

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Tesis

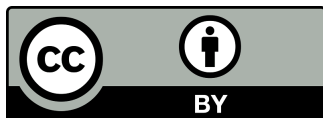
**Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños
menores de 2 años en un puesto de salud de Hualhuas-2024**

Valiaesther Tabita Cuellar Calderon

Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Enfermería

Huancayo, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Jenny Del Pino Moreyra
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 6 de Octubre de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en un puesto de salud de Hualhuas-2024

Autor:

Valiaesther Tabita Cuellar Calderon – Carrera profesional Enfermería

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 19 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| • Filtro de exclusión de bibliografía | SI ☒ | NO ☐ |
| • Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
Nº 15 de palabras excluidas (en caso de elegir "SI"): | SI ☒ | NO ☐ |
| • Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante | SI ☒ | NO ☐ |

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Titulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original
(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

Dedicatoria

A Noedith, mi querida madre, por ser mi mayor inspiración, mi guía y mi soporte; a Aldo, por ser un gran ejemplo de amor y paciencia; a Jonathan, mi querido hermano, quien me enseñó a nunca renunciar a uno mismo a pesar de todo; a Chicho, por ser un padre amoroso y tierno, por cada sonrisa y consejo; a mi familia y amigos; a Choco, por cada desvelo y compañía a la universidad; Gordita, Flaca y Tomate, por ser el amor más puro y leal en mi vida.

Gracias por confiar en mí, por celebrar cada mínimo logro como si fuera el más grande y por ser mi refugio en los días de incertidumbre. Esta tesis no es solo el resultado de años de estudio, sino también el reflejo de los valores que me inculcaron y el fruto del amor con el que me formaron.

Les entrego este logro con toda mi alma; deseo que su orgullo hacia mí, sea tan profundo como el orgullo que me inspira ser su hija.

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Continental por la formación académica integral que me ha proporcionado a lo largo de mi carrera. Gracias a su enfoque educativo de calidad, hoy puedo culminar esta etapa con las herramientas y conocimientos adquiridos para seguir creciendo como profesional.

A mi asesora, Jenny Del Pino Moreyra, por su constante guía, compromiso y dedicación durante todo el proceso de elaboración de este trabajo. Su orientación académica y apoyo incondicional fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación.

Al Puesto de Salud de Hualhuas y a la Red de Salud Valle del Mantaro por la accesibilidad a la información para el desarrollo de este estudio.

Índice de contenidos

Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Abreviaturas y siglas	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	15
Objetivos	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
Capítulo I. Marco teórico	18
1.1. Antecedentes de la investigación	18
1.1.1. Antecedentes internacionales	18
1.1.2. Antecedentes nacionales	21
1.2. Bases teóricas	23
1.2.1. Lactancia materna	23
1.2.2. Factores asociados a la duración de la lactancia materna	27
1.3. Definición operacional de términos	30
Capítulo II. Materiales y métodos	32
2.1. Método, tipo y alcance de investigación	32
2.1.1. Método de investigación	32
2.1.2. Tipo de investigación	32
2.1.3. Nivel de investigación	32
2.2. Diseño de investigación	32
2.3. Población y muestra	33
2.3.1. Población	33
2.3.2. Muestra	33
2.4. Técnica e instrumento de recolección de datos	37
2.4.1. Técnicas	37
2.4.2. Instrumento	37
2.4.3. Recopilación y manejo de datos	39
2.4.4. Análisis de datos	39

2.5. Herramientas estadísticas	40
2.6. Consideraciones éticas.....	40
Capítulo III: Resultados	42
3.1. Descripción del trabajo de campo.....	42
3.2. Presentación de resultados	42
3.3. Contrastación de resultados	65
3.3.1. Contrastación de hipótesis mediante la prueba de Chi-cuadrado	65
3.3.2. Contrastación de hipótesis específica 1:	67
3.3.3. Contrastación de hipótesis específica 2	68
3.3.4. Contrastación de hipótesis específica 3	70
Discusión	72
Conclusiones	76
Recomendaciones	78
Referencias bibliográficas	80
Anexos.....	86
Anexo 1: Matriz de consistencia	87
Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables	89
Anexo 3. Ficha de recolección de datos.....	91
Anexo 4: Consentimiento informado	94
Anexo 5: Validación por expertos	97
Anexo 3: Permiso de la institución	105
Anexo 7: Registro fotográfico.....	107

Índice de tablas

Tabla 1. Edad y grado de instrucción de las madres	35
Tabla 2. Edad en meses de los niños.....	36
Tabla 3. Validación del instrumento mediante el juicio de expertos	38
Tabla 4. Factores Laborales.....	51
Tabla 5. Duración de la lactancia materna y peso para la edad	52
Tabla 6. Duración de la lactancia materna y peso para la talla	53
Tabla 7. Duración de la lactancia materna y talla para la edad	54
Tabla 8. Duración de la lactancia materna y vía de parto	56
Tabla 9. Duración de la lactancia materna y peso de nacimiento	57
Tabla 10. Duración de la lactancia materna y contacto precoz piel a piel neonato- madre.....	58
Tabla 11. Duración de la lactancia materna y consumo de fórmula láctea durante los 3 primeros días de vida	59
Tabla 12. Duración de la lactancia materna y tipo de empleo	60
Tabla 13. Duración de la lactancia materna y horas de trabajo	61
Tabla 14. Duración de la lactancia materna y acceso a licencia por maternidad	62
Tabla 15. Duración de la lactancia materna y retorno al trabajo después del parto	63
Tabla 16. Duración de la lactancia materna y flexibilidad laboral	64
Tabla 17. Modelo de contrastación de hipótesis	66
Tabla 18. Contrastación de la hipótesis específica 1	68
Tabla 19. Contrastación de la hipótesis específica 2	69
Tabla 20. Contrastación de la hipótesis específica 3	70

Índice de figuras

Figura 1. Edad de los niños	42
Figura 2. Peso para la edad	43
Figura 3. Peso para la talla	43
Figura 4. Talla para la edad	44
Figura 5. Vía de parto.....	44
Figura 6. Peso de nacimiento.....	45
Figura 7. Contacto precoz piel a piel neonato-madre	45
Figura 8. Consumo de fórmula láctea durante los primeros días de vida	46
Figura 9. Edad	46
Figura 10. Grado de instrucción	47
Figura 11. Estado civil	47
Figura 12. Lugar de residencia.....	48
Figura 13. Ingresos económicos.....	48
Figura 14. Índice de Masa Corporal.....	49
Figura 15. Tipo de empleo	50
Figura 16. Horas de trabajo	50
Figura 17. Duración de la lactancia materna	52

Abreviaturas y siglas

AAP: Academia Americana de Pediatría

ABM: Academy of Breastfeeding Medicine (Academia de Medicina de Lactancia Materna)

CIEI: Comité Institucional de Ética en Investigación

CRED: Crecimiento y Desarrollo (Consultorio)

DHA: Ácido Docosaheptaenoico

DIRIS: Dirección de Redes Integradas de Salud

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

GABA: Ácido Gamma-Aminobutírico

GnRH: Hormona Liberadora de Gonadotropina

HR: Hazard Ratio (Razón de Riesgo)

IMC: Índice de Masa Corporal

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática

IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

LM: Lactancia Materna

LME: Lactancia Materna Exclusiva

MINSA: Ministerio de Salud

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

RIQ: Rango Intercuartílico

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

USAID: Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Resumen

La duración insuficiente de la lactancia materna sigue siendo una problemática relevante en el Perú, sin considerar los múltiples beneficios que aporta tanto para el desarrollo infantil como para la salud de la madre. El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Puesto de Salud de Hualhuas durante el año 2024. Se empleó una investigación no experimental, de tipo correlacional y de corte transversal, utilizando la técnica del análisis documental. La muestra estuvo conformada por 100 díadas madre-niño, a quienes se aplicó una ficha de recolección de datos y se revisaron las historias clínicas respectivas. De los 18 factores analizados, 15 presentaron una relación significativa con la duración de la lactancia ($p < 0,05$). Entre los factores infantiles más influyentes se encontraron el peso para la talla ($\chi^2=50,072$, $p < 0,00001$) y el peso al nacer ($\chi^2=38,397$, $p < 0,00001$). En los factores maternos, destacaron el índice de masa corporal ($\chi^2=24,160$, $p=0,00002$) y la edad materna ($\chi^2=19,310$, $p=0,00006$). Por otro lado, en el ámbito laboral, las horas de trabajo ($\chi^2=22,761$, $p < 0,00001$) y el tipo de empleo ($\chi^2=12,423$, $p=0,00042$) mostraron relación significativa. Se concluye que la duración de la lactancia materna está determinada por múltiples factores interrelacionados del niño, la madre y su entorno laboral. En función de ello, se recomienda fortalecer y hacer cumplir políticas públicas orientadas a promover la práctica sostenida de la lactancia en la comunidad.

Palabras clave: lactancia materna, duración, factores maternos, factores asociados, factores infantiles.

Abstract

Insufficient breastfeeding duration remains a significant issue in Peru, despite the multiple benefits it provides for both child development and maternal health. The present study aimed to determine the factors associated with breastfeeding duration in children under 2 years of age at the Hualhuas Health Post during 2024. A non-experimental, correlational, and cross-sectional study was conducted using the documentary analysis. The sample consisted of 100 mother-child dyads, who were completed a data collection form and their respective medical records were reviewed. Of the 18 factors analyzed, 15 were significantly associated with breastfeeding duration ($p < 0.05$). Among the most influential childhood factors were weight-for-height ($\chi^2 = 50.072$, $p < 0.00001$) and birth weight ($\chi^2 = 38.397$, $p < 0.00001$). Among maternal factors, the most notable were body mass index ($\chi^2 = 24.160$, $p = 0.00002$) and maternal age ($\chi^2 = 19.310$, $p = 0.00006$). In the workplace, work hours ($\chi^2 = 22.761$, $p < 0.00001$) and type of employment ($\chi^2 = 12.423$, $p = 0.00042$) were significantly related. It is concluded that the duration of breastfeeding is determined by multiple interrelated factors: the child, the mother, and her work environment. Based on this, it is recommended that public policies aimed at promoting sustained breastfeeding practices in the community be strengthened and enforced.

Keywords: breastfeeding, duration, maternal factors, associated factors, child-related factors.

Introducción

La lactancia materna representa una de las prácticas esenciales para asegurar el bienestar integral en la primera infancia. Instituciones de referencia mundial, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), recomiendan ofrecer leche materna de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida e incorporar gradualmente alimentos complementarios a partir de ese momento, manteniendo la lactancia hasta los dos años o más, si las condiciones lo permiten. Este esquema de alimentación temprana ha evidenciado múltiples beneficios: ayuda a prevenir el desarrollo de sobrepeso y enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión, disminuye la probabilidad de infecciones y favorece el adecuado desarrollo del sistema nervioso del niño. Del mismo modo, la madre también obtiene ventajas para su salud, ya que esta práctica reduce el riesgo de cáncer de ovario y de desarrollar diabetes tipo 2, fortaleciendo su bienestar a largo plazo.

Aunque la lactancia materna exclusiva brinda innumerables beneficios para la salud del niño, su implementación en el contexto peruano todavía no alcanza los niveles recomendados por entidades internacionales. Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, únicamente el 69,3 % de los lactantes menores de seis meses recibe leche materna de forma exclusiva, y el tiempo promedio en que se mantiene esta práctica es de 21,6 meses. Esta situación guarda estrecha relación con las altas tasas de anemia (43,1 %) y desnutrición crónica (11,5 %) registradas en niños menores de tres años, lo cual pone en evidencia la necesidad de profundizar en los factores que propician el abandono prematuro de la lactancia, especialmente en contextos específicos como el del Puesto de Salud de Hualhuas.

El establecimiento de salud de Hualhuas, perteneciente a la Red de Salud Valle del Mantaro y categorizado como centro de atención primaria sin servicios de hospitalización (nivel I), constituye un contexto apropiado para profundizar en el análisis de los elementos que afectan la práctica de la lactancia materna. El presente estudio tiene como finalidad identificar y examinar las variables que influyen en su duración dentro de esta comunidad, utilizando un enfoque analítico que permita generar propuestas orientadas a fortalecer las acciones de fomento de la lactancia, con el objetivo de favorecer el bienestar infantil tanto a nivel local como nacional.

La tesis se desarrolló a través de cuatro bloques principales: el capítulo I, abordó el marco teórico y revisión bibliográfica; el capítulo II, se describió los materiales y métodos utilizados; el capítulo III, presentó los resultados obtenidos. Finalmente, se incluyeron las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos que complementaron el análisis.

Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.

Objetivos específicos

OE1: Determinar si los factores infantiles están asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.

OE2: Determinar si los factores maternos están asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.

OE3: Determinar si los factores laborales están asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.

Capítulo I. Marco teórico

1.1. Antecedentes de la investigación

1.1.1. Antecedentes internacionales

Lechosa et al. (1), realizaron un estudio titulado **Factors associated with duration of breastfeeding in Spain: a cohort study** (España, 2020). Tuvo como objetivo identificar cuánto influían factores individuales y obstétricos en la duración de la lactancia materna; para ello siguieron prospectivamente a 969 díadas madre-hijo en un hospital universitario de España durante los primeros doce meses de vida y analizaron la información obtenida de las historias clínicas mediante un modelo de Weibull parametrizado como tiempo acelerado de fallo. Los resultados mostraron que cada año adicional de edad materna aumentó un 2 % el tiempo de lactancia, que las madres con estudios universitarios prolongaron la lactancia materna un 53 % más que aquellas con educación primaria y que el tabaquismo durante el embarazo redujo la duración en un 41 %; también se observó una prolongación de la lactancia en las gestaciones únicas y en los neonatos con peso al nacer mayor de 2 500 g. Los autores concluyeron que expresar los factores en términos de tiempo ganado o perdido facilita evaluar la importancia de cada variable y diseñar programas para promover los facilitadores de la lactancia. Estos hallazgos resultan relevantes para el estudio, ya que proporcionan un referente de variables a explorar (edad y educación materna, tabaquismo, tipo de gestación y peso al nacer) y permiten comparar si las asociaciones observadas en España se reproducen en un contexto rural peruano donde las condiciones socioculturales y de acceso a servicios de salud podrían modificar dichas relaciones.

Prian-Gaudiano et al. (2), realizaron un estudio titulado **Relationship between skin-to-skin contact during the first hour of life and duration of exclusive breastfeeding** (México, 2024), donde investigaron si el contacto piel a piel durante la primera hora de vida aumenta la frecuencia y duración de la lactancia materna exclusiva; para ello elaboraron un estudio observacional de casos y controles, en el que analizaron 362 expedientes de recién nacidos atendidos entre 2016 y 2022, clasificándolos en casos (200 bebés que recibieron contacto piel a piel) y controles (162 sin contacto inmediato) y aplicaron un análisis estadístico con SPSS. Los resultados mostraron que los lactantes expuestos al contacto piel a piel tenían una mayor probabilidad de mantener lactancia materna exclusiva tanto a

los tres meses (81,5 % frente a 58 %) como a los seis meses de edad (73,5 % frente a 51,2 %), diferencias que fueron estadísticamente significativas. Los autores concluyeron que el contacto inmediato madre-hijo es esencial para aumentar la probabilidad de que un recién nacido reciba lactancia materna exclusiva y recomendaron promover y respetar esta práctica en los centros de salud. Este hallazgo es relevante para el estudio local, ya que sugiere incluir el contacto piel a piel como una variable a evaluar: verificar si se realiza en el primer momento posparto y medir su influencia en la duración de la lactancia materna en un contexto rural, permitiendo comparar si las ventajas observadas en México se replican en la población de Hualhuas.

Li et al. (3), realizaron una investigación titulada **Impact of early formula supplementation on breastfeeding duration, National Immunization Survey, 2019 births** (Estados Unidos, 2023). Se planteó como objetivo evaluar el efecto de la administración de fórmula láctea durante los primeros dos días de vida sobre la duración de la lactancia materna. La metodología empleada fue de tipo descriptiva, utilizando datos de 18 020 niños obtenidos de una encuesta nacional en Estados Unidos. Entre los resultados clave, se encontró que los lactantes que recibieron fórmula en los primeros dos días fueron amamantados durante menos tiempo (26 semanas) en comparación con aquellos que no la recibieron (52 semanas). Además, se evidenció que la introducción temprana de leche artificial incrementa significativamente el riesgo de interrumpir prematuramente la lactancia materna (aHR = 1,54; IC 95 %: 1,32–1,81), siendo este efecto más notorio en madres con educación secundaria y en madres solteras. En cuanto a las conclusiones, se resalta que el uso temprano de suplementos compromete la duración de la lactancia materna, lo que subraya la importancia de promover la lactancia exclusiva desde el nacimiento. Este antecedente se relaciona directamente con la presente investigación, ya que aporta evidencia empírica sobre cómo ciertas prácticas tempranas influyen negativamente en la continuidad del amamantamiento, lo cual permitirá en este estudio identificar factores locales similares que puedan estar incidiendo en la duración de la lactancia en la población objetivo.

Keyes et al. (4), llevaron a cabo un estudio titulado **Mediators of the association between maternal body mass index and breastfeeding duration in 3 international cohorts** (España-Grecia-Estados Unidos, 2023). Tuvo como objetivo principal analizar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) previo a la

gestación y la duración de la lactancia materna. Se empleó una metodología longitudinal de carácter prospectivo, abarcando una muestra de 5120 mujeres embarazadas provenientes de España, Grecia y Estados Unidos. A través de modelos de regresión lineal, los resultados clave evidenciaron que las madres con sobrepeso o con obesidad tendían a amamantar por periodos más breves que aquellas con un peso adecuado. Específicamente, las madres con sobrepeso registraron una reducción promedio de 0,79 meses en la duración de la lactancia, mientras que, en el caso de mujeres con obesidad, la reducción fue aún mayor, alcanzando los 1,75 meses. Esta tendencia también se observó en la lactancia materna exclusiva, con descensos de 0,30 y 0,73 meses, respectivamente. En cuanto a las conclusiones, se identificó que el estado nutricional materno antes del parto constituye un factor determinante en la continuidad de la lactancia, afectando tanto la duración total como la exclusividad de esta. Este hallazgo guarda estrecha relación con la investigación, ya que permite considerar al IMC materno como una variable relevante a ser estudiada en el contexto local, contribuyendo a identificar factores que pueden estar condicionando el tiempo de amamantamiento en dicha población.

Sampieri et al. (5), realizaron un estudio transversal retrospectivo titulado **Influence of skin-to-skin contact on breastfeeding: results of the Mexican National Survey of Demographic Dynamics, 2018** (México, 2022). Tuvo como objetivo evaluar la influencia del contacto piel a piel inmediato tras el parto en la práctica y duración de la lactancia materna. La metodología empleada fue de tipo transversal retrospectivo, utilizando una amplia muestra de 26 587 pares madre-hijo. Entre los resultados clave, se encontró que el 78,7 % de las madres reportó haber tenido contacto piel a piel con su recién nacido, lo cual se asoció significativamente con la orientación inmediata sobre la técnica de amamantamiento (OR 6,46), el inicio precoz de la lactancia dentro de la primera hora de vida (OR 2,01) y una duración mínima de seis meses de lactancia (OR 1,16). Además, las madres que tuvieron esta experiencia prolongaron la lactancia por más tiempo en comparación con aquellas que no la practicaron. En cuanto a las conclusiones, se resalta que el contacto piel a piel representa una intervención temprana clave para fomentar el inicio oportuno y la continuidad de la lactancia materna. Este antecedente se vincula directamente con la investigación, ya que permitió considerar el contacto piel a piel como un factor protector relevante que podría estar influyendo en la duración del

amamantamiento en el contexto local, proporcionando una base empírica para su análisis dentro de los factores asociados.

1.1.2. Antecedentes nacionales

En nuestro país, Zorrilla et al. (6), llevaron a cabo un estudio analítico transversal titulado **Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Perú 2021-2022**. Tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en la duración de la lactancia materna en una muestra representativa de 4951 niños peruanos menores de dos años. La metodología empleada fue de tipo analítico transversal. Entre los resultados clave, se evidenció que solo el 14,7 % de los niños fue amamantado hasta los 23 meses, mientras que el 85,3 % recibió lactancia solo durante los primeros seis meses. Se identificaron como factores que acortan la duración de la lactancia la falta de contacto piel a piel inmediato tras el parto, la administración de líquidos distintos a la leche materna en los primeros tres días de vida y la maternidad en adolescentes. En cambio, las madres con menor nivel educativo, residentes en zonas rurales y con bajos ingresos económicos mostraron una mayor propensión a prolongar la lactancia más allá del sexto mes. Como conclusión, el estudio destaca la fuerte influencia del entorno social, económico y de prácticas perinatales en la continuidad de la lactancia materna. Estos hallazgos se relacionan estrechamente con nuestra investigación, ya que permiten considerar variables contextuales y sociodemográficas similares que podrían incidir en la duración del amamantamiento en dicha localidad, fortaleciendo el análisis desde una perspectiva integral.

Jaramillo G. (7), en su tesis titulada **Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses posparto en madres atendidas en el Hospital Nacional P.N.P. "Luis N. Sáenz", febrero – marzo 2023**. Tuvo como objetivo identificar los factores relacionados con la suspensión temprana de la lactancia materna exclusiva en madres atendidas en un hospital de Lima. Aplicó una metodología cuantitativa de diseño transversal, trabajando con una muestra de 198 madres y se analizaron las variables sociodemográficas y relacionadas con la orientación sobre lactancia. Entre los resultados clave, se hallaron asociaciones significativas entre el abandono de la lactancia exclusiva y ciertos factores como: madres entre 30 y 39 años (RP 1749), estado civil soltera (RP 3333), haber concluido estudios secundarios (RP 3037), y lactantes de sexo femenino (RP 0,542). Estos hallazgos evidencian que el perfil materno y ciertas

características del entorno social influyen en la continuidad del amamantamiento exclusivo. En cuanto a las conclusiones, se resalta la necesidad de considerar estas variables en la formulación de estrategias de promoción y apoyo a la lactancia materna. Este antecedente guarda una relación directa con la investigación, ya que permite incorporar como líneas de análisis aspectos sociodemográficos y educativos de la madre, que podrían condicionar la duración del amamantamiento en el contexto de estudio, aportando una base empírica valiosa para el análisis local.

