna y su sostenibilidad exclusiva en los primeros 6 meses de vida (9).

De acuerdo con la Asamblea Mundial de la Salud, la meta global para el año 2025 es que al menos el 50 % de lactantes menores de 6 meses reciban LME (10). Esta práctica ha mejorado con el pasar de los años, de hecho, un estudio señala que la prevalencia global entre 2010 y 2018, en países de ingresos económicos bajos y medios, fue de 45,7 %; mientras que, en la región de las Américas fue de 43,9 % (11). En Perú, conforme a los datos de una encuesta demográfica a nivel nacional de 2019, alrededor de 65 % de niños menores de seis meses reciben LME, con mayor proporción en los de zonas rurales (79,7 %) en comparación a las urbanas (59,7 %) (12).

Aunque la importancia de la LME es reconocida en el mundo, su éxito y aseguramiento de su sostenibilidad no solo dependen de cuestiones personales y de salud de la madre, sino también del entorno social y cultural, la experiencia previa o disposición de los familiares, el soporte del sistema de salud y de sus profesionales, así como de la difusión de los sucedáneos de la leche materna y de las leyes laborales (13). Es así como se reconoce que estos determinantes deben ser analizados por los profesionales de salud a fin de promover esta práctica a través de un apoyo comunitario integral

con participación activa de los actores de los distintos sectores sociales.

Esta investigación tiene el objetivo de determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y sus factores asociados, con base a un análisis secundario de una encuesta poblacional.

MÉTODOS

Estudio analítico transversal en el que se consideró a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2020 del Perú, para realizar un análisis secundario de sus bases de datos. Esta encuesta se realiza con muestreo aleatorio, independiente, estratificado y equilibrado, en dos etapas, regional y por área de residencia.

En la investigación se incluyeron a 41 258 registros de mujeres que cumplieron debidamente los siguientes criterios: tener de 15 a 49 años, haber tenido nacimientos en los últimos cinco años que precedieron a la encuesta y ser residentes de zonas urbanas y rurales del Perú. Mientras que aquellas con registros incompletos en las variables seleccionadas fueron excluidas.

Como factores socioculturales se incluyó a la región natural correspondiente a la variable "SREGION" de la base de datos REC091; el área de residencia evaluada con la "V025", la lengua materna con la "S119", el máximo nivel educativo con la "S108N" y el índice de riqueza con la "V190", correspondientes a la base de datos REC0111. Para los factores obstétricos se consideró el número de atenciones prenatales y el lugar del parto evaluados mediante las variables "M14" y "M15", respectivamente, ambas de la base de datos REC041; además, se tuvieron en cuenta las complicaciones del parto, como el parto prolongado con la "S426GA", sangrado excesivo

*LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL PERÚ Y SUS FACTORES ASOCIADOS:
UN ANÁLISIS DE REGRESIÓN MULTIVARIADO*

con la “S426GB”, fiebre con sangrado vaginal con la “S426GC” y convulsiones con la “S426GD”; y las complicaciones del posparto, como el sangrado intenso con la “S427DA”, pérdida de la conciencia con la “S427DB”, fiebre alta con la “S427DC” e infecciones de senos con la “S427DD”, pertenecientes a la base de datos REC94.

En los factores neonatales, se consideró el peso al nacer a través de la variable “M19”, la cual fue recategorizada en bajo peso (menos de 2500 g), normal (2500 a 3999 g) y macrosómico (mayor o igual 4000 g); y el inicio de la lactancia materna que fue evaluada mediante la variable “M34”, ambas pertenecientes a la base de datos REC41. La lactancia materna exclusiva se entendió como la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida del neonato, la cual fue evaluada con la variable “QI440B” de la base de datos REC94.

Las bases de datos se procesaron con el programa STATA versión 14. Para el análisis se unieron las bases de datos con las variables CASEID y HHID, para luego hacer un análisis de ponderados por estratos y conglomerados. Se reportaron recuentos ponderado para las variables categóricas; y, medidas de tendencia central y de dispersión para las numéricas. El análisis bivariado se realizó mediante la prueba estadística de Chi cuadrado de Pearson; además, la fuerza de asociación se evaluó con la razón de prevalencia (RP) cruda y ajustada mediante la Regresión de Poisson, con los intervalos de confianza al 95 %. La representación gráfica de las regiones del Perú se realizó mediante el software QGIS.