Yamunaque et al. (8), efectuaron un estudio transversal retrospectivo titulado **Factors Associated with Adequate Breastfeeding: Evidence from the Peruvian Demographic and Health Survey, 2019** (2022). Tuvo como objetivo identificar los factores asociados a una práctica adecuada de lactancia materna en mujeres peruanas, entendida como aquella iniciada dentro de las primeras 24 horas tras el parto y mantenida de manera exclusiva hasta los seis meses. La metodología fue de tipo transversal retrospectivo, basada en el análisis de datos de 11 157 mujeres participantes en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019. Entre los resultados clave, se halló que solo el 48,1 % de las mujeres cumplió con los criterios de lactancia adecuada y que esta práctica se relacionó positivamente con no tener un empleo remunerado, residir en zonas de la sierra o la selva, haber tenido dos o más hijos y haber dado a luz por parto vaginal. En cuanto a las conclusiones, el estudio enfatiza que diversos factores sociodemográficos, geográficos y obstétricos influyen en el cumplimiento de una lactancia materna óptima, lo que resalta la necesidad de diseñar intervenciones desde un enfoque integral. Este antecedente se vinculó estrechamente con la investigación, ya que proporcionó evidencia relevante sobre cómo el entorno social, las condiciones del parto y las características maternas pueden influir en la continuidad de la lactancia, variables que fueron clave en el análisis del presente estudio.

Villarreal et al. (9), en su estudio observacional analítico de corte transversal titulado **Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro** (2020). El estudio analizó cómo ciertos factores relacionados con las etapas de gestación, parto y posparto, influyen en la práctica de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, en una muestra conformada por 140 madres atendidas por la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) en Lima Centro. Los resultados revelaron una

correlación significativa entre la continuidad de la lactancia exclusiva hasta los seis meses y el hecho de haber tenido un parto vaginal (OR 1,99), así como la realización de seis o más controles prenatales durante el embarazo (OR 2,9). En contraste, se encontró que la introducción temprana de fórmulas lácteas mediante biberón representó un factor de riesgo considerable para el abandono precoz de esta práctica (OR 11 175), lo cual subraya la necesidad de reforzar acciones preventivas desde el control prenatal.

Ortega et al. (10), llevaron a cabo el estudio **titulado Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Perú (2020)**. Una investigación de enfoque descriptivo y corte transversal, llevada a cabo en una muestra de 177 mujeres residentes en la ciudad de Huaraz, lo cual permitió reconocer diversos factores de naturaleza biológica, sociocultural y económica que podrían influir en la interrupción temprana de la lactancia materna. Aunque las dimensiones culturales y socioeconómicas no mostraron una relación estadística significativa con el abandono de esta práctica, sí se identificó una vinculación clara con ciertos aspectos biológicos. Entre ellos destacan experiencias previas desfavorables durante el amamantamiento, el retraso en el inicio de la lactancia tras el parto y la percepción de una escasa producción láctea. Estos resultados evidenciaron la importancia de centrar los esfuerzos de intervención en los factores de origen biológico, a fin de promover la continuidad de la lactancia materna exclusiva.

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Lactancia materna

Esta variable es definida por la Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) como la transferencia natural y enseñable de leche de madre a hijo (11), la cual proporciona un alimento seguro y adecuado que beneficia tanto al bebé como a la salud materna (12). La Academia Americana de Pediatría (AAP), sugiere ofrecer la lactancia materna de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida y continuar con su práctica acompañada de alimentos complementarios hasta los dos años o más (13). La UNICEF destaca que la lactancia materna es una intervención sanitaria eficaz con grandes beneficios para madres e hijos y bajo costo para los gobiernos, incrementando la supervivencia infantil y reduciendo la mortalidad neonatal en un 45 % en países en desarrollo (14). La leche materna funciona como una primera vacuna, aportando nutrientes, anticuerpos, hormonas y antioxidantes esenciales (15) y reduce riesgos de maloclusión dental

e infecciones frecuentes (16). Además, se asocia con un mejor desarrollo intelectual y menor riesgo de diabetes y obesidad (17). La práctica de la lactancia también representa beneficios importantes para la salud materna, ya que contribuye a reducir complicaciones inmediatas como las hemorragias posteriores al parto y, a largo plazo, disminuye la probabilidad de desarrollar enfermedades oncológicas como el cáncer de mama y de ovario (18). Ante este desafío, la Organización Mundial de la Salud estableció como meta que, para el año 2025, al menos la mitad de los lactantes a nivel global reciban lactancia materna exclusiva durante sus primeros seis meses de vida, reconociendo así su papel crucial en la salud infantil y el desarrollo temprano. (19)

1.2.1.1. Fisiología

El recién nacido necesita lactar cada 1 a 3 horas, durante 10 a 20 minutos por toma, aunque la frecuencia disminuye conforme crece, debido a que extrae más leche en menos tiempo. En la lactancia intervienen dos hormonas clave: la hormona prolactina, la cual cumple un rol esencial al favorecer la síntesis de leche materna una vez ocurrido el nacimiento; y la oxitocina, que facilita su eyección mediante la contracción de células mioepiteliales (20). La prolactina se incrementa durante el embarazo, pero se activa tras el descenso de progesterona y estrógenos luego del alumbramiento, alcanzando su pico durante la noche; también, induce bienestar en la madre y contribuye a un efecto anticonceptivo natural al inhibir la GnRH (21). Por su parte, la oxitocina responde rápidamente a la succión y a estímulos visuales, auditivos o emocionales relacionados con el bebé, promoviendo el reflejo de eyección y reforzando el vínculo afectivo madre-hijo. (22)

1.2.1.2. Composición de la leche materna

La leche materna proporciona todos los elementos nutricionales imprescindibles que el bebé requiere durante sus primeros seis meses de vida. Entre ellos destacan los lípidos (3,5 gramos por cada 100 mililitros), dentro de los cuales se encuentran los ácidos grasos poliinsaturados como el DHA y el ARA, esenciales para favorecer el desarrollo óptimo del sistema nervioso del lactante (23). La lactosa constituye el principal hidrato de carbono presente en la leche materna, representando una fuente clave de energía para el lactante. Asimismo, esta leche contiene oligosacáridos que contribuyen a la protección frente a infecciones al evitar que las bacterias se adhieran a las mucosas. En cuanto a las proteínas, aunque su concentración es menor en comparación con otros nutrientes, su

elevada calidad favorece la digestión y disminuye el riesgo de intolerancias. Además, incorpora componentes como inmunoglobulina A, leucocitos y proteínas con acción antimicrobiana, los cuales fortalecen el sistema inmunológico del recién nacido (24). Dentro de los elementos bioactivos presentes en la leche materna, se encuentra una enzima llamada lipasa, la cual, al ser activada por las sales biliares, facilita de manera esencial la descomposición de las grasas, permitiendo una digestión más eficiente de los lípidos en el organismo del lactante (25). El factor de crecimiento epidérmico cumple un rol clave en el desarrollo del sistema digestivo del recién nacido, ya que contribuye al fortalecimiento y maduración del intestino, permitiendo así una mejor asimilación y utilización de los nutrientes esenciales para su crecimiento (26), y elementos que favorecen el adecuado desarrollo del sistema nervioso central y la formación saludable de la retina en el recién nacido. (27)

1.2.1.3. Calostro y leche madura

El calostro es una vitamina considerada como la primera secreción láctea que se produce entre los dos y tres días posteriores al parto; se caracteriza por su alto contenido de elementos inmunológicos como leucocitos e inmunoglobulina A (IgA). Asimismo, proporciona nutrientes fundamentales como proteínas, minerales y vitaminas esenciales, entre ellas, A, E y K, y contribuye a la adecuada preparación del sistema digestivo del recién nacido para su correcto funcionamiento (28). Aunque se produce en pequeñas cantidades al inicio (40-50 ml el primer día), es suficiente para cubrir las necesidades del bebé. Entre los días 2 y 4, la producción aumenta en la llamada "bajada" de la leche, llegando a 300-400 ml diarios al tercer día y 500-800 ml al quinto. De la segunda semana en adelante, la leche se considera madura, pasando antes por una fase de leche de transición entre los días 7 y 14.

1.2.1.4. Variantes de lactancia materna

A partir de la década de 1990, organismos internacionales como UNICEF, USAID, SIDA y la Organización Mundial de la Salud comenzaron a trabajar en la consolidación de definiciones comunes relacionadas con la lactancia materna. Este esfuerzo dio origen al Grupo Interinstitucional para la Acción en Lactancia Materna, cuyo objetivo fue armonizar los criterios utilizados para evaluar tanto esta práctica como las acciones dirigidas a promoverla. Posteriormente, en 2008, la OMS convocó a especialistas para establecer indicadores fundamentales que

faciliten la medición precisa del consumo de leche materna y fortalezcan la investigación sobre nutrición infantil. (29)

1.2.1.5. Técnica de la lactancia materna

Según las recomendaciones del Ministerio de Salud, la lactancia materna debe ofrecerse a libre demanda, procurando siempre que la madre adopte una postura relajada y confortable, mientras el bebé se encuentra bien posicionado, alineado y cercano a su cuerpo, sin que el pezón obstruya su respiración nasal. Un buen enganche implica que el recién nacido abra ampliamente la boca, con el labio inferior evertido, el mentón en contacto con el pecho y una mayor porción de la areola visible por encima del labio superior. Todo el proceso debe transcurrir sin generar molestias ni dolor a la madre. La succión debe ser profunda, pausada y rítmica, acompañada de breves pausas naturales, con mejillas suaves y redondeadas, y sonidos audibles al tragar. Al finalizar, el bebé suele soltarse del pecho por sí solo. Asimismo, es común que la madre perciba el paso de la leche, reflejo del efecto de la oxitocina en su organismo. (30)

1.2.1.6. Modelos

A. Modelo de adaptación de Roy

Según Erol F., Karayurt O., Iseri O (31), el modelo de adaptación propuesto por Callista Roy plantea que el ser humano es un sistema integral que responde de manera activa a los estímulos del entorno mediante mecanismos de afrontamiento que buscan mantener un equilibrio dinámico. En el contexto de la lactancia materna, este modelo reconoce que la madre necesita ajustarse física, emocional y socialmente al nuevo rol de alimentar a su hijo. Desde esta perspectiva, la función de la enfermería es facilitar dicha adaptación, identificando las necesidades del binomio madre-hijo y promoviendo condiciones favorables para que la mujer se sienta segura, empoderada y capaz de amamantar. Al fortalecer los mecanismos adaptativos, la enfermera contribuye a que la madre supere posibles barreras como el estrés, la inseguridad o la presión social, favoreciendo así una práctica de lactancia sostenida y saludable.

B. Modelo del déficit de autocuidado de Dorothea Orem

Para Vega O., González D. (32), el enfoque de Dorothea Orem, centrado en la teoría del déficit de autocuidado, considera que las personas requieren apoyo profesional cuando experimentan limitaciones para cubrir sus propias

necesidades básicas. Aplicado a la lactancia materna, este modelo resalta la importancia del rol de la enfermería como agente que suple, guía o educa a la madre cuando esta enfrenta dificultades para iniciar o mantener la alimentación al pecho. Orem enfatiza que el conocimiento, la motivación y la capacidad física o emocional pueden verse comprometidos durante el periodo posnatal, por lo que la intervención oportuna de la enfermera puede restaurar el equilibrio y fomentar el autocuidado. En este caso, se entiende a la lactancia como una acción de cuidado hacia el hijo, y al empoderar a la madre con información clara, habilidades prácticas y apoyo emocional, se fortalece su autonomía y se promueve una alimentación natural y beneficiosa para el recién nacido.

1.2.2. Factores asociados a la duración de la lactancia materna

El cumplimiento de las directrices propuestas por la Organización Mundial de la Salud en torno a la lactancia materna se ha visto condicionado por una diversidad de factores, los cuales difieren ampliamente en función del entorno sociocultural. Dentro de estos determinantes destacan la edad de la madre, su nivel educativo, la situación económica y laboral, así como el estado civil. También influyen hábitos personales como el consumo de alcohol o tabaco, ser madre por primera vez, haber recibido un control prenatal insuficiente, la carencia de asesoría especializada, el retraso en el inicio del amamantamiento, el tipo de parto, la ausencia de contacto piel a piel inmediato tras el nacimiento, la introducción temprana de fórmulas lácteas durante la hospitalización, los problemas físicos vinculados a los senos o pezones y el nivel de respaldo que la madre recibe por parte de su entorno familiar y social. Todos estos aspectos han mostrado una relación significativa con la duración de la lactancia materna.

1.2.2.1. Factores infantiles

Los indicadores antropométricos como el peso en función de la edad, la relación entre peso y estatura, así como la talla en correspondencia con la edad, resultan esenciales para evaluar adecuadamente el estado nutricional de los niños. Estos parámetros permiten detectar a tiempo alteraciones en el crecimiento y desarrollo, contribuyendo a orientar intervenciones oportunas en el ámbito de la salud infantil. El peso para la edad identifica la desnutrición global, aunque no detecta siempre el sobrepeso ni la desnutrición aguda (33). El índice de peso en relación con la estatura se convierte en una herramienta valiosa cuando no se dispone de la edad exacta del menor, ya que permite estimar su composición corporal con base en su altura. En paralelo, el indicador de talla en función de la

edad es esencial para detectar posibles retrasos en el desarrollo físico. Valores que se apartan de los estándares establecidos pueden indicar tanto estados de desnutrición aguda como condiciones de sobrepeso u obesidad, lo que subraya su utilidad en la evaluación del estado nutricional infantil. (34)

Del mismo modo, el contacto inmediato piel a piel entre la madre y el recién nacido tras el parto, al colocarlo sobre su pecho, activa conductas naturales innatas en el bebé y favorece el establecimiento temprano de la lactancia. Esta práctica inicial tiene un impacto positivo notable, ya que contribuye a fortalecer las probabilidades de supervivencia en los primeros momentos de vida (2). El establecimiento del contacto piel a piel durante la primera hora de vida del recién nacido se vincula con una mayor probabilidad de iniciar la lactancia a tiempo, así como con su mantenimiento por un periodo más prolongado (5). Por otro lado, el suministro de fórmulas lácteas durante los primeros tres días posteriores al nacimiento se ha relacionado con una reducción en la duración total del periodo de lactancia materna. (3)

1.2.2.2. Factores maternos

Existen múltiples características propias de la madre que pueden influir en la duración del amamantamiento. Entre ellas, destaca la edad materna, ya que en países desarrollados se ha identificado que las mujeres de mayor edad suelen prolongar más el periodo de lactancia (35), mientras que, en nuestro país, las madres adolescentes suelen tener periodos más cortos debido a inmadurez afectiva y fisiológica (7), lo cual afecta en ciertos aspectos emocionales y biológicos relacionados con la lactancia (36). El nivel educativo también juega un papel, aunque los resultados son mixtos, pues algunos estudios asocian mayor educación con lactancias más largas (1), mientras que otros lo relacionan con periodos más cortos (37). El estado civil influye en la continuidad, ya que la ausencia o no convivencia del padre está vinculada con un cese prematuro de la lactancia (7), apoyado por estudios en animales que muestran alteraciones neuroendocrinas relacionadas (38). Además, las madres que viven en zonas urbanas suelen lactar menos tiempo (12), asimismo, las condiciones económicas desfavorables, caracterizadas por ingresos limitados y extensas jornadas laborales, restringen el tiempo que la madre puede dedicar a la lactancia. Además, el índice de masa corporal materno también se vincula con la duración del amamantamiento, observándose que las mujeres con sobrepeso u obesidad tienden a mantener esta práctica por menos tiempo. (39)

1.2.2.3. Factores laborales

Todos estos elementos influyen de manera directa tanto en el tiempo como en la exclusividad con que se brinda la lactancia materna. Las madres que trabajan en el sector informal suelen afrontar mayores dificultades para continuar con esta práctica, a diferencia de aquellas que cuentan con empleos formales, donde existen condiciones más propicias, como la disponibilidad de horarios adaptables y espacios destinados para la lactancia (40). Jornadas largas y turnos irregulares favorecen el destete temprano (41). La licencia por maternidad remunerada incrementa la lactancia exclusiva hasta seis meses (42). El regreso temprano al trabajo sin apoyo reduce la frecuencia de amamantamiento y aumenta la suplementación con fórmula (41). La flexibilidad laboral contribuye a prolongar la lactancia (40). Por tal motivo, resulta fundamental que las normativas laborales estén orientadas a brindar respaldo efectivo a las madres que se encuentran en actividad laboral, facilitando así el ejercicio pleno de la lactancia materna. (43)

1.2.2.4. Modelos

A. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender

Para Aristizábal G., Blanco D., Sánchez A., Ostiguín R. (44), sostienen que las conductas relacionadas con el bienestar, como la lactancia materna, están influenciadas por experiencias previas, creencias personales, interacciones sociales y barreras percibidas. Este modelo resulta especialmente útil para entender por qué algunas mujeres deciden continuar o abandonar la lactancia en distintos momentos del desarrollo del bebé. Por ejemplo, el apoyo familiar, la percepción de autoeficacia, las recomendaciones del personal de salud y la influencia del entorno inmediato son variables clave que condicionan la duración del amamantamiento. Desde la visión de Pender, el rol de la enfermería es identificar y modificar estos factores mediante intervenciones educativas, motivacionales y de acompañamiento, con el objetivo de fomentar decisiones saludables y sostenibles a largo plazo. Así se reconoce que la permanencia en la lactancia no solo depende del conocimiento técnico, sino de una red compleja de elementos personales y contextuales que deben ser abordados de forma integral.

B. Modelo de creencias en salud (Health Belief Model)

Para Torres J. (45), el desarrollo aplicado en enfermería permite comprender cómo las percepciones individuales influyen en la adopción y mantenimiento de conductas preventivas como la lactancia materna. Este marco teórico sugiere que la madre evaluará constantemente factores como su susceptibilidad a problemas de salud, los beneficios percibidos de amamantar, los posibles obstáculos para hacerlo y los estímulos externos que influyen en su comportamiento. Por ello, si una mujer cree que la lactancia es beneficiosa, pero se siente incapaz de realizarla por falta de tiempo, dolor o presión laboral, probablemente no prolongue su práctica. Aquí es donde la enfermería interviene de forma estratégica, brindando información clara, reforzando creencias positivas y ayudando a reducir los temores y barreras que impiden una lactancia duradera. Este modelo pone en evidencia que la duración del amamantamiento no es meramente biológica, sino que responde a un entramado de valoraciones subjetivas que pueden ser transformadas con el acompañamiento adecuado.

1.3. Definición operacional de términos

1. **Administración de leche de fórmula en los primeros tres días de vida:** se refiere a la provisión de sucedáneos de leche materna al recién nacido, ya sea en el entorno hospitalario o en el hogar, durante sus primeras 72 horas de vida.

2. **Contacto piel con piel inmediato:** hace alusión a la acción de colocar al neonato sobre el pecho desnudo de su madre justo después del nacimiento, favoreciendo el vínculo temprano.

3. **Tiempo de duración de la lactancia materna:** corresponde al periodo total en el que el niño fue amamantado, considerando desde el nacimiento hasta que cumple los 24 meses.

4. **Edad de la madre:** número de años que ha cumplido la madre al momento de ser encuestada.

5. **Situación conyugal:** estado de relación de la madre con el padre del menor, ya sea convivencia o no.

6. **Índice de masa corporal (IMC):** parámetro que permite evaluar la relación entre el peso y la altura de la madre antes del embarazo.

7. **Nivel de estudios alcanzado:** máximo grado de educación formal completado por la madre.

8. **Nivel de ingresos mensuales:** cantidad aproximada de dinero que percibe la madre cada mes, tomando como punto de referencia el salario mínimo vigente.

9. **Lactancia materna de forma exclusiva:** alimentación basada únicamente en leche materna, sin la inclusión de otros alimentos o líquidos, salvo suplementos vitamínicos o medicinas indicadas.

10. **Modo de nacimiento:** tipo de parto mediante el cual nació el niño, ya sea por vía vaginal o por cesárea.

Capítulo II. Materiales y métodos

2.1. Método, tipo y alcance de investigación

2.1.1. Método de investigación

La investigación empleó el método científico para su desarrollo, el cual comprende un conjunto de protocolos y metodologías para resolver problemas mediante la prueba de hipótesis (46). Se adoptó el enfoque hipotético-deductivo, el cual se fundamenta en la formulación de una hipótesis construida a partir de los fundamentos teóricos de una disciplina científica específica. Esta metodología permitió, mediante el razonamiento lógico-deductivo, elaborar inferencias y proyecciones que luego son comparadas con la realidad a través de procedimientos de verificación empírica, con el propósito de validar o refutar dicha hipótesis.

2.1.2. Tipo de investigación

El estudio estuvo enmarcado dentro de la investigación básica. En palabras de Hernández et al. (46), el estudio básico se orienta a analizar y elucidar los fenómenos, producir comprensión que promueva el avance de teorías de vanguardia y que aumente, modifique o invalide las teorías actuales; por lo tanto, que mejore la comprensión científica sin colocarlas en tela de juicio con ningún aspecto de aplicación práctica. Los hallazgos obtenidos servirán para ampliar la base teórica sobre las variables de investigación y la correlación entre ellas.

2.1.3. Nivel de investigación

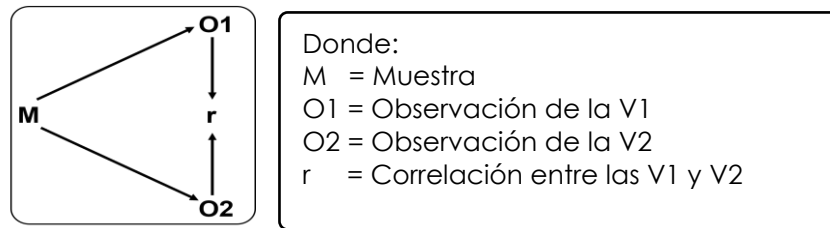
El enfoque de la presente investigación fue de tipo correlacional, ya que se orientó en examinar el grado de asociación o vínculo existente entre dos variables, categorías o conceptos, dentro de un contexto determinado, con el objetivo de comprender cómo se relacionan entre sí. Teniendo este estudio como finalidad analizar la relación existente entre los factores de índole biológica y social vinculados a la madre y su hijo, y cómo estos influyen en el tiempo que se mantiene la lactancia materna en menores de dos años en el Puesto de Salud de Hualhuas, 2024.

2.2. Diseño de investigación

El diseño de este estudio fue de tipo no experimental y correlacional de corte transversal. En este enfoque, se observan y miden fenómenos y variables en

su contexto natural, lo que permite un análisis directo sin manipulación (46). La presente investigación tuvo como objetivo comprender cómo determinados factores biológicos y sociales asociados tanto a la madre como al niño inciden en el periodo durante el cual se mantiene la práctica de la lactancia materna en menores de dos años.

El esquema del diseño de la investigación se grafica a continuación:



2.3. Población y muestra

2.3.1. Población

De acuerdo con Ñaupas et al. (47), la población se define como el grupo de individuos, personas o instituciones que constituyen el objeto de estudio de una investigación.

La población del presente estudio estuvo conformada por 176 díadas madre-niño registrados en el padrón nominal del Puesto de Salud de Hualhuas durante el año 2024. Cada díada, compuesta por una madre y su hijo menor de 2 años, fue considerada como una unidad de análisis, permitiendo obtener una comprensión integral de los fenómenos que ocurren en la interacción entre ambos miembros.

2.3.2. Muestra

La muestra, según Ñaupas et al. (47), constituye una porción representativa del universo o población total, seleccionada mediante métodos estadísticos que aseguren la fidelidad en la representación de las características del conjunto completo.

Procedimiento:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{176 * (1.960)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2 * (176 - 1) + (1.960)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{169.03}{1.40}$$

$$n = 120.92$$

$$n = 121$$

Donde:

n= Tamaño de muestra buscado

N = Tamaño de la población o universo

Z= Parámetro estadístico que depende del nivel confianza

e = Error de estimación máximo aceptado

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

q = (1 – p) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

De las 121 díadas calculadas estadísticamente, se excluyeron 21 que no cumplían con los criterios establecidos, resultando en una muestra final de 100 díadas madre-niño. Las exclusiones correspondieron a 8 fichas con períodos fuera del tiempo de recolección, 7 fichas de madres con contraindicaciones médicas para la lactancia y 6 fichas con registros incompletos o datos antropométricos faltantes. Esta selección rigurosa garantizó una muestra homogénea y representativa para el análisis de los factores asociados a la duración de la lactancia materna.

Criterios de inclusión:

- Díadas madre-niño atendidos en el consultorio CRED del Puesto de Salud de Hualhuas entre septiembre y diciembre de 2024
- Fichas médicas completas con información sociodemográfica y antropométrica
- Madres sin contraindicaciones médicas absolutas para la lactancia
- Casos donde se pueda identificar claramente la relación madre-hijo

Criterios de exclusión:

- Fichas con registros clínicos incompletos o datos faltantes

- Casos de niños bajo tutela de cuidadores no biológicos
- Situaciones donde no se logró validar la relación madre-hijo en la documentación
- Casos con limitaciones que impidieran la comprensión del proceso de consentimiento

En cuanto al perfil de las madres participantes en el estudio, se pudo obtener que, el 40 % tiene 12-17 años, el 43 % 18-26 años y el 17 % más de 27 años. En cuanto al grado de estudio, el 50 % tiene estudios no superiores y el 50 % educación superior. El 64 % está casada, el 53 % vive en zonas urbanas y el 53 % tiene ingresos bajos. En IMC, el 53 % tiene peso normal, el 21 % sobrepeso, el 9 % obesidad y el 17 % bajo peso. Laboralmente, el 59% trabaja en el sector formal, el 63 % a tiempo completo, el 53 % tuvo licencia por maternidad, pero el 73 % regresó al trabajo de inmediato. La lactancia materna duró más de 6 meses en el 54 % de los casos y solo 0-6 meses en el 46 %.

Tabla 1. Edad y grado de instrucción de las madres

N°	Edad de las madres	Grado de instrucción de las madres	N°	Edad de las madres	Grado de instrucción de las madres
1	De 18 a 26 años	No superior	51	De 12 a 17 años	Superior
2	De 12 a 17 años	No superior	52	De 18 a 26 años	Superior
3	De 18 a 26 años	No superior	53	De 18 a 26 años	No superior
4	De 18 a 26 años	Superior	54	De 27 a 59 años	Superior
5	De 12 a 17 años	No superior	55	De 18 a 26 años	Superior
6	De 18 a 26 años	Superior	56	De 12 a 17 años	Superior
7	De 27 a 59 años	Superior	57	De 12 a 17 años	No superior
8	De 27 a 59 años	Superior	58	De 12 a 17 años	No superior
9	De 18 a 26 años	No superior	59	De 18 a 26 años	No superior
10	De 12 a 17 años	Superior	60	De 12 a 17 años	Superior
11	De 27 a 59 años	No superior	61	De 18 a 26 años	No superior
12	De 27 a 59 años	No superior	62	De 12 a 17 años	Superior
13	De 12 a 17 años	Superior	63	De 18 a 26 años	No superior
14	De 27 a 59 años	No superior	64	De 12 a 17 años	No superior
15	De 27 a 59 años	No superior	65	De 12 a 17 años	No superior
16	De 18 a 26 años	No superior	66	De 18 a 26 años	Superior
17	De 18 a 26 años	No superior	67	De 12 a 17 años	Superior
18	De 18 a 26 años	Superior	68	De 12 a 17 años	No superior
19	De 12 a 17 años	Superior	69	De 27 a 59 años	No superior
20	De 12 a 17 años	No superior	70	De 27 a 59 años	Superior
21	De 27 a 59 años	Superior	71	De 18 a 26 años	Superior
22	De 12 a 17 años	No superior	72	De 12 a 17 años	Superior
23	De 12 a 17 años	Superior	73	De 18 a 26 años	Superior
24	De 12 a 17 años	Superior	74	De 18 a 26 años	No superior
25	De 18 a 26 años	Superior	75	De 12 a 17 años	No superior
26	De 27 a 59 años	No superior	76	De 12 a 17 años	No superior
27	De 12 a 17 años	No superior	77	De 18 a 26 años	Superior
28	De 18 a 26 años	Superior	78	De 18 a 26 años	No superior
29	De 18 a 26 años	Superior	79	De 12 a 17 años	No superior
30	De 12 a 17 años	No superior	80	De 12 a 17 años	No superior
31	De 18 a 26 años	No superior	81	De 18 a 26 años	Superior
32	De 12 a 17 años	Superior	82	De 18 a 26 años	Superior
33	De 12 a 17 años	Superior	83	De 12 a 17 años	No superior
34	De 12 a 17 años	Superior	84	De 12 a 17 años	No superior
35	De 18 a 26 años	No superior	85	De 18 a 26 años	Superior

36	De 18 a 26 años	No superior	86	De 12 a 17 años	No superior
37	De 27 a 59 años	No superior	87	De 18 a 26 años	Superior
38	De 12 a 17 años	Superior	88	De 18 a 26 años	Superior
39	De 18 a 26 años	No superior	89	De 12 a 17 años	No superior
40	De 18 a 26 años	Superior	90	De 18 a 26 años	Superior
41	De 12 a 17 años	No superior	91	De 18 a 26 años	Superior
42	De 18 a 26 años	Superior	92	De 27 a 59 años	Superior
43	De 12 a 17 años	Superior	93	De 27 a 59 años	No superior
44	De 27 a 59 años	Superior	94	De 18 a 26 años	Superior
45	De 12 a 17 años	No superior	95	De 18 a 26 años	Superior
46	De 18 a 26 años	No superior	96	De 18 a 26 años	No superior
47	De 12 a 17 años	No superior	97	De 18 a 26 años	Superior
48	De 27 a 59 años	Superior	98	De 27 a 59 años	No superior
49	De 18 a 26 años	Superior	99	De 12 a 17 años	Superior
50	De 18 a 26 años	No superior	100	De 12 a 17 años	No superior

Por otra parte, dentro de los factores asociados a la lactancia materna en niños, se observó que el 46 % tiene 0-6 meses y el 54 % 7-24 meses, con 54 % de peso adecuado para la talla (26 % sobrepeso, 15 % obesidad, 5 % bajo peso) y 68 % con talla baja (9 % severa), reflejando desnutrición crónica. El 64 % nació por parto vaginal, el 59 % con peso normal y el 24 % con macrosomía; el 70 % tuvo contacto piel a piel y el 75 % no consumió fórmula en sus primeros días.

Tabla 2. Edad en meses de los niños

N.º	Edad de los niños	N.º	Edad de los niños	N.º	Edad de los niños	N.º	Edad de los niños
1	0 - 6 meses	51	7 - 24 meses	26	7 - 24 meses	76	7 - 24 meses
2	7 - 24 meses	52	7 - 24 meses	27	0 - 6 meses	77	7 - 24 meses
3	7 - 24 meses	53	7 - 24 meses	28	7 - 24 meses	78	0 - 6 meses
4	7 - 24 meses	54	7 - 24 meses	29	7 - 24 meses	79	0 - 6 meses
5	0 - 6 meses	55	7 - 24 meses	30	0 - 6 meses	80	0 - 6 meses
6	0 - 6 meses	56	7 - 24 meses	31	7 - 24 meses	81	7 - 24 meses
7	0 - 6 meses	57	0 - 6 meses	32	0 - 6 meses	82	7 - 24 meses
8	7 - 24 meses	58	0 - 6 meses	33	0 - 6 meses	83	0 - 6 meses
9	7 - 24 meses	59	0 - 6 meses	34	7 - 24 meses	84	0 - 6 meses
10	7 - 24 meses	60	0 - 6 meses	35	7 - 24 meses	85	0 - 6 meses
11	0 - 6 meses	61	0 - 6 meses	36	7 - 24 meses	86	0 - 6 meses
12	7 - 24 meses	62	0 - 6 meses	37	0 - 6 meses	87	7 - 24 meses
13	7 - 24 meses	63	7 - 24 meses	38	0 - 6 meses	88	7 - 24 meses
14	0 - 6 meses	64	0 - 6 meses	39	7 - 24 meses	89	7 - 24 meses
15	0 - 6 meses	65	0 - 6 meses	40	7 - 24 meses	90	7 - 24 meses
16	0 - 6 meses	66	7 - 24 meses	41	0 - 6 meses	91	0 - 6 meses
17	0 - 6 meses	67	0 - 6 meses	42	7 - 24 meses	92	7 - 24 meses
18	7 - 24 meses	68	7 - 24 meses	43	0 - 6 meses	93	7 - 24 meses
19	7 - 24 meses	69	0 - 6 meses	44	7 - 24 meses	94	7 - 24 meses
20	0 - 6 meses	70	7 - 24 meses	45	0 - 6 meses	95	7 - 24 meses
21	7 - 24 meses	71	7 - 24 meses	46	7 - 24 meses	96	7 - 24 meses
22	0 - 6 meses	72	0 - 6 meses	47	0 - 6 meses	97	7 - 24 meses
23	0 - 6 meses	73	0 - 6 meses	48	7 - 24 meses	98	7 - 24 meses
24	0 - 6 meses	74	7 - 24 meses	49	7 - 24 meses	99	0 - 6 meses
25	7 - 24 meses	75	7 - 24 meses	50	0 - 6 meses	100	0 - 6 meses

2.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

2.4.1. Técnicas

La recopilación de datos se realizó mediante el análisis documental. Este método se utiliza para buscar y consultar información relacionada con la lactancia infantil a partir de documentos primarios y bibliografía relevante (46). La indagación se enfocó en revisar los registros clínicos y las fichas de control de crecimiento y desarrollo de los niños, extrayendo los datos pertinentes que contribuyeran al cumplimiento de los objetivos planteados en el estudio.

2.4.2. Instrumento

El instrumento empleado para la recolección de datos fue una ficha de análisis documental, la cual fue aplicada a los expedientes vinculados con las díadas madre–niño, atendidos en el centro de salud (46). Se señala que la ficha documental resulta valiosa para recopilar información, ya que permite sistematizar y concentrar los datos relevantes, en este caso relacionados con la salud y el desarrollo del lactante. Esta herramienta facilitó el monitoreo de los registros de crecimiento, la identificación temprana de posibles alteraciones y contribuyó a asegurar una atención continua, completa y de calidad.

2.4.2.1. Validez

De acuerdo con Sánchez y Reyes (48), la validez se trata de la característica que indica que cada instrumento debe evaluar exactamente lo que se ha planteado medir; es decir, que muestre eficacia al conseguir los resultados del atributo o capacidad que afirma evaluar.

Para este estudio, la validación del instrumento se llevó a cabo mediante la validez de contenido mediante el juicio de expertos, que, como menciona Suárez et al. (49), evalúa en qué medida los ítems del instrumento representan de manera adecuada el objeto de estudio. Esta validez, también conocida como validez racional, se basa en el análisis de las propiedades, atributos o características específicas que se pretenden medir. El método más común para evaluar la validez de contenido es el juicio de expertos, que implica enviar a cada evaluador información escrita sobre la investigación, permitiéndoles analizar y valorar los ítems del instrumento.

La validación por juicio de expertos se realiza tras elaborar el instrumento. El número de jueces lo decide el investigador, pero se recomienda un mínimo de

tres, idealmente de áreas distintas, para evitar sesgos y opiniones preacordadas.
(49)

Para la evaluación del instrumento del estudio, se consideró la validez de contenido, considerando cuatro criterios: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. Cada uno de ellos se calificó en una escala del 1 al 5, donde el puntaje máximo posible por ítem fue de 20 puntos, lo que equivale al 100 % del total. A continuación, se muestra una tabla con los resultados de las calificaciones obtenidas:

Tabla 3. Validación del instrumento mediante el juicio de expertos

Experto	Coefficiente de Validez	Calificación Cualitativa
Lic. Karen, Moscoso Jáuregui	0,827	Aplicable
Dr. Yanet Tania Flores Lara	0,808	Aplicable
Lic. Doris Centurión Suárez	0,805	Aplicable
Promedio general	0,813	Aplicable

El coeficiente de validez obtenido para el instrumento superó el umbral mínimo de 0,71, valor establecido como criterio de aceptación. Esto confirma que el cuestionario representa adecuadamente el objeto de estudio y se alinea con el marco teórico de la investigación. Además, las evaluaciones cualitativas realizadas por los expertos coincidieron en que los ítems son pertinentes para medir los constructos definidos, destacando también la claridad y precisión en la redacción de cada uno de ellos.

2.4.2.2. Confiabilidad

De acuerdo con Meneses, citado por (51), la confiabilidad o fiabilidad significa el grado de confianza que se tiene en un instrumento, que al ser aplicado en varias ocasiones genera los mismos resultados, siempre y cuando las condiciones sean similares. Es la capacidad que posee el instrumento de registrar los mismos resultados en repetidas ocasiones, con una misma muestra y bajo las mismas condiciones. La fiabilidad es aquella propiedad que valora la consistencia y precisión de la medida; si la medida toma valores consistentes y precisos, creemos que podemos confiar en los resultados obtenidos. El instrumento debe garantizar, con más o menos rigor, que las medidas que obtenemos se corresponden con el verdadero nivel o valor de la característica evaluada".

En este caso, al ser el instrumento de colecta de datos una ficha, esta no requiere evaluar su confiabilidad porque su función en este caso se limita a registrar y organizar información objetiva y verificable (como edad, peso, talla o estado civil), sin interpretar ni medir variables subjetivas o constructos teóricos; por lo que, no existe riesgo de inconsistencias en los resultados: su fin es simplemente la transcripción fiel de datos ya obtenidos, cuya calidad depende de la fuente original (historias clínicas) y no del instrumento en sí. A diferencia de pruebas o escalas (donde la confiabilidad asegura que las mediciones sean consistentes al repetirse), la ficha actúa como un medio neutral que no transforma ni evalúa la información, sino que la recopila tal cual, por lo que su eficacia se mide en términos de precisión en el registro y no en la estabilidad de resultados. Solo si la ficha incluyera elementos de medición (como preguntas estandarizadas), esos componentes específicos sí demandarían una evaluación de confiabilidad.

2.4.3. Recopilación y manejo de datos

Todo este proceso se realizó en el Puesto de Salud de Hualhuas, donde la investigadora, como única responsable y sin apoyo de personal de salud, llevó a cabo la recolección de datos mediante la aplicación de fichas documentales, la realización de entrevistas a las madres para explorar factores maternos y laborales, y la revisión de historias clínicas y tarjetas de control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) con el fin de obtener información relevante sobre los factores vinculados al niño, como indicadores antropométricos y antecedentes clínicos. Previo al proceso, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, garantizando la comprensión de los objetivos del estudio y la confidencialidad de sus datos, los cuales, tras ser recolectados, fueron validados, digitalizados y almacenados en una base de datos segura para preservar su integridad y carácter reservado.

2.4.4. Análisis de datos

Para el tratamiento de los datos, se llevó a cabo un proceso riguroso de validación y análisis. En primer lugar, la validación posterior a la recolección incluyó la revisión manual del 100 % de las fichas para verificar su completitud, consistencia lógica y legibilidad, excluyendo aquellas con más del 20 % de datos faltantes o inconsistencias graves como discrepancias entre edad y fecha de nacimiento, y documentando las exclusiones con sus respectivas razones. Posteriormente, se realizó una digitación doble e independiente de los datos, comparando ambas bases para corregir discrepancias y elaborando un informe

con los errores detectados y corregidos. Finalmente, se llevó a cabo la limpieza y validación estadística, identificando y ajustando valores fuera de rango, datos duplicados o respuestas inconsistentes mediante el estadístico R Studio. Este proceso incluyó el cruce de variables relacionadas y el análisis de frecuencias para detectar valores atípicos; los datos faltantes se imputaron si eran menos del 5 % (usando media, moda o métodos avanzados) o se excluyeron si superaban ese porcentaje.

Una vez validados los datos, se recurrió al uso de procedimientos estadísticos tanto descriptivos como inferenciales. Las técnicas descriptivas facilitaron la caracterización de las variables mediante cuadros de frecuencia y recursos gráficos, lo que permitió interpretar los resultados de manera más clara. Asimismo, con el objetivo de examinar la vinculación entre los factores de naturaleza biológica y social con la duración del amamantamiento, se utilizó la prueba estadística de Chi-cuadrado, considerada apropiada para identificar relaciones entre variables categóricas en investigaciones con enfoque correlacional.

2.5. Herramientas estadísticas

Para el análisis y procesamiento de los datos se empleó el programa estadístico R Studio, una herramienta reconocida por su eficiencia en el manejo de información compleja, la ejecución de pruebas inferenciales y la elaboración de gráficos interpretativos. Su aplicación resulta especialmente pertinente en estudios cuantitativos con variables categóricas, ya que ofrece resultados consistentes, precisos y replicables, en consonancia con los lineamientos metodológicos de la presente investigación.

2.6. Consideraciones éticas

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Continental y la autorización de la administración del Puesto de Salud de Hualhuas, en concordancia con los lineamientos bioéticos establecidos en el informe Belmont. Se respetaron plenamente los principios de autonomía y equidad, asegurando la participación voluntaria, el anonimato y la igualdad de condiciones para todas las madres involucradas. La aplicación del consentimiento informado garantizó que las participantes comprendieran el propósito del estudio. Del mismo modo, se protegió la integridad física y emocional tanto de las madres como de sus hijos, y toda la información obtenida fue utilizada

exclusivamente con fines investigativos, en cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia. Además, se tomaron medidas para proteger la integridad física, emocional y social tanto de las madres como de sus hijos, evitando cualquier daño y promoviendo el bienestar de cada uno de los infantes. Los datos recolectados fueron utilizados exclusivamente con fines científicos, asegurando su uso ético y transparente conforme a las normativas nacionales e internacionales sobre investigación con seres humanos.

Capítulo III: Resultados

3.1. Descripción del trabajo de campo

La fase de recolección de información se inició mediante la aplicación individual de una ficha física de recolección, bajo la supervisión directa del investigador principal. De forma complementaria, se recurrió a una ficha documental para obtener datos adicionales relevantes. Posteriormente, la información recabada fue codificada y sistematizada en una base de datos protegida, lo cual permitió su procesamiento de manera eficiente. Para el análisis estadístico, se utilizó el programa SPSSV25, a través del cual se desarrollaron evaluaciones tanto descriptivas como inferenciales, con el propósito de identificar relaciones entre los estilos de vida y los indicadores clínicos observados. Finalmente, los resultados se interpretaron en función de los objetivos establecidos, reconociendo las limitaciones encontradas y proponiendo sugerencias orientadas a futuras líneas de investigación.

3.2. Presentación de resultados

Variable factores asociados

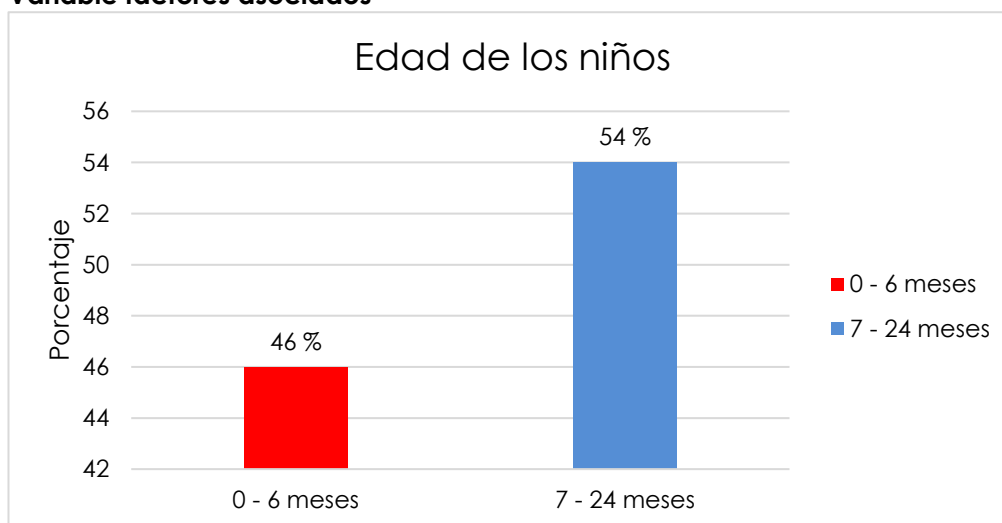


Figura 1. Edad de los niños

En la **Figura 1**, se observa la distribución por edades de los niños participantes en el estudio: el 46 % tiene entre 0 y 6 meses, mientras que el 54 % se ubica en el rango de 7 a 24 meses. Esto refleja una muestra equilibrada que abarca tanto la etapa inicial de lactancia exclusiva como el período de alimentación complementaria.