Para el desarrollo del estudio no se requirió la revisión de un comité de ética en investigación dado que no se contempló la participación de seres humanos y solo se analizaron bases de datos de acceso abierto. No obstante, es preciso señalar que estas bases de datos se encuentran anonimizadas a fin de garantizar la confidencialidad de las mujeres que participaron.

RESULTADOS

La prevalencia de LME en las mujeres que tuvieron un embarazo en los últimos 5 años fue de 70,43 %. En todos los departamentos del Perú, la proporción de mujeres que brindaron lactancia materna exclusiva fue superior al 40 %; solo en 5 departamentos esta prevalencia fue mayor a 85 % (Figura 1).

Entre los factores sociodemográficos que incrementan la probabilidad de la LME se encuentran ser de la región de la sierra [RPa: 1,39; IC 95 %: 1,35-1,43] y de zonas rurales [RPa: 1,95; IC 95 %: 1,93-1,96]. En tanto que, los factores que reducen esta probabilidad son tener estudios de posgrado [RPa: 0,76; IC 95 %: 0,67-0,87] y un índice de riqueza categorizado como rico [RPa: 0,83; IC 95 %: 0,81-0,85] (Tabla 1).

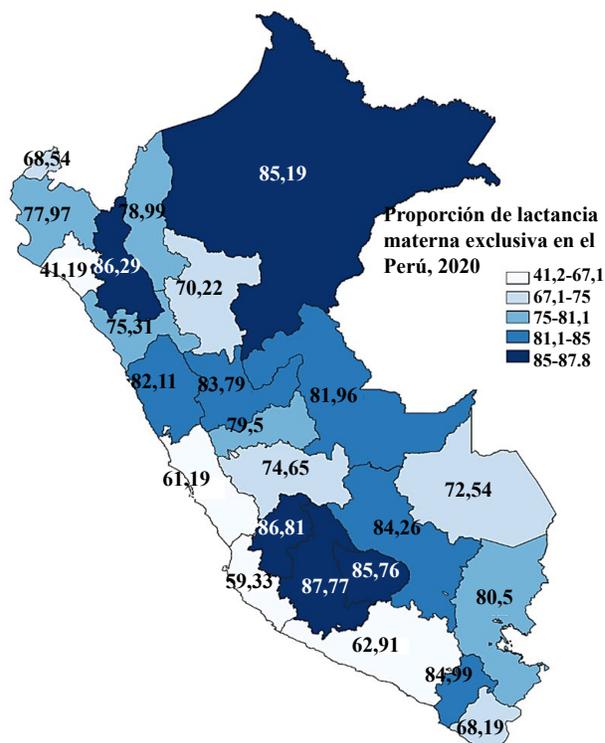


Figura 1. Prevalencia de lactancia materna exclusiva según regiones del Perú, 2020

Tabla 1. Análisis bivariado y multivariado de los factores sociodemográficos asociados a la lactancia materna exclusiva