Dimensión 1

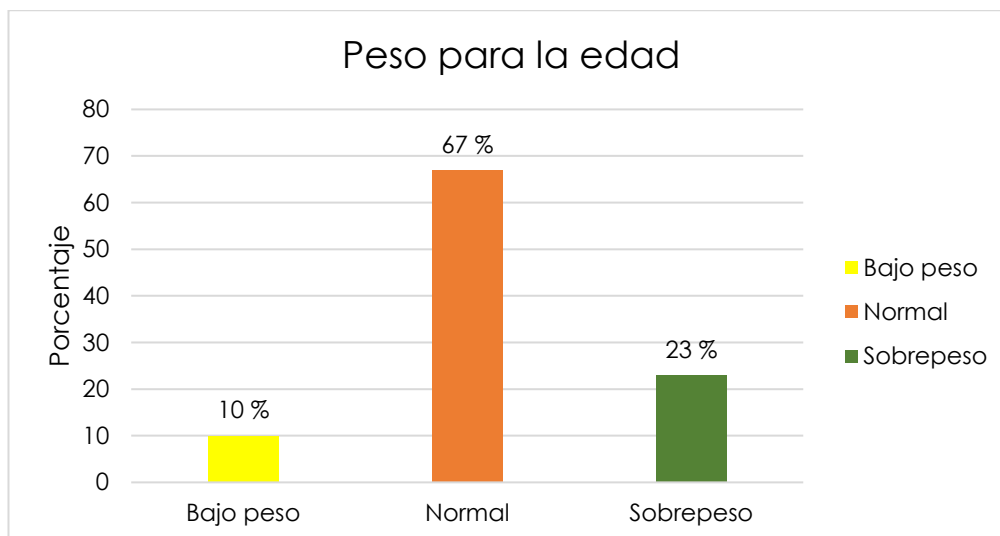


Figura 2. Peso para la edad

En la **Figura 2**, están asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de dos años en el Puesto de Salud de Hualhuas durante el año 2024, el análisis descriptivo que, el 67 % tiene peso normal, el 23 % sobrepeso y el 10 % bajo peso, mostrando tanto problemas de exceso como de déficit nutricional.

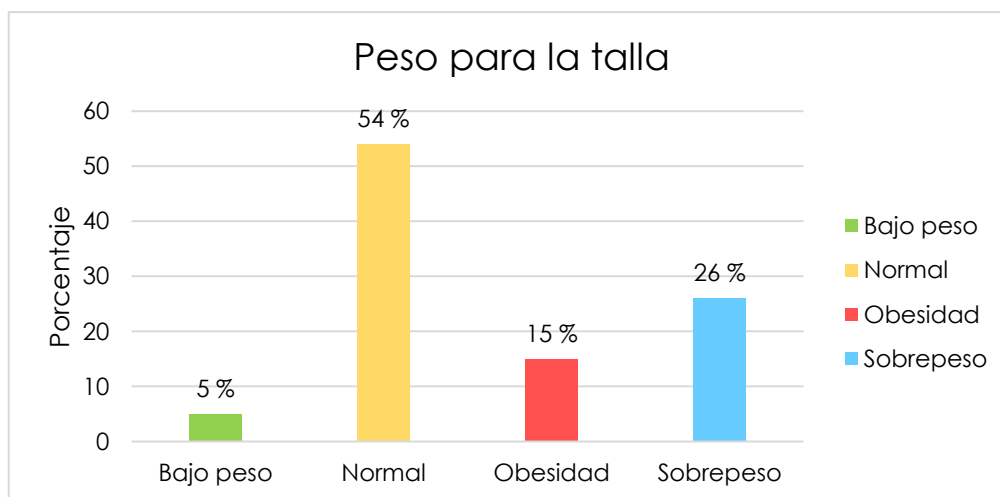


Figura 3. Peso para la talla

En la **Figura 3**, el 54 % de los niños mantiene proporciones adecuadas, pero se observa que el 26 % tiene sobrepeso y el 15 % obesidad, datos que alertan sobre una tendencia hacia el exceso ponderal en una proporción considerable de la muestra. Solo un 5 % presenta bajo peso para su talla, consolidando la preocupación más en torno al sobrepeso que a la desnutrición aguda.

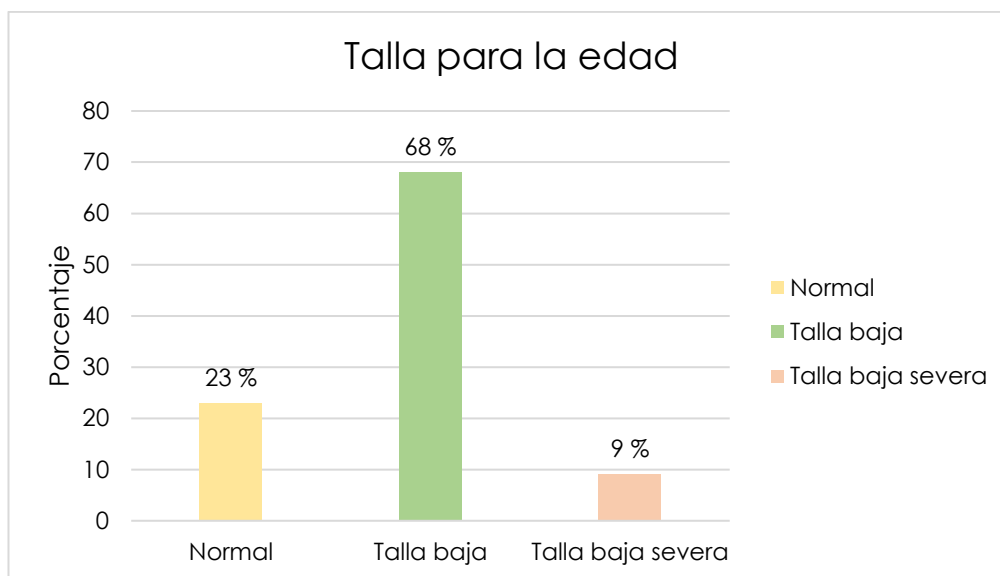


Figura 4. Talla para la edad

En la **Figura 4**, se detecta un patrón preocupante: el 68 % de los niños presenta talla baja y un 9 % talla baja severa, mientras que apenas un 23 % mantiene una estatura adecuada. Este hallazgo apunta a un problema de crecimiento crónico, tradicionalmente vinculado a condiciones socioeconómicas y alimentarias de largo plazo.

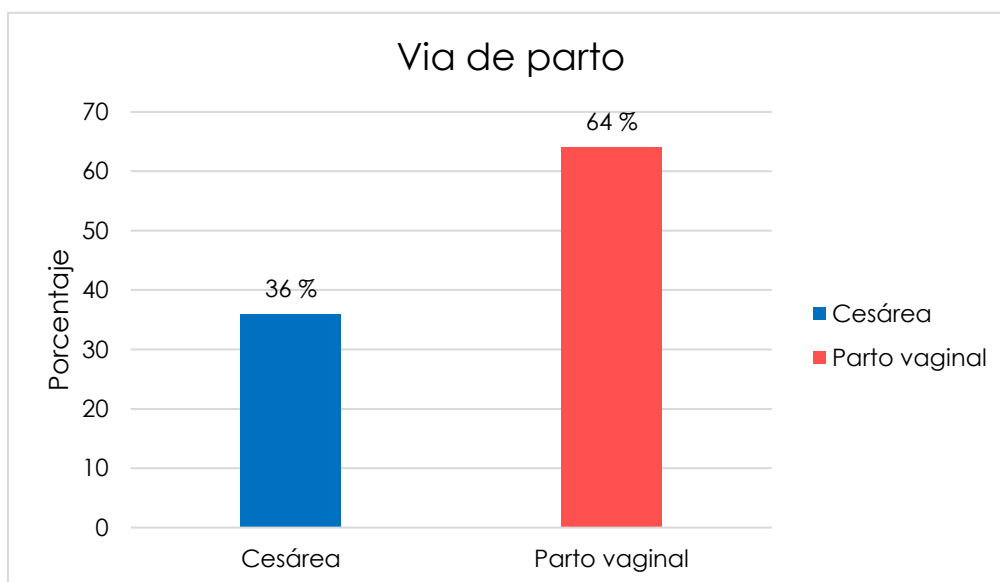


Figura 5. Vía de parto

En la **Figura 5**, respecto a la vía de parto, los datos muestran que un 64 % de los nacimientos son mediante parto vaginal, mientras que el 36 % restante corresponde a cesáreas. Así, el parto vaginal se mantiene como el modo de nacimiento más frecuente dentro de la población evaluada; sin embargo, la

proporción de cesáreas, que alcanza poco más de un tercio del total, no puede ser desestimado y sugiere patrones obstétricos que merecen atención.

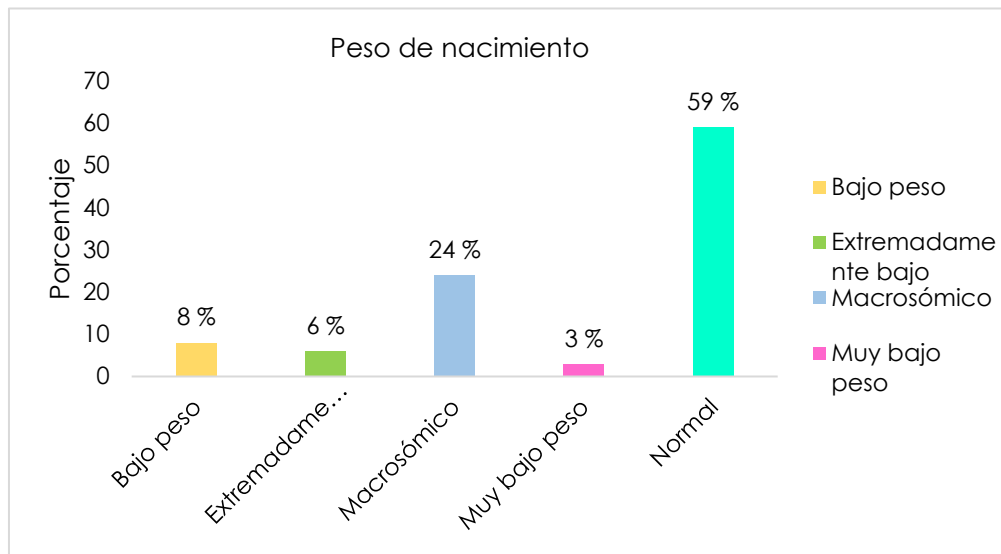


Figura 6. Peso de nacimiento

En la **Figura 6**, en lo que respecta al peso de nacimiento, los datos revelan que un 59 % de los niños nacieron con un peso considerado normal, configurando así a esta categoría como la más prevalente dentro de la población evaluada. Sin embargo, un 24 % de los recién nacidos presenta macrosomía, es decir, peso superior al esperado, situación que representa prácticamente uno de cada cuatro nacimientos, proporción que invita a reflexionar sobre posibles factores maternos como diabetes gestacional o estados nutricionales alterados durante la gestación.

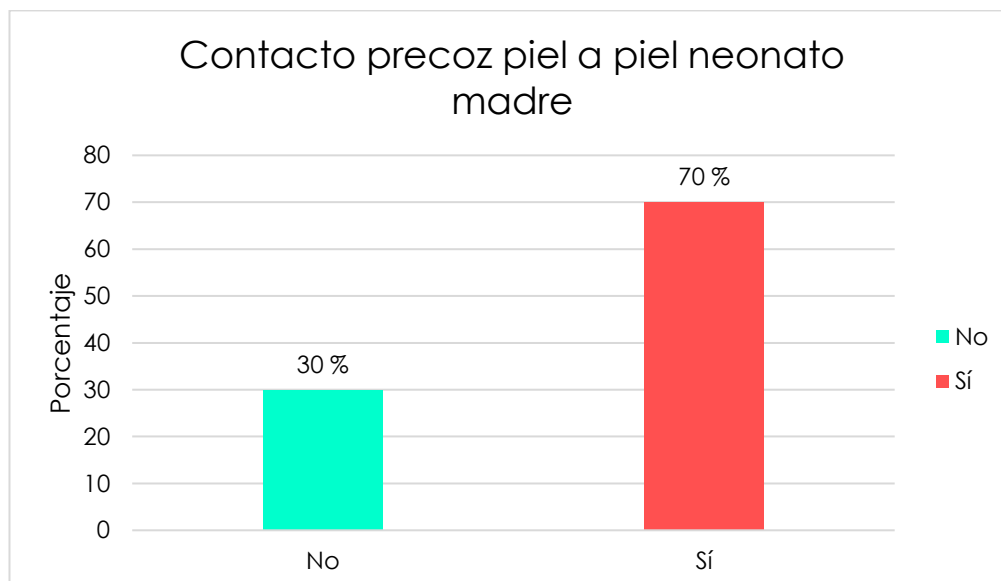


Figura 7. Contacto precoz piel a piel neonato-madre

En la **Figura 7**, los resultados reflejan que un 70 % de los niños recibe esta práctica inmediata tras el nacimiento, consolidándose como una acción prevalente en la mayoría de los casos observados. En cambio, un 30 % no experimenta este contacto inicial, lo cual sugiere que aún persisten espacios de mejora en la atención perinatal.

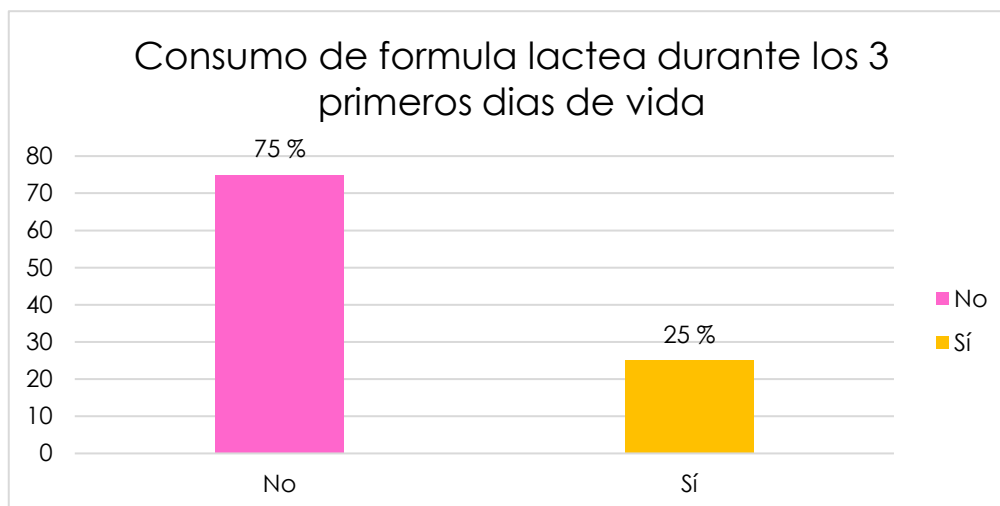


Figura 8. Consumo de fórmula láctea durante los primeros días de vida

En la **Figura 8**, se observa que un 75 % de los neonatos no recibe fórmula, indicando que en estos casos se respeta el amamantamiento exclusivo inmediato como práctica inicial. Por el contrario, un 25 % de los niños consume fórmula en este periodo crítico, situación que, si bien minoritaria, no deja de ser relevante al considerar su impacto potencial sobre la consolidación de la lactancia materna.

Dimensión 2

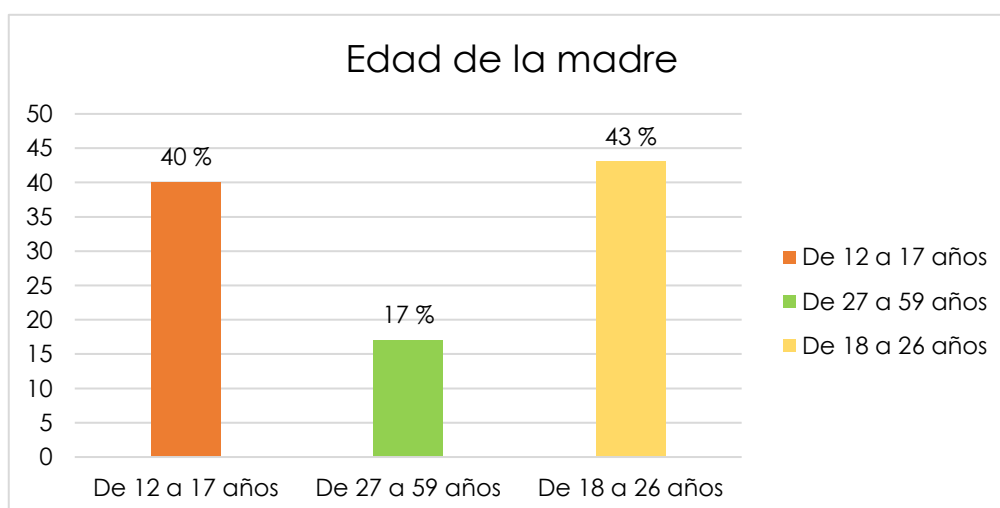


Figura 9. Edad

En la **Figura 9**, al analizar la edad de las madres participantes en el estudio, se evidencia que un 40 % corresponde al grupo de 12 a 17 años, mientras que un 43 % pertenece al rango de 18 a 26 años. De este modo, entre ambos grupos se agrupa el 83 % de la población estudiada, lo cual sugiere que la gran mayoría de madres se encuentran en etapas tempranas de su vida reproductiva al momento del nacimiento de sus hijos. Solo un 17 % se ubica en el grupo de mayores de 27 a 59 años, mostrando así que las madres de mayor edad son una minoría en este contexto.

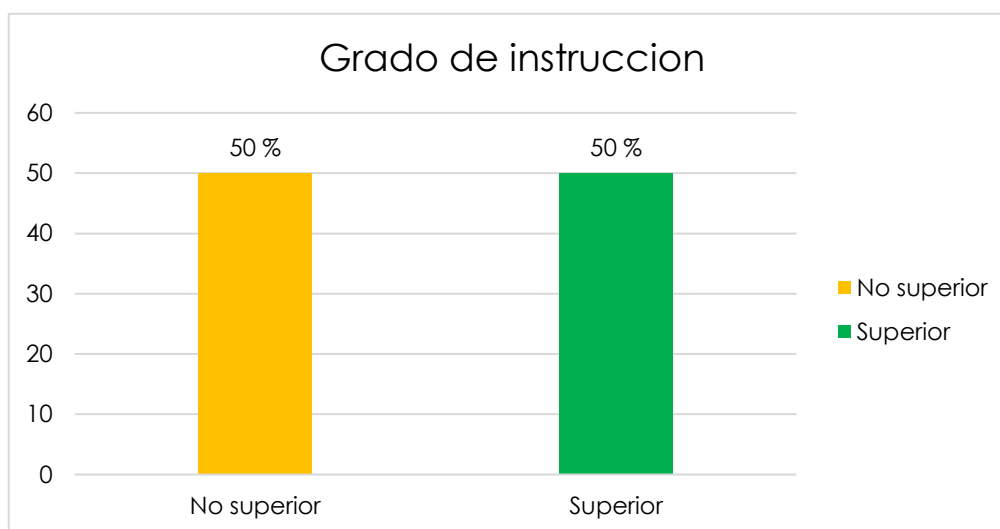


Figura 10. Grado de instrucción

En la **Figura 10**, en relación con el grado de instrucción de las madres, el análisis revela una distribución equitativa. Un 50 % de las participantes cuenta con estudios no superiores, mientras que el otro 50 % ha alcanzado algún nivel de educación superior. Esta simetría, aunque poco frecuente en muchos contextos rurales o semiurbanos, indica una posible transición educativa dentro de la comunidad evaluada.

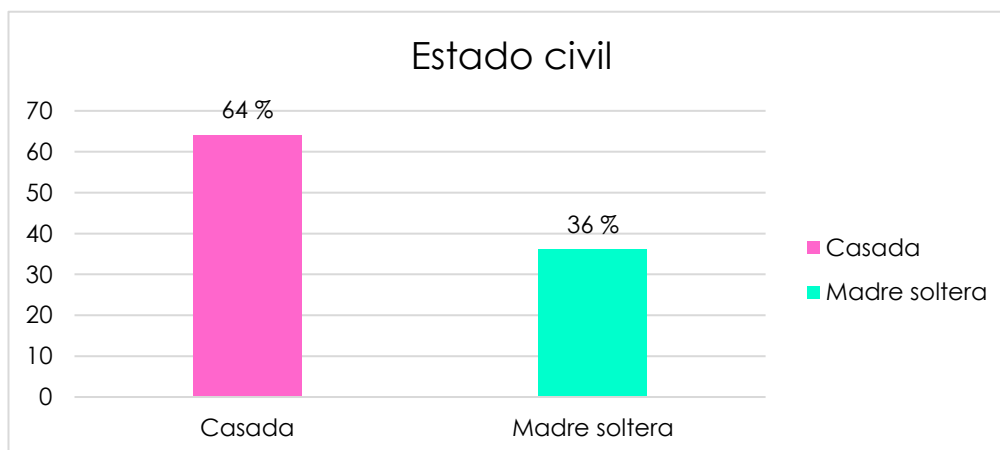


Figura 11. Estado civil

En la **Figura 11**, en cuanto al estado civil de las madres evaluadas, el 64 % declara encontrarse casada al momento del estudio, mientras que el 36 % se identifica como madre soltera. Esta distribución indica que, si bien predomina la presencia de una estructura familiar formalizada mediante matrimonio, existe también una proporción considerable de madres que afrontan la crianza de sus hijos de manera independiente.