Factores sociodemográficos	Análisis crudo			Análisis ajustado		
	p †	RPc	[IC95 %]	p †	RPa	[IC95 %]
Región natural						
Lima metropolitana		Ref.			Ref.	
Resto costa	< 0,001	1,19	[1,14-1,22]	< 0,001	1,15	[1,11-1,18]
Sierra	< 0,001	1,47	[1,43-1,51]	< 0,001	1,39	[1,35-1,43]
Selva	< 0,001	1,37	[1,33-1,41]	< 0,001	1,28	[1,24-1,32]
Idioma o lengua materna						
Quechua		Ref.			Ref.	
Aimara	0,739	1,01	[0,96-1,01]	< 0,001	1,07	[1,03-1,11]
Ashaninka	< 0,001	0,83	[0,75-0,91]	< 0,001	0,86	[0,78-0,94]
Awajún/Aguaruna	0,311	0,95	[0,85-1,05]	0,915	1,00	[0,90-1,11]
Shipibo/Konibo	0,001	1,07	[1,03-1,11]	< 0,001	1,11	[1,07-1,16]
Shawi/Chayahuita	< 0,001	1,10	[1,04-1,16]	< 0,001	1,16	[1,10-1,22]
Matsigenka/Machiguen	0,004	1,16	[1,05-1,28]	< 0,001	1,21	[1,08-1,34]
Achuar	0,001	0,63	[0,48-0,82]	< 0,001	0,66	[0,51-0,86]
Otra lengua	0,191	1,03	[0,98-1,07]	< 0,001	1,07	[1,02-1,12]
Castellano	< 0,001	0,90	[0,88-0,91]	< 0,001	1,01	[0,99-1,02]
Portugués	0,520	1,06	[0,89-1,24]	0,411	1,08	[0,89-1,29]
Tipo de lugar de residencia						
Urbano		Ref.			Ref.	
Rural	< 0,001	1,13	[1,12-1,14]	< 0,001	1,95	[1,93-1,96]
Máximo nivel académico						
Inicial/Pre-escolar		Ref.			Ref.	
Primario	0,681	1,01	[0,97-1,03]	0,196	1,02	[0,98-1,05]
Secundario	< 0,001	0,93	[0,90-0,96]	0,922	1,00	[0,97-1,03]
Superior no universitario	< 0,001	0,86	[0,82-0,88]	0,048	0,96	[0,93-0,99]
Superior universitario	< 0,001	0,86	[0,83-0,89]	0,388	0,98	[0,95-1,02]
Postgrado	< 0,001	0,67	[0,58-0,77]	< 0,001	0,76	[0,67-0,87]
Índice de riqueza						
Muy pobre		Ref.			Ref.	
Pobre	< 0,001	0,93	[0,92-0,94]	< 0,001	0,96	[0,94-0,97]
Medio	< 0,001	0,84	[0,83-0,86]	< 0,001	0,90	[0,89-0,92]
Rico	< 0,001	0,74	[0,72-0,76]	< 0,001	0,83	[0,81-0,85]
Muy rico	< 0,001	0,77	[0,75-0,79]	< 0,001	0,89	[0,86-0,92]

† RP: Razón de prevalencia (c: cruda; a: ajustada); IC95 %: Intervalo de confianza al 95 %
 Evaluado mediante la prueba de Regresión de Poisson
 Ref.: Categoría de referencia

*LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL PERÚ Y SUS FACTORES ASOCIADOS:
UN ANÁLISIS DE REGRESIÓN MULTIVARIADO*

La LME es más probable que ocurra cuando la mujer ha recibido capacitación [RPa: 1,05; IC 95 %: 1,03-1,06]; sin embargo, la presencia de sangrado excesivo en el parto [RPa: 0,97; IC 95 %: 0,94-

0,99] y de infección en los senos durante el posparto [RPa: 0,94; IC 95%: 0,91-0,97] son factores que reducen esta probabilidad (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis bivariado y multivariado de los factores obstétricos asociados a la lactancia materna exclusiva