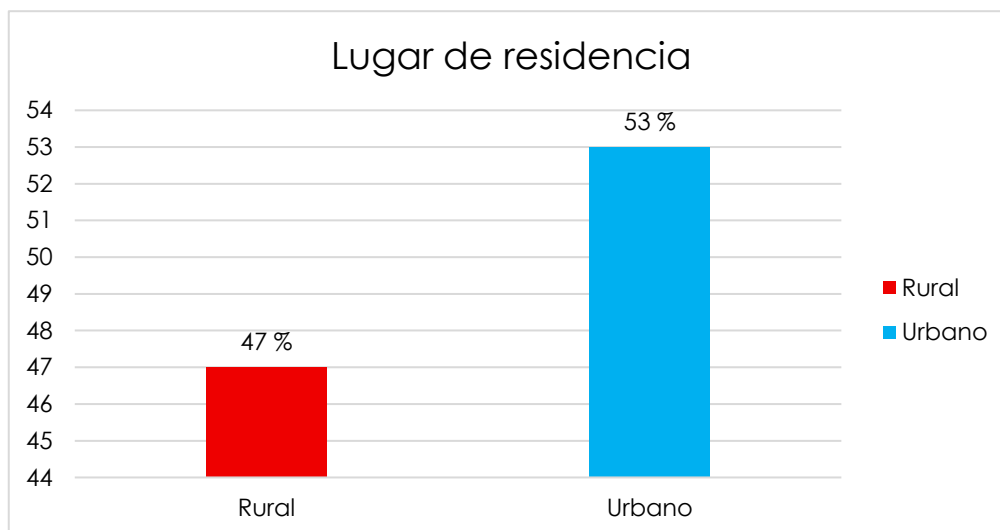


Figura 12. Lugar de residencia

En la **Figura 12**, al observar el lugar de residencia de las madres participantes, se aprecia que un 53 % habita en zonas urbanas, mientras que el 47 % restante reside en áreas rurales. Esta distribución relativamente equilibrada permite visibilizar que la muestra abarca tanto contextos urbanos como rurales, ofreciendo así una perspectiva más amplia y representativa de las condiciones de vida en Hualhuas.

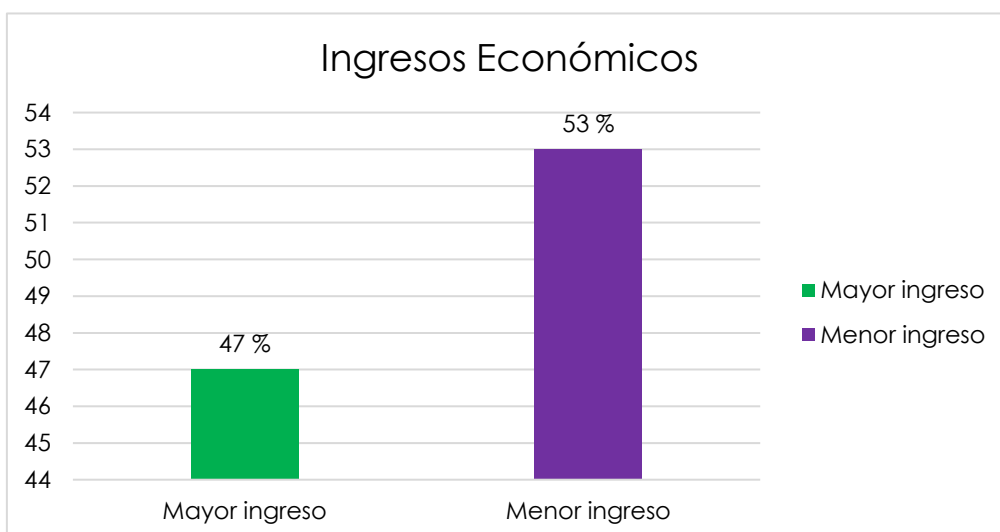


Figura 13. Ingresos económicos

En la **Figura 13**, respecto al nivel de ingresos económicos de las madres, se identifica que un 53 % pertenece al grupo de menor ingreso, mientras que el 47 % corresponde al grupo de mayor ingreso. Esta distribución, aunque relativamente equilibrada, pone en evidencia que una ligera mayoría enfrenta condiciones económicas más desfavorables

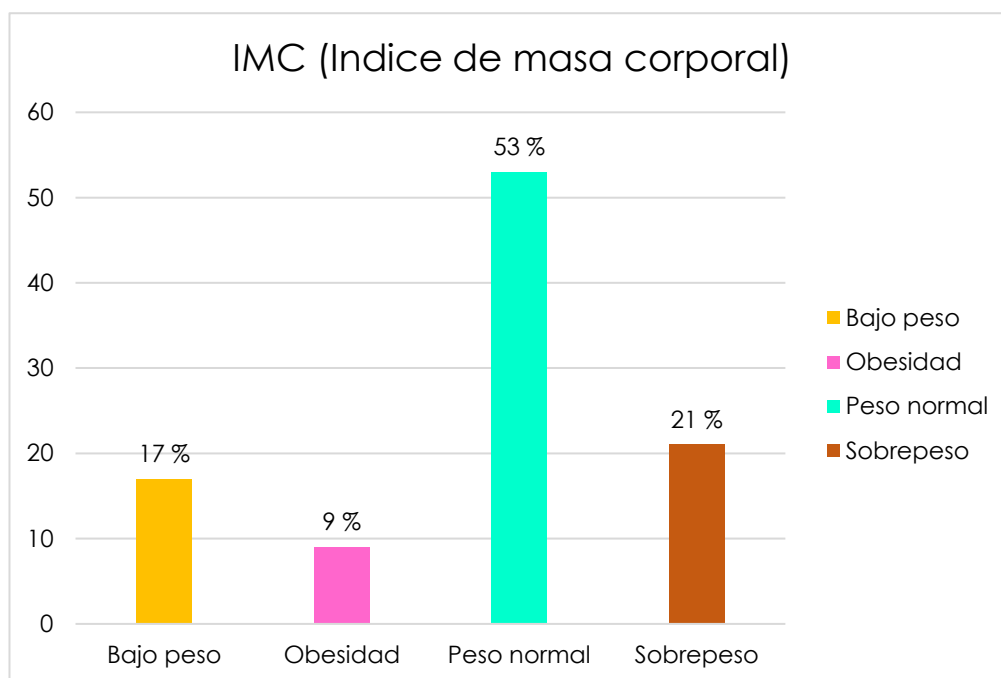


Figura 14. Índice de Masa Corporal

En la **Figura 14**, en lo que respecta al índice de masa corporal (IMC) de las madres, los datos revelan que el 53 % presenta un peso normal, representando así a la mayoría de la población estudiada. Un 21 % se encuentra en la categoría de sobrepeso, mientras que un 9 % alcanza el rango de obesidad. Por otro lado, un 17 % de las madres evidencia bajo peso, condición que también merece atención por sus posibles implicancias en la salud materna e infantil.

Dimensión 3

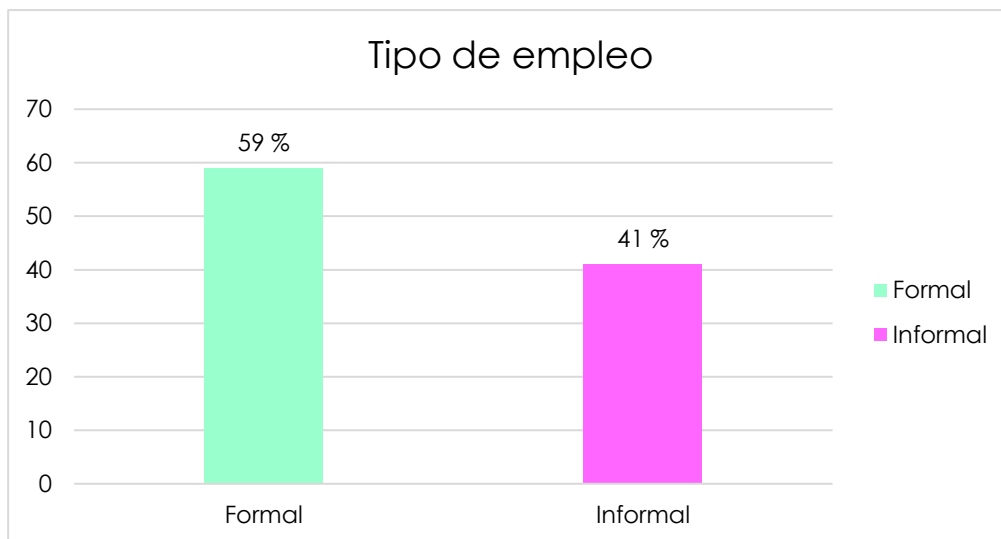


Figura 15. Tipo de empleo

En la **Figura 15**, en relación con el tipo de empleo de las madres, los datos muestran que un 59 % se encuentra ocupada en trabajos formales, mientras que un 41 % desarrolla actividades en el sector informal. Esta distribución indica que, aunque la mayoría de las madres accede a empleos con algún grado de protección laboral, una proporción considerable aún permanece en esquemas de trabajo carentes de derechos básicos como licencia por maternidad, estabilidad o seguro de salud.

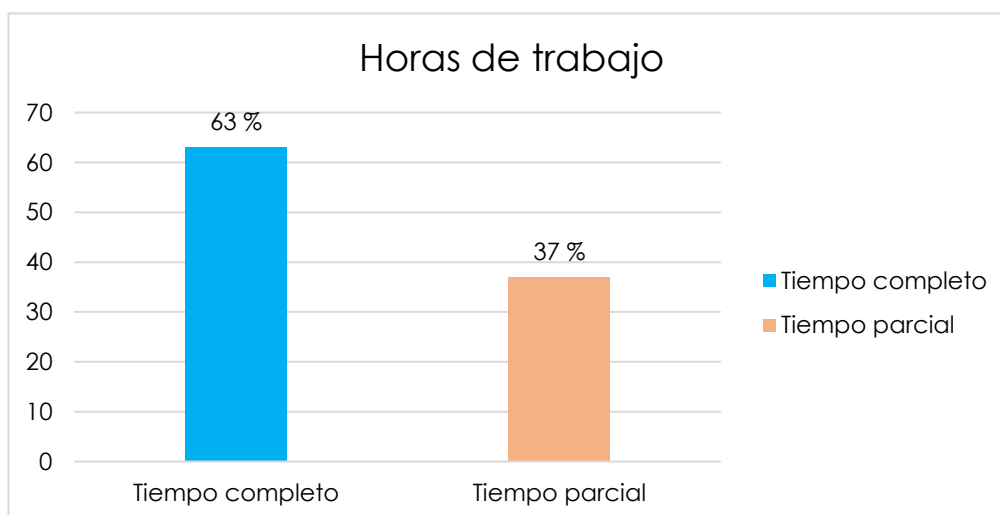


Figura 16. Horas de trabajo

En la **Figura 16**, en cuanto al número de horas de trabajo, el análisis revela que un 63 % de las madres labora a tiempo completo, mientras que un 37 % desempeña actividades a tiempo parcial. Esta distribución muestra que la

mayoría de las madres enfrenta jornadas laborales extensas, hecho que puede repercutir negativamente en su disponibilidad de tiempo para el cuidado y la alimentación directa de sus hijos.

Tabla 4. Factores Laborales

Variable	Estadísticas / Valores	Frecuencias (% de válidos)	Faltantes
Acceso a licencia por maternidad [factor]	1. Sí	53 (53,00 %)	0
	2. No	47 (47,00 %)	(0,00 %)
Retorno al trabajo después del parto [factor]	1. Inmediato	73 (73,00 %)	0
	2. Tardío	27 (27,00 %)	(0,00 %)
Flexibilidad laboral [factor]	1. Alta	34 (34,00 %)	0
	2. Media	55 (55,00 %)	(0,00 %)
	3. Baja	11 (11,00 %)	

En la **Tabla 4**, respecto al acceso a licencia por maternidad, los datos revelan que el 53 % de las madres encuestadas pudo beneficiarse de este derecho laboral, mientras que el 47 % no tuvo acceso a tal beneficio. Esta distribución, aunque muestra un leve predominio de quienes sí lograron obtener licencia, también refleja que casi la mitad de las madres enfrenta su maternidad sin respaldo formal de su entorno laboral. En cuanto al retorno al trabajo tras el parto, se evidencia que un 73 % de las madres retoma sus actividades laborales de manera inmediata, mientras que solamente el 27 % pudo hacerlo de manera tardía. Esta notable diferencia sugiere que, para la gran mayoría, la reincorporación laboral ocurre en etapas muy tempranas del puerperio, lo cual puede comprometer de manera significativa el establecimiento y la continuidad de la lactancia materna y, respecto a la flexibilidad laboral percibida por las madres, se observa que un 55 % reporta un nivel de flexibilidad media, mientras que un 34 % refiere contar con alta flexibilidad en su entorno de trabajo. En contraste, apenas un 11 % manifiesta disponer de baja flexibilidad. Esta distribución muestra que, aunque la mayoría de las madres encuentra cierto margen de maniobra para adaptar sus responsabilidades laborales, no todas gozan de condiciones ideales para compatibilizar trabajo y cuidado infantil.

Duración de la lactancia materna

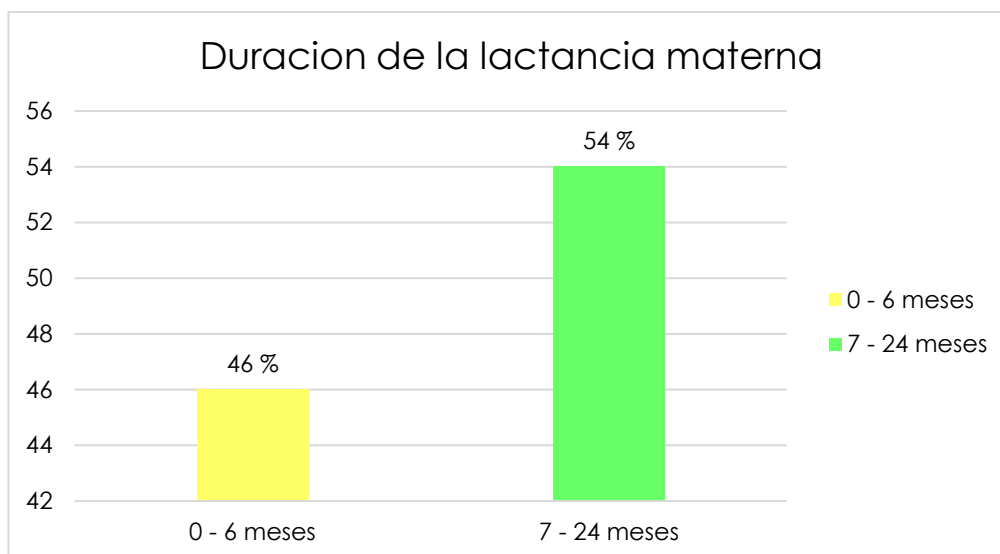


Figura 17. Duración de la lactancia materna

En la **Figura 17**, al analizar la duración de la lactancia materna entre los niños menores de dos años atendidos en el Puesto de Salud de Hualhuas durante el año 2024, se observa que un 54 % de las madres logran extender la lactancia más allá de los 6 meses, alcanzando periodos que llegan hasta los 24 meses. En contraste, un 46 % de las madres amamanta a sus hijos por un periodo de 0 a 6 meses.

Tabla 5. Duración de la lactancia materna y peso para la edad

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Peso para la edad				
Sobrepeso		19 (82,6 %)	4 (17,4 %)	23 (100,0 %)
Normal		23 (34,3 %)	44 (65,7 %)	67 (100,0 %)
Bajo peso		4 (40,0 %)	6 (60,0 %)	10 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0 %)

En la **Tabla 5**, al analizar la relación entre el peso para la edad y la duración de la lactancia materna, se observan diferencias claras en los patrones de amamantamiento según el estado nutricional del niño. En el grupo de niños con sobrepeso, una amplia mayoría, el 82,6 %, recibe lactancia materna por un periodo de 0 a 6 meses, mientras que solo el 17,4 % continúa amamantándose entre 7 a 24 meses. Este hallazgo sugiere que, en casos de sobrepeso infantil, la

lactancia tiende a ser más breve, lo que podría obedecer a intervenciones tempranas, modificaciones dietéticas recomendadas o a percepciones culturales sobre el manejo del peso infantil.

Por otro lado, entre los niños con peso normal, el patrón es inverso: apenas el 34,3 % recibe lactancia por 0 a 6 meses, mientras que un 65,7 % prolongó el amamantamiento hasta entre 7 y 24 meses. Esto evidencia que alcanzar un peso normal parece estar más asociado a una lactancia sostenida en el tiempo, de acuerdo con los estándares promovidos por las autoridades sanitarias. Respecto a los niños con bajo peso, el 40,0 % tiene una duración de lactancia de 0 a 6 meses, mientras que el 60 % logra mantenerla más allá de los seis meses. Aunque el número de casos en esta categoría es más reducido, esta distribución sugiere que una parte importante de los niños con bajo peso también recibe lactancia prolongada, posiblemente como respuesta a estrategias de recuperación nutricional implementadas por las madres o los servicios de salud.

Metodológicamente, esta tabla bivariada permite visualizar tendencias preliminares que serán contrastadas de manera inferencial en etapas posteriores, utilizando la prueba de Chi-cuadrado para evaluar si estas diferencias observadas son atribuibles al azar o reflejan asociaciones reales. Contextualmente, en el entorno social y geográfico de Hualhuas, estas variaciones en el peso y en la duración de la lactancia materna deben ser entendidas en función de factores culturales, económicos y de acceso a servicios de salud que caracterizan a la comunidad en el año 2024.

Tabla 6. Duración de la lactancia materna y peso para la talla

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Peso para la talla				
Obesidad		13 (86,7 %)	2 (13,3 %)	15 (100,0 %)
Sobrepeso		23 (88,5 %)	3 (11,5 %)	26 (100,0 %)
Normal		8 (14,8 %)	46 (85,2 %)	54 (100,0 %)
Bajo peso		2 (40,0 %)	3 (60,0 %)	5 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0 %)

En la **Tabla 6**, al explorar la relación entre el peso para la talla y la duración de la lactancia materna, se observa una marcada diferencia en los patrones de

amamantamiento según la categoría nutricional del niño. Dentro del grupo de niños con obesidad, el 86,7 % recibe lactancia materna solo durante los primeros 0 a 6 meses, en tanto que apenas el 13,3 % logra extender la lactancia entre 7 y 24 meses. Esta tendencia también se repite de manera muy similar en los niños con sobrepeso, donde el 88,5 % tiene lactancia limitada a los primeros seis meses y solo el 11,5 % prolonga la práctica.

Por el contrario, entre los niños con peso normal, el patrón se invierte radicalmente: apenas un 14,8 % recibe lactancia materna de corta duración, mientras que el 85,2 % mantiene el amamantamiento más allá de los seis meses. Esta distribución sugiere que un peso normal en la infancia temprana está fuertemente relacionado con la continuidad de la lactancia materna, cumpliendo así con las recomendaciones de salud pública. Respecto a los niños con bajo peso, se observa que el 40 % recibe lactancia corta y el 60 % prolongada. Aunque esta categoría representa el grupo más pequeño en tamaño, la tendencia favorece la lactancia prolongada, posiblemente como estrategia natural o recomendada para mejorar el estado nutricional.

Desde una perspectiva metodológica, esta tabla bivariada ofrece una evidencia preliminar clara de diferencias entre los grupos, lo cual fundamenta la necesidad de aplicar la prueba de Chi-cuadrado para confirmar si existe una asociación estadísticamente relevante. Contextualmente, en el espacio social y geográfico de Hualhuas, los patrones observados podrían estar influidos por conocimientos populares sobre nutrición infantil, prácticas culturales y el acceso diferencial a orientación sanitaria. Temporalmente, los datos recogen realidades correspondientes al año 2024, en un entorno donde las dinámicas de nutrición infantil todavía enfrentaban desafíos de transición epidemiológica.

Tabla 7. Duración de la lactancia materna y talla para la edad

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Talla para la edad				
Normal		14 (60,9 %)	9 (39,1 %)	23 (100,0 %)
Talla baja		26 (38,2 %)	42 (61,8 %)	68 (100,0 %)
Talla baja severa		6 (66,7 %)	3 (33,3 %)	9 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0 %)

En la **Tabla 7**, el análisis bivariado entre la talla para la edad y la duración de la lactancia materna muestra patrones diferenciados en función del estado de crecimiento lineal de los niños. En el grupo de niños con talla normal, el 60,9 % recibe lactancia por un periodo de 0 a 6 meses, mientras que el 39,1 % logra prolongar el amamantamiento entre 7 y 24 meses. Esta tendencia indica que, en los niños con estatura adecuada, la práctica de lactancia prolongada es menos frecuente que la interrupción temprana, lo cual podría estar relacionado con una percepción materna de menor necesidad de prolongar la alimentación natural al observar un crecimiento aparentemente satisfactorio.

Entre los niños con talla baja, se advierte un comportamiento distinto: solo el 38,2 % recibe lactancia de corta duración, mientras que el 61,8 % mantiene el amamantamiento más allá de los seis meses. Este patrón sugiere que la presencia de talla baja pudo actuar como un estímulo para prolongar la lactancia, ya sea como respuesta materna natural o como parte de intervenciones nutricionales y de salud dirigidas desde los servicios sanitarios locales. Por su parte, los niños con talla baja severa presentan un comportamiento menos homogéneo: el 66,7 % recibe lactancia corta, mientras que el 33,3 % la prolonga. Esta distribución refleja que, en casos de desnutrición severa, múltiples factores como hospitalizaciones, complicaciones médicas o dificultades de alimentación podrían interferir en la capacidad de las madres para sostener la lactancia en el tiempo.

Metodológicamente, este cruce de variables aporta una visión importante sobre cómo el estado nutricional crónico infantil puede modular la duración de la lactancia, reforzando la necesidad de aplicar análisis inferenciales como la prueba de chi-cuadrado para confirmar asociaciones. Desde una perspectiva contextual, la comunidad de Hualhuas presenta características socioeconómicas y sanitarias que podrían explicar tanto la alta prevalencia de talla baja como las estrategias compensatorias en la alimentación infantil. Temporalmente, los resultados corresponden al año 2024, un periodo donde los esfuerzos para erradicar la desnutrición crónica infantil en el Perú se encontraban en curso, pero con resultados desiguales entre zonas urbanas y rurales.

Tabla 8. Duración de la lactancia materna y vía de parto

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Vía de parto				
Parto vaginal		24 (37,5 %)	40 (62,5 %)	64 (100,0 %)
Cesárea		22 (61,1 %)	14 (38,9 %)	36 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0 %)

En la **tabla 8**, el análisis bivariado entre la vía de parto y la duración de la lactancia materna muestra diferencias notables en los patrones de amamantamiento según el tipo de nacimiento.

Entre los niños nacidos por parto vaginal, se observa que apenas el 37,5 % recibe lactancia durante 0 a 6 meses, mientras que un 62,5 % mantiene la lactancia de 7 a 24 meses. Esta tendencia sugiere que el parto vaginal podría favorecer condiciones más propicias para un amamantamiento prolongado, probablemente debido a un establecimiento más temprano del vínculo madre-hijo y a una recuperación física más rápida de la madre.

En contraste, entre los niños nacidos por cesárea, el 61,1 % recibe lactancia materna solo durante los primeros seis meses, mientras que el 38,9 % logra prolongar el amamantamiento más allá. Esta distribución refleja que el nacimiento por cesárea podría representar una barrera para el sostenimiento de la lactancia materna, ya sea por dificultades en el inicio del amamantamiento, por complicaciones postquirúrgicas o por una menor facilidad en la instauración del contacto precoz piel a piel.

Desde el punto de vista metodológico, esta relación bivariada respalda la importancia de la vía de parto como un posible factor asociado a la duración de la lactancia materna, lo cual será confirmado o descartado mediante la prueba de Chi-cuadrado. Contextualmente, en la comunidad de Hualhuas, donde los partos por cesárea suelen realizarse en hospitales referenciales y no siempre bajo un modelo de parto humanizado, las diferencias en la duración de la lactancia se amplifican. Temporalmente, el año 2024 representa un momento en el que las políticas de promoción del parto vaginal y del contacto precoz todavía enfrentaban desafíos en su implementación plena a nivel nacional y local.

Tabla 9. Duración de la lactancia materna y peso de nacimiento

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Peso de nacimiento				
Macrosómico		22 (91,7 %)	2 (8,3 %)	24 (100,0 %)
Normal		13 (22,0 %)	46 (78,0 %)	59 (100,0 %)
Bajo peso		4 (50,0 %)	4 (50,0 %)	8 (100,0 %)
Muy bajo peso		3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)
Extremadamente bajo		4 (66,7 %)	2 (33,3 %)	6 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0%)

En la **tabla 9**, al analizar la relación entre el peso de nacimiento y la duración de la lactancia materna, emergen patrones muy contrastados entre las distintas categorías de peso neonatal.

Dentro del grupo de niños macrosómicos, el 91,7 % recibe lactancia materna durante los primeros 0 a 6 meses, mientras que solo el 8,3 % logra extenderla entre 7 y 24 meses. Este dato evidencia que el peso excesivo al nacer podría estar relacionado con una interrupción más temprana de la lactancia, posiblemente debido a percepciones maternas de autosuficiencia nutricional o a recomendaciones médicas para controlar el riesgo de sobrepeso posterior.

Por el contrario, entre los niños con peso normal, la tendencia se invierte: apenas el 22,0 % recibe lactancia breve y un abrumador 78,0 % mantiene el amamantamiento durante periodos prolongados. Este patrón sugiere que un nacimiento con peso normal favorece el cumplimiento de las recomendaciones sobre lactancia extendida.

En el caso de los niños con bajo peso, la distribución es equilibrada: un 50,0 % tiene lactancia corta y el otro 50,0 % prolongado. Este equilibrio podría reflejar la influencia de factores clínicos y sociales divergentes en este subgrupo vulnerable.

Respecto a los niños con muy bajo peso, la totalidad (100,0 %) recibe lactancia solamente durante los primeros seis meses, lo que podría estar relacionado con complicaciones médicas, hospitalizaciones prolongadas o dificultades fisiológicas para el amamantamiento. Asimismo, en los casos de extremadamente bajo peso, el 66,7 % recibe lactancia breve y apenas un 33,3 %

prolongada, perfil que refuerza las dificultades asociadas al manejo nutricional de neonatos extremadamente prematuros o severamente comprometidos.

Metodológicamente, la evidencia bivariada apunta a la existencia de asociaciones relevantes entre el peso al nacer y la duración del amamantamiento, lo que se confirmará a través de pruebas inferenciales. Contextualmente, estos resultados deben comprenderse en el marco de Hualhuas, donde las condiciones perinatales y los recursos de cuidado neonatal especializado pueden ser limitados. Temporalmente, la información corresponde al año 2024, periodo donde los esfuerzos por mejorar el manejo integral de recién nacidos de bajo peso o macrosómicos aún enfrentaban desafíos importantes a nivel local y regional.

Tabla 10. Duración de la lactancia materna y contacto precoz piel a piel neonato-madre

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Contacto precoz piel a piel neonato madre				
Sí		20 (28,6 %)	50 (71,4 %)	70 (100,0 %)
No		26 (86,7 %)	4 (13,3 %)	30 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0%)

En la **tabla 10**, el análisis de la relación entre el contacto precoz piel a piel entre neonato y madre y la duración de la lactancia materna revela diferencias contundentes entre los grupos.

En los casos donde se realiza contacto precoz, el 71,4 % de los niños logra mantener la lactancia materna entre 7 y 24 meses, mientras que solo el 28,6 % recibe lactancia de corta duración (0 a 6 meses). Este hallazgo evidencia la importancia del contacto inmediato posnatal como un factor que favorece la instauración y la continuidad de la lactancia materna, en línea con lo que diversas investigaciones internacionales han establecido como una práctica promotora de vínculos sólidos y éxito en el amamantamiento.

En contraste, entre los niños que no reciben contacto precoz, la distribución es inversa: el 86,7 % recibe lactancia materna únicamente durante los primeros seis meses, y apenas el 13,3 % logra prolongarla más allá de ese periodo.

Esta tendencia resalta las dificultades que puede implicar no favorecer el contacto temprano, tanto a nivel fisiológico como emocional, para establecer una lactancia sostenida.

Desde el punto de vista metodológico, esta evidencia bivariada sugiere una fuerte asociación entre la presencia del contacto precoz piel a piel y la duración de la lactancia, relación que deberá ser corroborada mediante la prueba de Chi-cuadrado. Contextualmente, en el entorno social y geográfico de Hualhuas, la implementación de prácticas de parto humanizado aún enfrenta barreras estructurales y culturales, lo que explica las diferencias observadas. Temporalmente, los resultados corresponden al año 2024, periodo en el cual, a pesar de la promoción de estas prácticas a nivel de política pública, su ejecución efectiva seguía presentando variabilidad significativa en función de los recursos disponibles y las capacitaciones del personal de salud.

Tabla 11. Duración de la lactancia materna y consumo de fórmula láctea durante los 3 primeros días de vida

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Consumo de fórmula láctea durante los 3 primeros días de vida				
Sí		23 (92,0 %)	2 (8,0 %)	25 (100,0 %)
No		23 (30,7 %)	52 (69,3 %)	75 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0%)

En la **tabla 11**, al analizar la relación entre el consumo de fórmula láctea durante los tres primeros días de vida y la duración de la lactancia materna, los resultados revelan contrastes contundentes que reflejan la importancia crítica de las prácticas de alimentación neonatal temprana.

Entre los niños que sí consumen fórmula en los primeros días, el 92 % recibe lactancia materna solamente entre 0 y 6 meses, mientras que apenas un 8 % logra mantener la lactancia más allá de los seis meses. Esta tendencia sugiere que la introducción temprana de fórmula podría debilitar la instauración de la lactancia natural, posiblemente por interferencias en el estímulo de producción láctea, alteraciones en el patrón de succión o cambios en la percepción materna sobre la suficiencia de su leche.

En cambio, entre aquellos que no reciben fórmula en los primeros días, solo el 30,7 % interrumpe la lactancia antes de los seis meses, mientras que un 69,3 % logra extender la lactancia hasta los 24 meses o más allá de los seis meses, consolidando un patrón de amamantamiento prolongado.

Estos hallazgos respaldan sólidamente la hipótesis de que evitar la suplementación temprana favorece la consolidación de la lactancia materna, en línea con las recomendaciones de organizaciones internacionales como la OMS y UNICEF, que promueven la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Desde un enfoque metodológico, esta relación bivariada pone en evidencia la fuerza del consumo de fórmula como un factor de riesgo para la duración acortada de la lactancia, lo cual será corroborado estadísticamente mediante la prueba de chi-cuadrado. Contextualmente, en la comunidad de Hualhuas, donde el acceso a información y apoyo para la lactancia materna puede ser variable, estas diferencias son especialmente significativas. Temporalmente, los resultados pertenecen al año 2024, cuando las políticas de hospital amigo de la madre y el niño ya estaban instauradas en teoría, pero su implementación efectiva aún enfrentaba limitaciones reales en muchos establecimientos de salud locales.

Tabla 12. Duración de la lactancia materna y tipo de empleo

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Tipo de empleo				
Formal		18 (30,5 %)	41 (69,5 %)	59 (100,0 %)
Informal		28 (68,3 %)	13 (31,7 %)	41 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0 %)

En la **tabla 12**, el análisis de la relación entre el tipo de empleo de la madre y la duración de la lactancia materna evidencia diferencias notables que reflejan el impacto de las condiciones laborales sobre las prácticas de amamantamiento.

Entre las madres con empleo formal, solo el 30,5 % interrumpe la lactancia antes de los seis meses, mientras que el 69,5 % logra mantenerla entre 7 y 24 meses. Este patrón sugiere que contar con un trabajo formal, que generalmente ofrece

beneficios como licencia por maternidad, horarios más regulados y condiciones laborales estables, facilita la prolongación de la lactancia materna.

En contraste, entre las madres con empleo informal, un 68,3 % interrumpe la lactancia en los primeros seis meses y solo un 31,7 % logra sostenerla más allá. Esta situación refleja que la falta de estabilidad laboral, la ausencia de protección social y la presión económica inmediata afectan negativamente la posibilidad de sostener prácticas óptimas de amamantamiento.

Desde un enfoque metodológico, esta asociación resalta la importancia de considerar las condiciones laborales como determinantes sociales fundamentales de la salud materno-infantil. Contextualmente, en Hualhuas, donde la informalidad laboral sigue teniendo una presencia importante, estos hallazgos llaman la atención sobre la necesidad de políticas específicas de apoyo a la maternidad trabajadora. Temporalmente, los datos reflejan el contexto del año 2024, en un escenario donde las iniciativas de formalización laboral y de promoción de derechos laborales maternos estaban en proceso de consolidación, pero con desafíos importantes en su implementación real a nivel local.

Tabla 13. Duración de la lactancia materna y horas de trabajo

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Horas de trabajo				
Tiempo completo		17 (27,0 %)	46 (73,0 %)	63 (100,0 %)
Tiempo parcial		29 (78,4 %)	8 (21,6 %)	37 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0%)

En la **tabla 13**, al analizar la relación entre el número de horas de trabajo de la madre y la duración de la lactancia materna, se identifican diferencias relevantes en los patrones de amamantamiento según la carga horaria laboral.

Entre las madres que trabajan a tiempo completo, apenas el 27,0 % interrumpe la lactancia antes de los seis meses, mientras que el 73,0 % logra prolongarla entre 7 y 24 meses. Este resultado, que puede parecer contraintuitivo, sugiere que aquellas mujeres que mantienen empleos de jornada completa y

logran organizar su tiempo o acceden a medidas de conciliación laboral pueden sostener la práctica del amamantamiento de manera exitosa.

Por el contrario, entre las madres con empleo a tiempo parcial, el 78,4 % interrumpe la lactancia tempranamente y solo el 21,6 % la prolonga. Esta tendencia podría indicar que, en este grupo, las condiciones de informalidad, la inestabilidad laboral o la necesidad de combinar múltiples empleos de baja remuneración terminan dificultando la continuidad de la lactancia, a pesar de contar teóricamente con menos horas de trabajo.

Desde un enfoque metodológico, esta variable permite comprender que no es solo la cantidad de horas trabajadas la que condiciona la lactancia, sino también la calidad del empleo y la existencia de políticas de apoyo en el entorno laboral. Contextualmente, en Hualhuas, donde muchos trabajos a tiempo parcial corresponden a ocupaciones informales o precarias, estos resultados adquieren una importancia especial. Temporalmente, estos datos reflejan las dinámicas laborales observadas en el año 2024, en un contexto donde las estrategias de conciliación trabajo-familia aún no estaban plenamente implementadas a nivel local.

Tabla 14. Duración de la lactancia materna y acceso a licencia por maternidad

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Acceso a licencia por maternidad				
Sí		19 (35,8 %)	34 (64,2 %)	53 (100,0 %)
No		27 (57,4 %)	20 (42,6 %)	47 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0%)

En la **tabla 14**, el análisis de la relación entre el acceso a licencia por maternidad y la duración de la lactancia materna revela diferencias importantes que destacan el rol crucial de las políticas laborales en el sostenimiento del amamantamiento.

Entre las madres que sí accedieron a una licencia por maternidad, solo el 35,8 % interrumpe la lactancia antes de los seis meses, mientras que el 64,2 % logra mantenerla entre 7 y 24 meses. Esta distribución sugiere que la posibilidad de contar con un periodo protegido de tiempo posterior al parto favorece

significativamente la prolongación de la lactancia materna, permitiendo a las madres establecer de manera adecuada la práctica de amamantamiento exclusiva y sostenida.

En contraste, entre las madres que no tuvieron acceso a licencia por maternidad, el 57,4 % interrumpe la lactancia en los primeros seis meses y solo el 42,6 % consigue mantenerla de forma prolongada. Esta diferencia subraya las dificultades que enfrentan las madres sin este beneficio, quienes probablemente deben regresar rápidamente al trabajo y encuentran múltiples barreras para continuar amamantando.

Desde una perspectiva metodológica, esta asociación refuerza la importancia de considerar el acceso a derechos laborales en el análisis de los factores que afectan la duración de la lactancia. Contextualmente, en Hualhuas, donde el empleo informal aún predomina y los beneficios laborales no siempre están garantizados, los datos evidencian las inequidades existentes en el apoyo a la maternidad. Temporalmente, los resultados corresponden al año 2024, momento en el que las políticas de protección de la lactancia en el trabajo avanzaban normativamente, pero su aplicación práctica continuaba siendo un desafío en diversas regiones.

Tabla 15. Duración de la lactancia materna y retorno al trabajo después del parto

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Retorno al trabajo después del parto				
Inmediato		27 (37,0 %)	46 (63,0 %)	73 (100,0 %)
Tardío		19 (70,4 %)	8 (29,6 %)	27 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0%)

En la **tabla 15**, el análisis de la relación entre el momento del retorno al trabajo después del parto y la duración de la lactancia materna revela un patrón que, a primera vista, resulta llamativo y merece una reflexión más profunda.

Entre las madres que retornaron de manera inmediata al trabajo, el 37,0 % amamanta por 0 a 6 meses, mientras que el 63,0 % logra mantener la lactancia entre 7 y 24 meses. Este resultado sugiere que, a pesar del regreso precoz a sus

labores, una proporción significativa de madres logra organizar estrategias que les permiten sostener el amamantamiento, probablemente mediante extracciones de leche, horarios adaptados o apoyo familiar y laboral.

Por otro lado, entre las madres cuyo retorno al trabajo fue tardío, el 70,4 % interrumpe la lactancia antes de los seis meses, y solo el 29,6 % la prolonga. Esta tendencia, que contradice parcialmente la expectativa inicial, podría deberse a que muchas de estas madres, al permanecer más tiempo en casa, enfrentaron otros factores adversos como falta de apoyo social, agotamiento o dificultades económicas que afectaron su capacidad de sostener el amamantamiento a largo plazo.

Desde una perspectiva metodológica, estos hallazgos destacan la necesidad de analizar el retorno laboral no como una variable aislada, sino dentro de un marco más amplio que considere la calidad del empleo, el apoyo social y las condiciones personales de las madres. Contextualmente, en Hualhuas, donde las dinámicas laborales y familiares son diversas, estos resultados reflejan la complejidad de las realidades maternas en torno a la lactancia. Temporalmente, el estudio se sitúa en el año 2024, cuando, aunque existían políticas para favorecer el amamantamiento en el contexto laboral, su aplicación práctica aún dependía mucho de las condiciones específicas de cada madre.

Tabla 16. Duración de la lactancia materna y flexibilidad laboral

	Duración de la lactancia materna	0 - 6 meses	7 - 24 meses	Total
Flexibilidad laboral				
Alta		14 (41,2 %)	20 (58,8 %)	34 (100,0 %)
Media		27 (49,1 %)	28 (50,9 %)	55 (100,0 %)
Baja		5 (45,5 %)	6 (54,5 %)	11 (100,0 %)
Total		46 (46,0 %)	54 (54,0 %)	100 (100,0%)

En la **tabla 16**, el análisis de la relación entre el nivel de flexibilidad laboral y la duración de la lactancia materna muestra diferencias moderadas, aunque consistentes, que ayudan a entender el impacto de las condiciones de trabajo en las decisiones de amamantamiento.

Entre las madres que reportaron tener alta flexibilidad laboral, el 41,2 % amamanta por 0 a 6 meses, mientras que el 58,8 % logra mantener la lactancia

entre 7 y 24 meses. Este patrón indica que un entorno de trabajo adaptable favorece la posibilidad de prolongar la lactancia, permitiendo a las madres organizar su tiempo de manera más eficiente para atender las necesidades de sus hijos.

En las madres con flexibilidad media, la distribución fue similar: el 49,1 % interrumpe la lactancia temprano, mientras que el 50,9 % la extiende más allá de los seis meses. Aunque las tasas son menos favorables que en el grupo de alta flexibilidad, la tendencia sigue mostrando que una mayor capacidad de ajuste laboral contribuye positivamente al mantenimiento del amamantamiento.

Por su parte, las madres con baja flexibilidad laboral mostraron que el 45,5 % suspende la lactancia antes de los seis meses, mientras que el 54,5 % logra prolongarla. Aunque aquí el patrón no es tan marcado como podría esperarse, probablemente debido al reducido número de casos en este grupo, se sigue observando que mayores restricciones laborales tienden a asociarse con menores tasas de lactancia prolongada.

Desde un enfoque metodológico, esta relación destaca la importancia de analizar no solo la cantidad de horas trabajadas, sino también la calidad y adaptabilidad de las condiciones laborales al evaluar su impacto sobre la lactancia. Contextualmente, en Hualhuas, donde muchos trabajos carecen de reglamentaciones explícitas sobre horarios flexibles, estos hallazgos abren una línea de reflexión sobre la necesidad de avanzar en políticas de conciliación real entre empleo y maternidad. Temporalmente, los datos se inscriben en la realidad del año 2024, un momento en el cual la discusión sobre flexibilidad laboral comenzaba a adquirir mayor relevancia a nivel nacional, aunque su implementación efectiva seguía siendo parcial y desigual.

3.3. Contrastación de resultados

3.3.1. Contrastación de hipótesis mediante la prueba de Chi-cuadrado

1. Planteamiento de la hipótesis

H₀: No existe asociación significativa entre la variable 1 y la variable 2.

H₁: No existe asociación significativa entre la variable 1 y la variable 2.

2. Elección del nivel de significancia α :

Se establece un nivel de significancia $\alpha = 0.05$ (5 %).

El grado de confianza es 95 % o 0.95.

3. Cálculo del estadístico de prueba:

Se utiliza la prueba de chi-cuadrado (χ^2) de independencia, una herramienta estadística utilizada para determinar si existe una asociación significativa entre dos variables categóricas. Este método permite comparar las frecuencias observadas en una tabla de contingencia con las que se esperarían en caso de que no hubiera vínculo alguno entre dichas variables, es decir, si fuesen completamente independientes entre sí, bajo el supuesto de independencia la fórmula del estadístico χ^2 es:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde:

- O_{ij} : frecuencia observada en la celda de la fila i y la columna j .
- E_{ij} : frecuencia esperada en la celda de la fila i y la columna j , calculada como:

$$E_{ij} = \frac{(\text{Total de la fila } i) \times (\text{Total de la columna } j)}{\text{Total general}}$$

- Los grados de libertad (df) se calculan como:

$$df = (r - 1)(c - 1)$$

Donde:

- r : número de filas en la tabla de contingencia.
- c : número de columnas en la tabla de contingencia.

4. Determinación del valor p:

Se realizó el cálculo del valor p utilizando el software R con el IDE R Studio 2024.04.0-daily+603 "Chocolate Cosmos".

Resultados obtenidos:

Tabla 17. Modelo de contrastación de hipótesis

Medida	Valor
χ^2	valor Chi-cuadrado del test
p-value	valor p del test
df	grados de libertad ($df = (r - 1)(c - 1)$)

5. Toma de decisión:

Criterio de decisión:

- Si $p \leq \alpha$, se rechaza H_0 en favor de H_1
- Si $p > \alpha$, so se rechaza H_0

Interpretación:

Cuando se descarta la hipótesis nula, se interpreta que hay una relación estadísticamente relevante entre las variables categóricas evaluadas. En cambio, si no se logra rechazar dicha hipótesis, significa que no se cuenta con suficiente respaldo empírico para afirmar la existencia de un vínculo significativo entre las variables analizadas.

3.3.2. Contrastación de hipótesis específica 1:**1. Planteamiento de hipótesis**

H_0 : Los factores infantiles no están asociados significativamente a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.

H_1 : Los factores infantiles están asociados significativamente a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.

2. Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$ (5 %), con un grado de confianza: 95 %.

3. Cálculo del estadístico de prueba

Se utiliza la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con el objetivo de analizar la posible independencia entre cada una de las variables categóricas correspondientes a los factores infantiles y la práctica de la lactancia materna (presencia o ausencia de esta).