Factores obstétricos	Análisis crudo			Análisis ajustado		
	p †	RPc	[IC95 %]	p †	RPa	[IC95 %]
Atenciones prenatales (Media; D.S)	0,001	0,99	[0,99-0,99]	0,034	0,99	[0,99-0,99]
Lugar del parto						
Su domicilio		Ref.			Ref.	
Casa de la partera	0,007	1,11	[1,02-1,21]	0,048	1,11	[1,00-1,23]
Hospital MINSA	< 0,001	0,89	[0,88-0,91]	< 0,001	0,91	[0,89-0,94]
Hospital EsSalud	< 0,001	0,79	[0,77-0,81]	< 0,001	0,81	[0,79-0,84]
Hospital FF.AA.	0,032	0,60	[0,37-0,95]	0,364	0,85	[0,60-1,20]
Centro de salud MINSA	0,015	0,97	[0,95-0,99]	0,660	0,99	[0,97-1,01]
Puesto de salud MINSA	0,176	0,97	[0,94-1,00]	0,678	1,00	[0,97-1,04]
Centro/Posta EsSalud	0,415	0,96	[0,90-1,04]	0,963	0,99	[0,91-1,08]
Hospital de la Municipalidad	< 0,001	1,20	[1,18-1,22]	< 0,001	1,21	[1,17-1,24]
Clínica privada	< 0,001	0,82	[0,78-0,85]	< 0,001	0,87	[0,83-0,92]
Consultorio médico privado	0,007	0,86	[0,78-0,96]	0,029	0,87	[0,77-0,98]
Hospital de la iglesia	0,011	1,09	[1,02-1,16]	0,037	1,09	[1,00-1,18]
Otro	< 0,001	0,81	[0,75-0,87]	< 0,001	0,78	[0,72-0,85]
Capacitación en lactancia materna						
No		Ref.			Ref.	
Sí	< 0,001	1,05	[1,04-1,06]	< 0,001	1,05	[1,03-1,06]
Parto por cesárea						
No		Ref.			Ref.	
Sí	< 0,001	0,94	[0,93-0,96]	0,538	1,00	[0,98-1,02]
Sangrado excesivo en el parto						
No		Ref.			Ref.	
Sí	0,011	0,97	[0,94-0,99]	0,011	0,97	[0,94-0,99]
Fiebre con sangrado vaginal en el parto						
No		Ref.			Ref.	
Sí	0,001	0,92	[0,87-0,96]	0,005	0,92	[0,88-0,97]
Convulsiones en el parto						
No		Ref.			Ref.	
Sí	0,041	1,07	[1,00-1,15]	< 0,001	1,13	[1,05-1,21]
Sangrado intenso en el postparto						
No		Ref.			Ref.	
Sí	0,010	1,03	[1,00-1,07]	< 0,001	1,07	[1,04-1,11]
Fiebre alta en el postparto						
No		Ref.			Ref.	
Sí	< 0,001	0,95	[0,93-0,97]	< 0,001	0,95	[0,93-0,97]
Infección de los senos en el posparto						
No		Ref.			Ref.	
Sí	< 0,001	0,92	[0,90-0,95]	< 0,001	0,94	[0,91-0,97]

† RP: Razón de prevalencia (c: cruda; a: ajustada); IC95 %: Intervalo de confianza al 95 %
Evaluado mediante la prueba de Regresión de Poisson
Ref.: Categoría de referencia

Tabla 3. Análisis bivariado y multivariado de los factores neonatales asociados a la lactancia materna exclusiva, 2020

Factores neonatales	Análisis crudo			Análisis ajustado		
	p †	RPc	[IC95 %]	p †	RPa	[IC95 %]
Peso del niño al nacer						
Peso normal		Ref.			Ref.	
Bajo peso	0,498	1,00	[0,98-1,03]	0,024	1,02	[1,00-1,05]
Macrosómico	< 0,001	0,94	[0,91-0,96]	0,001	0,95	[0,92-0,98]
Inicio de lactancia						
Inmediatamente		Ref.			Ref.	
Horas	< 0,001	0,90	[0,89-0,91]	< 0,001	0,90	[0,89-0,91]
Días	< 0,001	0,74	[0,68-0,81]	< 0,001	0,73	[0,68-0,80]

† RP: Razón de prevalencia (c: cruda; a: ajustada); IC95 %: Intervalo de confianza al 95 %

Evaluado mediante la prueba de Regresión de Poisson

Ref.: Categoría de referencia

El haber tenido un hijo macrosómico [RPa: 0,95; IC 95 %: 0,92-0,98] e iniciar la lactancia materna a los días [RPa: 0,73; IC 95 %: 0,68-0,80] fueron factores neonatales que reducen la probabilidad de que la lactancia materna se brinde de manera exclusiva hasta los 6 meses (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La lactancia materna es una práctica natural que proporciona múltiples beneficios maternos y neonatales, por ello, promover y asegurar su inicio temprano y sostenibilidad exclusiva durante los primeros 6 meses es importante para la salud pública; no obstante, es posible que el contexto y las condiciones de la mujer puedan afectar su desarrollo normal; o, por el contrario, fortalecerlo.