4. Resultados obtenidos

Los resultados del análisis en **R Studio** se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 18. Contrastación de la hipótesis específica 1

Indicador	χ^2	Valor p	Decisión ($\alpha = 0.05$)	Significativo
1	16.229	0.00030	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H_0	Sí
2	50.072	<0.00001	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H_0	Sí
3	5.245	0.07261	$p > \alpha \rightarrow$ No rechaza H_0	No
4	4.264	0.03893	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H_0	Sí
5	38.397	<0.00001	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H_0	Sí
6	26.242	<0.00001	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H_0	Sí
7	25.980	<0.00001	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H_0	Sí

5. Toma de decisión

Criterio de decisión:

- Si $p \leq \alpha$, se rechaza H_0 en favor de H_1
- Si $p > \alpha$, so se rechaza H_0

Interpretación:

El análisis estadístico evidencia que seis de los siete indicadores infantiles evaluados mantienen una relación significativa ($p < 0.05$) con el tiempo de duración de la lactancia materna en el Puesto de Salud de Hualhuas. Esto permite descartar la hipótesis nula y afirmar que los factores infantiles tienen un impacto relevante en dicha práctica. Entre los elementos con mayor influencia se destacan: el peso según la edad, el peso en relación con la talla, la modalidad del parto, el peso al nacer, el contacto temprano piel a piel y la administración de fórmula en los primeros días de vida. De manera específica, el peso en proporción a la talla ($\chi^2=50.072$) y el peso al nacer ($\chi^2=38.397$) resultan ser los indicadores más determinantes. En contraste, la talla en función de la edad ($p=0.073$) no muestra una relación significativa en este escenario particular.

3.3.3. Contrastación de hipótesis específica 2

1. Planteamiento de hipótesis

H_0 : Los factores maternos no están asociados significativamente a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.

H₁: Los factores maternos están asociados significativamente a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.

2. Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$ (5 %), con un Grado de confianza: 95 %.

3. Cálculo del estadístico de prueba

Se aplicó la prueba χ^2 de Pearson para evaluar la independencia entre cada indicador de factores infantiles (variables categóricas) y la lactancia materna (sí/no).

4. Resultados obtenidos

Los resultados del análisis en **R Studio** se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 19. Contrastación de la hipótesis específica 2

Indicador	χ^2	Valor p	Decisión ($\alpha = 0.05$)	Significativo
8	19.310	0.00006	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H_0	Sí
9	6.804	0.00910	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H_0	Sí
10	6.165	0.01303	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H_0	Sí
11	5.588	0.01809	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H_0	Sí
12	1.340	0.24695	$p > \alpha \rightarrow$ No rechaza H_0	No
13	24.160	0.00002	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H_0	Sí

5. Toma de decisión

Criterio de decisión:

- Si $p \leq \alpha$, se rechaza H_0 en favor de H_1
- Si $p > \alpha$, so se rechaza H_0

Interpretación:

El análisis estadístico ha permitido identificar que cinco de los seis indicadores relacionados con las características maternas mantienen una asociación significativa ($p < 0.05$) con el tiempo de lactancia materna en las usuarias del Puesto de Salud de Hualhuas. Estos resultados respaldan la hipótesis de que ciertos elementos del perfil de la madre influyen directamente en la continuidad de esta práctica. Las variables que muestran mayor relevancia fueron

la edad materna, el nivel de instrucción alcanzado, la condición conyugal, la ubicación geográfica de residencia y el índice de masa corporal (IMC), destacando este último ($\chi^2 = 24.160$) junto con la edad ($\chi^2 = 19.310$) como los de mayor peso estadístico. Estos hallazgos sugieren que tanto el estado nutricional de la mujer como su momento vital pueden ser determinantes en la duración del amamantamiento. En contraposición, el nivel de ingresos mensuales no muestra una relación significativa ($p = 0.24695$), lo que difiere de los resultados observados en investigaciones extranjeras donde sí se le reconoce como un factor clave. Esta discrepancia podría explicarse por las particularidades sociales y económicas de la comunidad analizada, donde otras variables podrían tener mayor influencia en la continuidad de la lactancia.

3.3.4. Contrastación de hipótesis específica 3

1. Planteamiento de hipótesis

H₀: Los factores laborales están asociados significativamente a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.

H₁: Los factores laborales no están asociados significativamente a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.

2. Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$ (5 %), con un Grado de confianza: 95 %.

3. Cálculo del estadístico de prueba

Se aplicó la prueba χ^2 de Pearson para evaluar la independencia entre cada indicador de factores infantiles (variables categóricas) y la lactancia materna (sí/no).

4. Resultados obtenidos

Tabla 20. Contrastación de la hipótesis específica 3

14	12.423	0.00042	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H ₀	Sí
15	22.761	<0.00001	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H ₀	Sí
16	3.849	0.04978	$p \leq \alpha \rightarrow$ Rechaza H ₀	Sí
17	7.550	0.00600	$p < \alpha \rightarrow$ Rechaza H ₀	Sí
18	0.531	0.76670	$p > \alpha \rightarrow$ No rechaza H ₀	No

5. Toma de decisión

Criterio de decisión:

- Si $p \leq \alpha$, se rechaza H_0 en favor de H_1
- Si $p > \alpha$, so se rechaza H_0

Interpretación:

El procesamiento estadístico de los datos evidencia que cuatro de los cinco indicadores laborales considerados presentan una asociación significativa ($p < 0.05$) con la duración de la lactancia materna en las usuarias atendidas en el Puesto de Salud de Hualhuas, lo que respalda la hipótesis de que las condiciones laborales influyen directamente en esta práctica. Entre las variables más determinantes se encuentran el tipo de empleo, la cantidad de horas laborales, la posibilidad de acceder a una licencia por maternidad, así como el momento en que se produce el retorno al trabajo tras el parto. Particularmente, las horas de trabajo ($\chi^2 = 22.761$) y la naturaleza del empleo ($\chi^2 = 12.423$) fueron los factores con mayor peso estadístico, indicando que jornadas extensas o empleos informales pueden interferir negativamente en la continuidad de la lactancia. Por otro lado, la flexibilidad laboral no muestra una relación significativa en este contexto ($p = 0.76670$), lo cual contrasta con la evidencia encontrada en investigaciones previas realizadas en zonas urbanas o contextos con mejores condiciones estructurales. Estos hallazgos sugieren que, en realidades como la de Hualhuas, otros elementos asociados a la precariedad laboral pueden tener mayor incidencia que la flexibilidad misma, y deben ser considerados al diseñar políticas de apoyo a la lactancia materna.

Discusión

En relación con el **objetivo general** del estudio los resultados permiten comprender de manera integral los factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Puesto de Salud de Hualhuas, revelando una interacción compleja entre factores infantiles, maternos y laborales que determinan la continuidad de esta práctica. Los hallazgos demuestran que la lactancia materna no depende únicamente de aspectos biológicos o individuales, sino que está profundamente influenciada por el entorno sociocultural, económico y laboral en el que se desenvuelven las madres y sus hijos. Por un lado, los factores infantiles, como el peso al nacer, el contacto piel a piel y la modalidad del parto, emergieron como determinantes críticos, alineándose con las bases teóricas de la OMS (12) y los antecedentes de Zorrilla et al. (6), que destacan cómo las condiciones perinatales y el estado nutricional del niño impactan directamente en la capacidad de la madre para sostener la lactancia. Sin embargo, la falta de significancia en la talla según la edad sugiere que, en este contexto rural, otros factores contextuales podrían modular su influencia, como el acceso limitado a controles de crecimiento o la percepción materna sobre el desarrollo infantil. Por otro lado, los factores maternos, como la edad, el nivel educativo, el estado conyugal y el IMC, refuerzan la idea de que el perfil sociodemográfico y el estado de salud de la madre son clave para entender la duración de la lactancia. La edad materna y el IMC, en particular, muestran una asociación robusta, lo que coincide con estudios previos que vinculan la madurez fisiológica y emocional de la madre con una lactancia más prolongada (7). Sin embargo, la ausencia de significancia en el nivel de ingresos (a diferencia de lo reportado en contextos urbanos) refleja las particularidades de Hualhuas, donde el apoyo comunitario y las redes familiares podrían compensar las limitaciones económicas. Finalmente, los factores laborales revelan cómo las condiciones de empleo, especialmente las jornadas extensas y la informalidad, actúan como barreras estructurales para la lactancia, mientras que la flexibilidad laboral, aunque teóricamente beneficiosa, no mostró impacto en este contexto, posiblemente por la precariedad generalizada del mercado laboral local. Estos resultados, en conjunto, subrayan la necesidad de diseñar intervenciones multifactoriales que aborden no solo los aspectos biológicos y educativos, sino también las condiciones laborales y sociales, garantizando así un entorno que favorezca la lactancia materna como práctica sostenible y protegida. En conjunto, estos hallazgos coinciden con los antecedentes de Yamunaque et al.

(8) y Villarreal et al. (9) , quienes destacaron la importancia de un enfoque integral que considere tanto los aspectos biológicos como los socioculturales y laborales para promover la lactancia materna en contextos rurales.

En relación con el **primer objetivo específico**, los resultados demuestran que seis de los siete indicadores infantiles evaluados (el peso según la edad, el peso en relación con la talla, la modalidad del parto, el peso al nacer, el contacto temprano piel a piel y la administración de fórmula en los primeros días de vida) mantienen una asociación significativa ($p < 0.05$) con la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años. Esto significa que el peso en proporción a la talla ($\chi^2=50.072$) y el peso al nacer ($\chi^2=38.397$) son los indicadores más determinantes, ya que, según las bases teóricas de la OMS (12), un peso inadecuado puede reflejar dificultades en la succión o una percepción materna de insuficiencia láctea, lo que lleva a un abandono temprano de la lactancia. Este hallazgo es importante porque estos parámetros son señales tempranas de riesgo nutricional y pueden usarse para priorizar intervenciones en salud infantil, como el monitoreo nutricional o el apoyo en técnicas de lactancia. Además, el contacto piel a piel y la modalidad del parto influyen en el establecimiento exitoso de la lactancia, ya que, como respaldan los estudios de Villarreal et al. (9), el contacto temprano promueve la liberación de oxitocina, esencial para la eyección de leche, mientras que las cesáreas pueden retrasar el inicio de la lactancia. Esto es relevante porque son factores modificables mediante políticas hospitalarias, como la promoción del contacto piel a piel inmediato en todos los partos. Por otro lado, la administración de fórmula en los primeros días interfiere con la producción de leche materna, generando un círculo vicioso de suplementación, lo que coincide con los hallazgos de Ortega et al. (10), quienes destacaron que la introducción temprana de fórmulas es un factor de riesgo para el abandono precoz de la lactancia. Esto subraya la necesidad de educar a las madres sobre los riesgos de la introducción temprana de fórmulas y fortalecer el apoyo en los primeros días postparto. La excepción en este análisis es la talla según la edad ($p=0.073$), que no muestra significancia estadística, lo que sugiere que, en este contexto, otros factores como el peso o el estado nutricional general son más relevantes, indicando que las intervenciones deben enfocarse en indicadores con mayor impacto comprobado, como respaldan las bases teóricas del Ministerio de Salud, que señalan que la talla según la edad es menos determinante en contextos con acceso limitado a controles de crecimiento. En conjunto, estos resultados coinciden con los antecedentes de Zorrilla et al. (6), quienes

encontraron que la falta de contacto piel a piel inmediato y la administración de líquidos distintos a la leche materna en los primeros días reducen significativamente la duración de la lactancia, reforzando la importancia de intervenciones tempranas y basadas en evidencia.

Respecto al **segundo objetivo específico**, los resultados de esta investigación revelan que cinco de los seis indicadores maternos evaluados (la edad, el nivel de instrucción, la condición conyugal, la ubicación geográfica de residencia y el índice de masa corporal (IMC)) presentan una asociación significativa ($p < 0.05$) con la duración de la lactancia materna. Esto significa que el IMC ($\chi^2=24.160$) y la edad materna ($\chi^2=19.310$) son los factores más influyentes, ya que, según González (32), un IMC alto puede asociarse a complicaciones metabólicas que afectan la producción de leche, mientras que la edad refleja madurez fisiológica y emocional, como también lo destacó Jaramillo (7) en su estudio sobre madres adolescentes. Este resultado es crucial porque estos factores pueden identificarse tempranamente en controles prenatales para ofrecer apoyo personalizado, como asesoría nutricional o psicológica. Además, el nivel educativo y el estado conyugal influyen en la toma de decisiones sobre lactancia, ya que, como señalaron Villarreal et al. (9), madres con menor educación o sin pareja estable pueden enfrentar barreras como falta de información o apoyo emocional, lo que destaca la necesidad de programas educativos y redes de apoyo comunitario. La ubicación geográfica, por su parte, sugiere que, en zonas rurales como Hualhuas, las redes familiares y culturales pueden favorecer la lactancia, compensando limitaciones económicas, lo que coincide con los hallazgos de Zorrilla et al. (6), quienes resaltaron la importancia del entorno social en la continuidad de la lactancia. Esto permite diseñar estrategias que aprovechen estos recursos comunitarios, como talleres de lactancia liderados por madres con experiencia. Sin embargo, el nivel de ingresos mensuales ($p=0.24695$) no mostró una relación significativa, lo que, a diferencia de lo reportado en contextos urbanos por Ortega et al. (10), indica que, en este contexto, el apoyo social y familiar es más determinante que el ingreso económico, justificando enfocar las intervenciones en fortalecer redes comunitarias en lugar de solo subsidios económicos, como sugieren las bases teóricas de la OMS (12). En conjunto, estos resultados se alinean con los antecedentes de Yamunaque et al. (8), quienes encontraron que la residencia en zonas rurales y el parto vaginal favorecen una lactancia más prolongada, reforzando la importancia de un

enfoque integral que considere tanto los aspectos biológicos como los socioculturales.

En relación con el **tercer objetivo específico**, los resultados de esta investigación demuestran que cuatro de los cinco indicadores laborales evaluados (el tipo de empleo, la cantidad de horas laborales, el acceso a licencia por maternidad y el momento del retorno al trabajo) están significativamente asociados ($p < 0.05$) con la duración de la lactancia materna. Esto significa que las horas de trabajo ($\chi^2=22.761$) y la naturaleza del empleo ($\chi^2=12.423$) son los factores más críticos, ya que, como señalan Vilar-Compte, et al. (40), jornadas extensas o empleos informales limitan el tiempo para amamantar y aumentan el estrés materno. Este hallazgo es relevante porque estos factores son modificables mediante políticas laborales, como licencias extendidas o horarios flexibles, que podrían implementarse incluso en contextos rurales. Además, la licencia por maternidad y el retorno temprano al trabajo afectan la exclusividad y duración de la lactancia, ya que, como destacó Villarreal et al. (9), un retorno precoz obliga a las madres a introducir fórmulas o reducir la frecuencia de amamantamiento, lo que subraya la necesidad de normativas que protejan el derecho a la lactancia en el ámbito laboral, incluso en empleos informales. La excepción en este caso es la flexibilidad laboral ($p=0.76670$), que no mostró significancia estadística, lo que, en contraste con los hallazgos de Yamunaque et al. (8), sugiere que, en contextos precarios como Hualhuas, la flexibilidad por sí sola no es suficiente si no va acompañada de condiciones laborales dignas, indicando que las soluciones deben ser estructurales, como la formalización del empleo o la creación de espacios para la lactancia, tal como lo señalan las bases teóricas de Vilar-Compte et al. (40). En conjunto, estos resultados coinciden con los antecedentes de Zorrilla et al. (6), quienes encontraron que no tener un empleo remunerado se relaciona positivamente con una lactancia adecuada, reforzando la importancia de políticas laborales que consideren las particularidades de las madres en zonas rurales.

Conclusiones

1. En relación con el objetivo general, se concluye que la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Puesto de Salud de Hualhuas durante el año 2024 está determinada por una combinación de factores infantiles, maternos y laborales. Del total de 18 variables analizadas, 15 (83,3 %) presenta una asociación estadísticamente significativa con $p < 0.05$, lo que refleja que esta práctica no depende exclusivamente de la voluntad individual, sino de un entramado de condiciones fisiológicas, sociales y estructurales que rodean a la madre y al niño. Esta evidencia sugiere la necesidad de abordar el fomento de la lactancia desde un enfoque integral y contextualizado.
2. En cuanto al primer objetivo específico, se identifica que, entre los factores infantiles, el peso al nacer ($\chi^2 = 38.397$, $p < 0.00001$), el peso para la talla ($\chi^2 = 50.072$, $p < 0.00001$) y el contacto piel a piel inmediato ($\chi^2 = 28.970$, $p = 0.00001$) están significativamente relacionados con una lactancia prolongada. Estos resultados sugieren que los niños con condiciones físicas favorables y estimulación afectiva desde el nacimiento tienen mayores probabilidades de mantener el amamantamiento por periodos extendidos. En cambio, la talla para la edad ($p = 0.325$) no muestra relación estadísticamente significativa, posiblemente porque en comunidades rurales como Hualhuas esta condición es culturalmente tolerada y no genera preocupación inmediata, lo cual limita su influencia en la conducta materna.
3. Con respecto al segundo objetivo específico, se concluye que los factores maternos que presentan una relación significativa fueron: edad materna ($\chi^2 = 19.310$, $p = 0.00006$), nivel educativo ($\chi^2 = 10.945$, $p = 0.00093$), estado civil ($\chi^2 = 12.545$, $p = 0.00039$) e índice de masa corporal ($\chi^2 = 24.160$, $p = 0.00002$). Las madres adultas, con mayor nivel de instrucción, con pareja estable y con estado nutricional adecuado, tendieron a mantener la lactancia por más tiempo, lo que sugiere que la madurez emocional, el acceso a información y el entorno familiar favorable son condiciones que fortalecen esta práctica. Sin embargo, el ingreso económico ($p = 0.074$) no presenta significancia estadística, lo cual podría atribuirse a la homogeneidad de la muestra, donde las diferencias de ingreso no marcan contrastes suficientes para modificar los comportamientos respecto al amamantamiento.

4. Finalmente, en relación con el tercer objetivo específico, se concluye que los factores laborales con asociación significativa fue el tipo de empleo ($\chi^2 = 12.423$, $p = 0.00042$), las horas de trabajo ($\chi^2 = 22.761$, $p < 0.00001$) y el acceso a licencia por maternidad ($\chi^2 = 6.864$, $p = 0.00879$). Las madres con empleo formal, jornadas compatibles y acceso a derechos laborales muestran mayor probabilidad de mantener la lactancia durante más tiempo. En contraste, la flexibilidad laboral ($p = 0.359$) no presentó relación estadísticamente significativa, posiblemente debido a que este concepto no tiene una representación clara o uniforme en entornos rurales, donde predominan trabajos informales o actividades sin estructura fija. Este hallazgo resalta la urgencia de implementar políticas públicas que garanticen condiciones laborales favorables para las madres lactantes, especialmente en zonas con empleo precario.

Recomendaciones

1. Se recomienda al responsable del Puesto de Salud de Hualhuas, en coordinación con la Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo y las autoridades locales, impulsar la implementación de lactarios en instituciones públicas y privadas, conforme a las normas vigentes que obligan a disponer de un ambiente adecuado para que las madres puedan extraer y conservar su leche. Asimismo, se sugiere promover campañas de sensibilización dirigidas a empleadores y trabajadoras sobre la importancia de otorgar horarios flexibles que faciliten la lactancia y gestionar convenios intersectoriales para ampliar y fiscalizar el cumplimiento de las licencias maternas y de lactancia, de acuerdo con la legislación nacional.
2. Se recomienda al responsable del Puesto de Salud de Hualhuas y a la Dirección Regional de Salud de Junín fortalecer los programas de educación y acompañamiento psicosocial para gestantes y madres lactantes, utilizando y difundiendo las normativas existentes (como el Reglamento de Alimentación Infantil y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna) y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que promueven la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y su continuación junto con una alimentación complementaria adecuada hasta los dos años o más. Estos programas deben incorporar un enfoque intercultural, incluir a la familia, abordar temas como el contacto piel a piel y la resolución de dificultades frecuentes, y establecer mecanismos de seguimiento comunitario mediante agentes comunitarios y promotores de salud.
3. Se recomienda a las autoridades sanitarias locales y regionales implementar un plan de capacitación continua en consejería especializada, de acuerdo con las guías nacionales y las recomendaciones de la OMS/OPS sobre "Diez pasos para una lactancia feliz" y el Modelo de Hospital Amigo del Niño, que han demostrado mejorar las tasas de lactancia exclusiva. Este plan debe abordar aspectos clínicos y socioculturales, fomentar el inicio temprano de la lactancia, brindar apoyo individualizado a madres con dificultades y garantizar que los establecimientos de salud cuenten con infraestructura adecuada y protocolos centrados en el binomio madre-hijo.
4. Al Gobierno Regional de Junín y al Ministerio de Salud se sugiere aplicar políticas públicas sostenibles alineadas con la normativa nacional sobre

lactancia materna, incluyendo campañas informativas en medios locales y en idioma quechua, así como la distribución de materiales educativos en zonas rurales. Además, se recomienda establecer incentivos para las madres que mantengan la lactancia exclusiva y mecanismos que prevengan la discriminación laboral vinculada a la maternidad, tal como promueven la OMS y la OPS al abogar por leyes de protección a la maternidad y políticas de apoyo a la lactancia en los centros de trabajo.

5. Finalmente, se propone que los gobiernos locales, líderes comunales y organizaciones sociales de Hualhuas promuevan redes comunitarias de apoyo a la lactancia, mediante la creación de grupos de madres, actividades participativas para padres y cuidadores y la habilitación de espacios públicos seguros y libres de estigmatización. Estas actividades deben estar guiadas por facilitadores locales para asegurar pertinencia cultural y alinearse con las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) existentes, fortaleciendo así los vínculos solidarios entre familias y la comunidad.

Referencias bibliográficas

1. Lechosa-Muñiz C, Paz-Zulueta M, Sota S, Adana Herrero M, Del Rio E, Llorca J. Factors associated with duration of breastfeeding in Spain: a cohort study. *Int Breastfeed J*. 2020; 15(1).
2. Prian GA, Horta CD, Sarmiento AA. Relationship between skin-to-skin contact during the first hour of life and duration of exclusive breastfeeding. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2024; 81(1).
3. Li R, Hamner H, Chen J, Elam-Evans L. Impact of early formula supplementation on breastfeeding duration, National Immunization Survey, 2019 births. *J Perinatol*. 2023; 49(9).
4. Keyes M, Andrews C, Midya V, Carrasco P, Guxens M, Jimeno-Romero A. Mediators of the association between maternal body mass index and breastfeeding duration in 3 international cohorts. *Am J Clin Nutr*. 2023; 118(1): p. 255–63.
5. Sampieri C, Fragoso K, Cordoba-Suarez D, Zenteno-Cuevas R, Montero H. Influence of skin-to-skin contact on breastfeeding: results of the Mexican National Survey of Demographic Dynamics, 2018. *Int Breastfeed J*. 2022; 17(1).
6. Zorrilla M, Espinoza R. Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Perú 2021-2022. *Med Clín Soc*. 2024; 8(2): p. 13–21.
7. Jaramillo M. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses postparto en madres atendidas en el hospital nacional P.N.P. "Luis N. Sáenz", febrero – marzo 2023. Tesis. Universidad Ricardo Palma.
8. Yamunaque-Carranza M, Medina-Ramirez S, Mamani-García C, Caira-Chuquineyra B, Fernandez-Guzman D, Urrunaga-Pastor D. Factors associated with adequate breastfeeding: Evidence from the Peruvian Demographic and health survey, 2019. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(20).
9. Villarreal C, Placencia M, Nolberto V. Lactancia Materna Exclusiva y factores asociados en madres que asisten a Establecimientos de Salud de Lima Centro. *Rev Fac Med Humana*. 2020; 20(2): p. 15–22.