Aunque la lactancia materna es ampliamente difundida en todo el mundo, la prevalencia de su práctica exclusiva varía en cada país. Este estudio ha demostrado que aproximadamente el 70 % de los

niños menores de 6 meses han recibido LME; valor que se aproxima a lo hallado en una investigación realizada en Etiopía (14). No obstante, en otros países como Arabia Saudita (27,6 %) (15), China (37 %) (16) y Colombia (43 %) (17), la prevalencia es menor a la recomendación establecida por la Organización Mundial de la Salud (4).

Las condiciones demográficas y sociales influyen sobre el cuidado de la salud. Existe evidencia científica que demuestra que las mujeres con mayor educación tienen más probabilidad de practicar la LME (3, 14), lo cual no coincide con los hallazgos del presente estudio, en el que se encontró que tener estudios superiores no se asoció con esta práctica. Por otra parte, las mujeres con índice de riqueza medio practican menos la LME, del mismo modo a lo reportado por Um y cols. (18). En las zonas urbanas, las mujeres presentan una menor probabilidad de practicar la LME; otros estudios demuestran que la probabilidad es mayor en zonas rurales (14, 18).

Los establecimientos de salud de los distintos niveles de atención son espacios que deben promover estilos

*LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL PERÚ Y SUS FACTORES ASOCIADOS:
UN ANÁLISIS DE REGRESIÓN MULTIVARIADO*

de vida saludables, es así como uno de los roles de estas instituciones es ser promotores del inicio temprano de la lactancia materna y de la sensibilización de la madre para su sostenimiento exclusivo en los primeros 6 meses. La evidencia actual sugiere que el parto institucional está asociado significativamente con la práctica de la LME (14, 18), lo cual está de acuerdo con los hallazgos de esta investigación. Además, el parto por cesárea no se asoció con la LME (RPa: 0,538), caso contrario a lo demostrado por Mekebo y cols. (14), Finnie y cols. (17) y Vaz y cols. (19). Por otro lado, en un estudio realizado en Etiopía (20) se demostró que es más probable que la madre brinde LME cuando tiene más consultas prenatales; los datos presentes evidencian un hallazgo semejante, puesto que la atención prenatal sí se asocia con este tipo de alimentación del lactante.

Las medidas antropométricas del neonato y lactante son fundamentales para la valoración de crecimiento y desarrollo, así como para toma de decisiones para el aseguramiento de su bienestar. Esta investigación demostró que la LME es más probable en los recién nacidos de peso normal en comparación a los de bajo peso, esto fue distinto a lo reportado por Yilmaz y cols. (21) quienes encontraron que esta condición del neonato no se asocia con la LME. En cuanto al momento en el que se inicia la lactancia, hacerlo inmediatamente después de producido el parto favorece el cumplimiento de la LME, este mismo hallazgo fue reportado por Jebena y cols. (20). Ante esta evidencia se hace necesario destacar el rol del profesional de salud que atiende el parto y que brinda la atención inmediata del recién nacido, quienes no solo deben asegurar el bienestar clínico materno y neonatal, sino también educar a la madre y a su familia.

Como limitaciones de esta investigación, se considera un sesgo de respuesta debido a que la información proporcionada sobre la lactancia materna está basada en un autoinforme de la mujer, y no en el seguimiento

para verificar el cumplimiento de la LME en los primeros seis meses después del parto. Además, es importante considerar que no se ha pretendido identificar causalidad entre los factores y la LME, debido al diseño transversal del estudio.

En conclusión, existe una alta prevalencia de la lactancia materna exclusiva en el Perú; además, se demostró que la probabilidad de éxito de esta práctica se incrementa frente a la presencia de diversos factores propios de la madre, como los sociodemográficos y obstétricos, así como de los factores neonatales.

Sin conflictos de interés

REFERENCIAS

1. Del Ciampo LA, Del Ciampo IRL. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018; 40(6): 354-359. DOI: 10.1055/s-0038-1657766.
2. Krol KM, Grossmann T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2018;61(8):977-985. DOI: 10.1007/s00103-018-2769-0.
3. Hossain M, Islam A, Kamarul T, Hossain G. Exclusive breastfeeding practice during first six months of an infant's life in Bangladesh: a country based cross-sectional study. *BMC Pediatr.* 2018;18(1):93. DOI: 10.1186/s12887-018-1076-0.
4. Breastfeeding [Internet]. Ginebra: World Health Organization. 2022 [consultado noviembre 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
5. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Ginebra: World Health Organization; 2017 [consultado noviembre 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf>
6. Chimoriya R, Scott JA, John JR, Bhole S, Hayen A, Kolt GS, *et al.* Determinants of full breastfeeding at 6 months and any breastfeeding at 12 and 24 months

- among women in Sydney: Findings from the HSHK Birth Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5384. DOI: 10.3390/ijerph17155384.
7. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, *et al.*; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-490. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
 8. Binns C, Lee M, Low WY. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*. 2016;28(1):7-14. DOI: 10.1177/1010539515624964.
 9. Westerfield KL, Koenig K, Oh R. Breastfeeding: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician* [Internet]. 2018 [consultado noviembre de 2022]; 98(6):368-373. Disponible en: <https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2018/0915/p368.pdf>
 10. Indicators for the global monitoring framework on maternal, infant and young child nutrition [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2014 [consultado noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/24-11-2014-indicators-for-the-global-monitoring-framework-on-maternal-infant-and-young-child-nutrition>
 11. Zong X, Wu H, Zhao M, Magnussen CG, Xi B. Global prevalence of WHO infant feeding practices in 57 LMICs in 2010-2018 and time trends since 2000 for 44 LMICs. *EClinicalMedicine*. 2021;37:100971. DOI: 10.1016/j.eclinm.2021.100971.
 12. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2019 [consultado noviembre 2022]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/
 13. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, *et al.*; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
 14. Mekebo GG, Argawu AS, Likassa HT, Ayele W, Wake SK, Bedada D, *et al.* Factors influencing exclusive breastfeeding practice among under-six months infants in Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):630. DOI: 10.1186/s12884-022-04955-x.
 15. Hegazi MA, Allebdi M, Almohammadi M, Alnafie A, Al-Hazmi L, Alyoubi S. Factors associated with exclusive breastfeeding in relation to knowledge, attitude and practice of breastfeeding mothers in Rabigh community, Western Saudi Arabia. *World J Pediatr*. 2019;15(6):601-609. DOI: 10.1007/s12519-019-00275-x.
 16. Li J, Zhao C, Wang Y, Wang YP, Chen CY, Huang Y, *et al.* Factors associated with exclusive breastfeeding practice among mothers in nine community health centres in Nanning city, China: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J*. 2021;16(1):71. DOI: 10.1186/s13006-021-00416-x.
 17. Finnie S, Pérez-Escamilla R, Buccini G. Determinants of early breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding in Colombia. *Public Health Nutr*. 2020;23(3):496-505. DOI: 10.1017/S1368980019002180.
 18. Um S, Chan YZC, Tol B, Sopheab H. Determinants of Exclusive Breastfeeding of Infants under Six Months among Cambodian Mothers. *J Pregnancy*. 2020;2020:2097285. DOI: 10.1155/2020/2097285.
 19. Vaz JS, Gatica-Domínguez G, Neves PAR, Vidaletti LP, Barros AJD. Early initiation of breastfeeding is inversely associated with public and private c-sections in 73 lower- and middle-income countries. *Sci Rep*. 2022;12(1):21081. DOI: 10.1038/s41598-022-25564-w.
 20. Jebena DD, Tenagashaw MW. Breastfeeding practice and factors associated with exclusive breastfeeding among mothers in Horro District, Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17(4):e0267269. DOI: 10.1371/journal.pone.0267269.
 21. Yılmaz E, Doğa Öcal F, Vural Yılmaz Z, Ceyhan M, Kara OF, Küçüközkan T. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turk J Obstet Gynecol*. 2017;14(1):1-9. DOI: 10.4274/tjod.90018.

Recibido: 23 de diciembre de 2022
Aprobado: 18 de marzo de 2023