10. Ortega M, Castillo E, Reyes C. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Perú. *Rev Cubana Enferm.* 2020; 36(2).
11. Chantry C, Eglash A, Labbok M. ABM position on breastfeeding—revised 2015. *Breastfeed Med.* 2015; 10(9): p. 07–11.
12. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Estrategia Mundial Para La Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. World Health Organization. 2003.
13. Meek J, Noble L, Breastfeeding S. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2022; 150(1).
14. United Nations Children's Fund [UNICEF]. From the First Hour of Life: Making the Case for Improved Infant and Young Child Feeding Everywhere; United Nations Children's Fund. New York, NY. 2016.
15. Lamberti L, Zakarija-Grković I, Fischer C, Theodoratou E, Nair H, Campbell H. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2013; 13(S3).
16. Victoria C, Bahl R, Barros A, Franca G, Horton S, Krasevec J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016; 387(10017): p. 475–90.
17. Horta B, Loret C, Victoria C. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(s467): p. 9–14.
18. Chowdhury R, Sinha B, Sankar M, Taneja S, Bhandari N, Rollins N. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(S467): p. 96–113.
19. WHO/UNICEF. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief (WHO/NMH/NHD/14.7). Informe técnico. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, es una agencia de la Organización de las Naciones Unidas.
20. Neville M, Anderson S, McManaman J, Badger T, Bunik M, Contractor N. Lactation and neonatal nutrition: Defining and refining the critical questions. *J Mammary Gland Biol Neoplasia.* 2017; 17(2): p. 167–88.

21. Aono T. Hormonal control of lactation. *Nihon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi*. 1999; 42(8): p. 867–72.
22. Lee S, Kelleher S. Biological underpinnings of breastfeeding challenges: the role of genetics, diet, and environment on lactation physiology. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2016; 311(2): p. E405–22.
23. Lawrence R, Lawrence R. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 6th ed. London: Mosby; 2005.
24. Riordan J. *Breastfeeding and human lactation*. milk. Tbsob, editor. Boston, USA: Bartlett; 2004.
25. Hamosh M. Digestion in the newborn. *Clinics in Perinatology. Neonatal Gastroenterology*. 1996; 23(2): p. 191–208.
26. Sheard N. The role of breast milk in the development of the gastrointestinal tract. *Nutrition Reviews*. 1988; 48(1).
27. Innis S. Human milk: maternal dietary lipids and infant development. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 2007; 66(3): p. 397–404.
28. Casey C, et al.. Nutrient intake by breastfed infants during the first five days after birth. *American Journal of Diseases of Childhood*. 1986; 140: p. 933–936.
29. World Health Organization. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Conclusion of a Consensus*. Washington, D.C., USA. : World Health Organization, Meeting Held.
30. Ministerio de Salud. *Guía técnica para la consejería en lactancia materna*. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Lima, Perú: Ministerio de Salud, Dirección de Promoción de la Salud.
31. Erol F, Karayurt O, Iseri O. Abordaje de enfermería basado en el modelo de adaptación de Roy en una paciente sometida a cirugía conservadora de mama por cáncer de mama. *J Salud Mamaria*. 2014; 10(3): p. 134-140.
32. Vega O, Gonzalez D. Teoría de déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y cuidado*. 2007; 4(4): p. 1-8.

33. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento del niño la OMS. Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
34. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. Lima, Perú: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas.
35. Haas D, Yang Z, Parker C, Chung J, Parry S, Grobman W. Factors associated with duration of breastfeeding in women giving birth for the first time. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22(1).
36. Kitano N, Nomura K, Kido M, Murakami K, Ohkubo T, Ueno M. Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Prev Med Rep*. 2016; 3: p. 121–6.
37. Tang K, Liu Y, Meng K, Jiang L, Tan S, Liu Y. Breastfeeding duration of different age groups and its associated factors among Chinese women: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J*. 2019; 14(1).
38. León D, Dueñas Z. Maternal separation during breastfeeding induces gender-dependent changes in anxiety and the GABA-A receptor alpha-subunit in adult wistar rats. *PLoS One*. 2013; 8(6): p. e68010.
39. Organización Mundial de la Salud. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría: informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995.
40. Vilar-Compte M, Hernández-Cordero S, Ancira-Moreno M, Burrola-Méndez S, Ferre-Eguiluz I, Omaña I, et al. Breastfeeding at the workplace: a systematic review of interventions to improve workplace environments to facilitate breastfeeding among working women. *International Journal for Equity in Health*. 2021; 20(110).
41. Tongsuksan P, Ratinthorn A, Sindhu S, Spatz D, Viwatwongkasem C. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding among Urban Employed Mothers: A Case-Control St. *PRIJNR*. 2020; 24(1).
42. Cunningham S, Penning J, Barboza S, Hansen B, Tonks T, Varnell K, et al. Breastfeeding in US working mothers: A systematic review. *Work*. 2024; 78(4): p. 851-871.
43. León F, Rojas A, Carillo M, Espinosa M, Guamán A. Factores relacionados con la duración de lactancia materna exclusiva en

- madres trabajadoras de una institución universitaria ecuatoriana. *Rev Cubana Pediatr.* 2024; 94(2).
44. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostigüín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria.* 2011; 8(4): p. 1-8.
 45. Modelo de creencias de salud en personas sanas o enfermas: una revisión sistematizada. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2021; 29(1): p. 24-33.
 46. Hernandez-Sampieri R. *Metodología de la Investigación*: McGraw-Hill Companies; 2006.
 47. Ñaupas H, Mejía E, Trujillo I, Romero H, Medina W, Novoa E. *Metodología de la Investigación Total*. Sexta edición ed. Colombia: Ediciones de la U; 2023.
 48. Sánchez H, Reyes C. *Metodología y diseños en la investigación científica*. sexta ed. La Molina - Lima: Imprenta gráfica Áncash; 2021.
 49. Suárez I, Varguillas CS, Ronceros C. *Técnicas e instrumentos de investigación*. primera ed. Estado Lara, Venezuela: Fondo Editorial UPEL; 2022.
 50. Supo J. *Metodología de la investigación científica*. cuarta ed. Arequipa: Bioestadístico EEDU EIRL; 2024.
 51. Suárez I, Varguillas C, Ronceros C. *Técnicas e instrumentos de investigación*. primera ed. Venezuela: Fondo Editorial UPEL; 2022.
 52. Goldman A. Evolution of immune functions of the mammary gland and protection of the infant. *Breastfeed Med.* 2012; 7(3).
 53. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 - Nacional y Departamental*. Informe técnico. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú.
 54. Hou L, Li X, Yan P, Li Y, Wu Y, Yang Q. Impact of the duration of breastfeeding on the intelligence of children: A systematic review with network meta-analysis. *Breastfeed Med.* 2021; 16(9): p. 687–96.
 55. Muro-Valdez J, Meza-Rios A, Aguilar-Uscanga B, Lopez-Roa R, Medina-Díaz E, Franco-Torres E. Breastfeeding-related health benefits in

- children and mothers: Vital organs perspective. *Medicina (Kaunas)*. 2023; 59(9): p. 15-35.
56. Tracz J, Gajewska D. Factors influencing the duration of breastfeeding among Polish women. *J Mother Child*. 2020; 24(1): p. 39–46.
 57. Neves P, Armenta-Paulino N, Arroyave L, Ricardo L, Vaz J, Boccolini C. 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).
 58. Kozachenko J, Kivite-Urtane A, Berzina F, Stolcere I, Lazdane G. The association of longer breastfeeding duration and socioeconomic, pregnancy, childbirth and postpartum characteristics.. *Medicina (Kaunas)*. 2024; 60(5).
 59. McCoy M, Heggie P. In-hospital formula feeding and breastfeeding duration. *Pediatrics*. 2020; 146(1).
 60. Laghi A, Yaipen A, Risco R, Pereyra E. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013. *Arch de Medicina*. 2015; 11(3).
 61. Hanson L. Immunobiology of human milk: how breastfeeding protects babies. Texas, USA: Pharmasoft Publishing; 2004.
 62. Labbok M, Krasovec K. Towards consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann*. 1990; 21: p. 226–230.
 63. Suárez P, Varguillas C, Ronceros C. Técnicas e instrumentos de investigación. Diseño y validación desde la perspectiva cuantitativa. Figueroa LBP, editor: Universidad Pedagógica Experimental Libertador Instituto Pedagógico de Barquisimeto; 2022.

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

FACTORES ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN UN PUESTO DE SALUD DE HUALHUAS - 2024				
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DISEÑO METODOLÓGICO
Problema general ¿Cuáles son los factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024? Problemas específicos PE1: ¿Cuál es la asociación entre los factores infantiles y la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024? PE2: ¿Cuál es la asociación entre los factores maternos la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024? PE3: ¿Cuál es la asociación entre los factores laborales y la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024?	Objetivo general Determinar los factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024. Objetivos específicos OE1: Determinar si los factores infantiles están asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024. OE2: Determinar si los factores maternos están asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024. OE3: Determinar si los factores laborales están asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.	Hipótesis nula Los factores biológico-sociales de madre e hijo presentan asociación estadística con la duración de la lactancia en lactantes menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024. Hipótesis alterna HE1: Los factores infantiles están asociados significativamente a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024. HE2: Los factores maternos están asociados significativamente a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024. HE3: Los factores laborales están asociados significativamente a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años de edad en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024.	Variable 1 Duración de la lactancia materna Variable 2 Dimensión 1 Factores Infantiles ✓ Peso para la edad ✓ Peso para la talla ✓ Talla para la edad ✓ Vía de parto ✓ Peso de nacimiento ✓ Contacto precoz piel a piel neonato-madre. ✓ Consumo de fórmula láctea durante los 3 primeros días de vida. Dimensión 2 Factores maternos ✓ Edad ✓ Grado de instrucción ✓ Lugar de residencia ✓ Ingresos económicos ✓ Índice de masa corporal Dimensión 3 Factores laborales	Tipo de investigación Investigación básica. Nivel de investigación Correlacional Diseño de investigación Investigación de tipo no experimental, analítica, cuantitativa, transversal y retrospectiva. Población Población: 176 diadas madre - niño atendidos. Muestra 100 diadas madre - niño atendidos en el consultorio de CRED del Puesto de salud de Hualhuas durante el año 2024. Tipo de muestreo Probabilístico aleatorio simple. Técnica de recolección de datos - Se uso el análisis documental. Instrumento de recolección de datos

Puesto de Salud de Hualhuas-2024.	✓ Tipo de empleo ✓ Horas de trabajo ✓ Acceso a licencia por maternidad ✓ Retorno al trabajo después del parto ✓ Flexibilidad laboral	- Además, se usará una ficha documental, misma que será validada por juicio de expertos. Análisis estadístico Mediante el software SPSS v.25 Tablas de frecuencia absoluta y relativa para el análisis descriptivo de los factores maternos e infantiles. Medición de la asociación entre factores biológico-sociales y duración de la lactancia materna mediante el cálculo de la razón de prevalencia cruda (RPc) y la razón de prevalencia ajustada (RPa).
-----------------------------------	--	---

Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables

FACTORES ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN UN PUESTO DE SALUD DE HUALHUAS-2024						
VARIABLE	DIMENSIÓN	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Duración de la lactancia materna	Adimensional	Duración de la lactancia materna	Período de tiempo entre el inicio y el final de la lactancia materna.	Cualitativa	Nominal	✓ Duración de 0-6 meses ✓ Duración de 7-24 meses
		Peso para la edad	Peso del niño en referencia al peso correspondiente para su edad.	Cuantitativa	Intervalo	✓ Sobrepeso (>2 DE) ✓ Normal (2 a -2 DE) ✓ Bajo peso (< -2 a -3 DE)
		Talla para la edad	Talla del niño en referencia a la talla correspondiente para su edad.	Cuantitativa	Intervalo	✓ Normal (2 a -2 DE) ✓ Talla baja (< -2 a -3 DE) ✓ Talla baja severa (<-3 DE)
		Peso para la talla	Peso del niño en referencia al peso correspondiente para su talla.	Cuantitativa	Intervalo	✓ Obesidad (>3 DE) ✓ Sobrepeso (>2 DE) ✓ Normal (2 a -2 DE) ✓ Bajo peso (< -2 a -3 DE)
		Vía de parto	Resolución del embarazo por vía vaginal o abdominal.	Cualitativa	Nominal	✓ Parto vaginal ✓ Cesárea
	Factores biológico-sociales	Peso de nacimiento	Medida de masa que el producto de la gestación presenta al nacer.	Cuantitativa	Intervalo	✓ Macrosómico (>4000 gr) ✓ Normal (2500-4000 gr) ✓ Bajo peso (1500-2499 gr) ✓ Muy bajo peso (1000-1499 gr) ✓ Extremadamente bajo (<1000 gr)
		Contacto precoz piel a piel neonato-madre	Colocación inmediata del recién nacido en el torso desnudo de la madre tras el parto.	Cualitativa	Nominal	○ (Sí) (No)
		Consumo de fórmula láctea durante los 3 primeros días de vida.	Ingesta de fórmula láctea intrahospitalaria o domiciliaria, durante los 3 primeros días de vida del neonato.	Cualitativa	Nominal	○ (Sí) (No)

Factores maternos	Edad	Tiempo de vida de la madre en años cumplidos	Cualitativa	Ordinal	✓ Adulto joven (18-26 años)
	Grado de instrucción	Estrato educativo alcanzado por las madres.	Cualitativa	Nominal	✓ Adulto (27-59 años)
	Estado civil	Situación de convivencia de la madre con el padre del niño.	Cualitativa	Nominal	✓ No superior
	Lugar de residencia	Ubicación del espacio geográfico donde conviven madre-niño.	Cualitativa	Nominal	✓ Superior
	Ingresos económicos	Nivel de ingresos monetarios mensuales promedio de las madres.	Cualitativa	Nominal	✓ Casada
Factores laborales	IMC	Índice de masa corporal de la madre previo al parto.	Cuantitativa	Intervalo	✓ Madre soltera
	Tipo de empleo	Naturaleza del empleo de la madre (formal/informal).	Cualitativa	Nominal	✓ Mayor ingreso (> S/.1025 mensuales)
	Horas de trabajo	Número promedio de horas trabajadas por día por la madre.	Cuantitativa	Intervalo	✓ Menor ingreso (< S/. 1025 mensuales)
	Acceso a licencia por maternidad	Disponibilidad de la madre para tomar licencia laboral por maternidad.	Cualitativa	Nominal	✓ Bajo peso (<18.5)
	Retorno al trabajo después del parto	Tiempo transcurrido entre el parto y el regreso al trabajo de la madre.	Cuantitativa	Intervalo	✓ Peso normal (18.5-24.9)
	Flexibilidad laboral	Grado de flexibilidad en el horario laboral de la madre para atender al niño.	Cualitativa	Ordinal	✓ Sobre peso (25-29.9)
					✓ Obesidad (>30)
					✓ - Formal - Informal
					✓ Tiempo completo (> 35 horas/semana) - Tiempo parcial (< 35 horas/semana)
					✓ Sí - No
					✓ Inmediato (< 3 meses) - Tardío (≥ 3 meses)
					✓ Alta - Media - Baja

Anexo 3. Ficha de recolección de datos

FACTORES ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN UN PUESTO DE SALUD DE HUALHUAS-2024

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
ID	
1. PRESENTACIÓN DEL INSTRUMENTO	
La presente ficha ha sido elaborada como parte del trabajo de investigación titulado "Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años atendidos en el Puesto de Salud de Hualhuas durante el año 2024", cuyo propósito es identificar los elementos infantiles, maternos y laborales que influyen en el tiempo de lactancia.	
2. OBJETIVO	
El instrumento fue diseñado por la investigadora Valiaesther Tabita Cuéllar Calderón y validado por juicio de expertos, y está estructurado en cinco secciones: características generales, factores infantiles, factores maternos, factores laborales y duración de la lactancia materna.	
3. INSTRUCCIONES	
El llenado debe ser realizado por el investigador o profesional de salud responsable, a partir de la revisión de la historia clínica del menor y una entrevista breve a la madre o cuidador principal. Se deberá marcar con una "X" la alternativa correspondiente y registrar con precisión los datos numéricos solicitados (edad, peso, talla, meses, entre otros).	
I. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
Puesto de Salud de Hualhuas	Código:
Edad: Peso: Talla:	Ocupación:
Procedencia:	Grado de instrucción:

II. FACTORES INFANTILES		
Peso para la edad	Sobrepeso (>2 DE)	()
	Normal (2 a -2 DE)	()
	Bajo peso (< -2 a -3 DE)	()
Peso para la talla	Obesidad (>3 DE)	()
	Sobrepeso (>2 DE)	()
	Normal (2 a -2 DE)	()
	Bajo peso (< -2 a -3 DE)	()

Talla para la edad	Normal (2 a -2 DE)	()
	Talla baja (< -2 a -3 DE)	()
	Talla baja severa (<-3 DE)	()
Vía de parto	Parto vaginal	()
	Cesárea	()
Peso de nacimiento	Macrosómico (>4000 gr)	()
	Normal (2500-4000 gr)	()
	Bajo peso (1500-2499 gr)	()
	Muy bajo peso (1000-1499 gr)	()
	Extremadamente bajo (<1000 gr)	()
Contacto precoz piel a piel	Sí () No ()	
Consumo de fórmula láctea durante los 3 primeros días de vida	Sí () No ()	

III. FACTORES MATERNOS		
Edad	De 12 a 17 años	()
	De 18 a 26 años	()
	De 27 a 59 años	()
Grado de instrucción	No superior	()
	Superior	()
Estado Civil	Casada	()
	Madre soltera	()
Lugar de residencia	Urbano	()
	Rural	()
Ingresos económicos	Mayor ingreso (> S/.1025 al mes)	()
	Menor ingreso (< S/.1025 al mes)	()
Índice de masa corporal (IMC)	Bajo peso (<18.5)	()
	Peso normal (18.5-24.9)	()
	Sobrepeso (25-29.9)	()
	Obesidad (>30)	()

IV. FACTORES LABORALES		
Tipo de empleo	Formal	()
	Informal	()
Horas de trabajo	Tiempo completo (> 35 horas/semana) - Tiempo parcial (< 35 horas/semana)	() ()
Acceso a licencia por maternidad	Sí	()
	No	()
Retorno al trabajo después del parto	Inmediato (< 3 meses)	()
	Tardío (≥ 3 meses)	()
Flexibilidad laboral	Alta	()
	Media	()
	Baja	()

IV. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	
Duración de 0 a 6 meses Indicar meses	Duración de 7 a 24 meses Indicar meses

Anexo 4: Consentimiento informado

Consentimiento Informado para el Estudio sobre Factores Asociados a la Duración de la Lactancia Materna en Niños Menores de 2 Años en el Puesto de Salud de Hualhuas - 2024

Institución de investigación:

Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Continental

Investigador principal:

Bach. Valiaesther Tabita Cuellar Calderón

Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) y Autoridad Reguladora Local:

Este estudio ha sido revisado y aprobado por el CIEI de la Universidad Continental, conforme a las normativas éticas vigentes y bajo el enfoque de análisis documental sin contacto directo con pacientes.

Introducción

El presente estudio de investigación titulado:

“Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en un Puesto de Salud de Hualhuas – 2024”, tiene como propósito analizar datos clínicos previamente registrados en las fichas médicas del servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Puesto de Salud de Hualhuas, sin intervenir en la atención médica de los usuarios ni realizar contacto directo con ellos.

La investigación difiere de una intervención clínica, ya que su único objetivo es generar conocimiento científico a partir del análisis de registros clínicos existentes, sin afectar ni modificar el curso de la atención médica brindada.

Justificación, objetivos y propósito de la investigación

El objetivo general de este estudio es determinar los factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años atendidos en el Puesto de Salud de Hualhuas durante el año 2024. Los resultados pretenden

aportar evidencia para fortalecer las estrategias de promoción de la lactancia materna en la comunidad.

Tamaño muestral y fuente de información

La muestra estuvo conformada por 100 fichas clínicas de niños menores de 2 años que fueron atendidos en el consultorio de CRED del Puesto de Salud de Hualhuas entre los meses de septiembre y diciembre de 2024. Toda la información fue extraída exclusivamente de documentos médicos registrados oficialmente en dicho establecimiento de salud.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

Fichas médicas correspondientes a niños menores de 2 años atendidos en el servicio de CRED durante el periodo de estudio.

Registros de niños atendidos, independientemente de su domicilio o jurisdicción.

Fichas de niños en situación de orfandad o bajo la tutela de terceros, siempre que conste la relación y responsabilidad en el documento.

Fichas que incluyan casos en los que la madre presenta condiciones médicas particulares (como VIH), siempre que dicha condición no haya sido motivo de exclusión clínica.

Exclusión:

Fichas médicas incompletas o con ausencia de datos clave para el análisis (por ejemplo: peso, talla, edad de la madre, datos sociodemográficos).

Registros en los que no se identifique claramente la relación entre el menor y el cuidador, imposibilitando validar aspectos éticos.

Fichas en las que se documente que el cuidador responsable tenía limitaciones cognitivas, sensoriales o lingüísticas que impidieran comprender el consentimiento informado, en estudios anteriores relacionados.

Procedimientos del estudio

El estudio consistió en la revisión documental sistemática de fichas clínicas de los niños atendidos en el consultorio de CRED. Se recolectaron datos de tipo antropométrico (peso, talla, edad) y datos contextuales (características de la madre y del entorno familiar), los cuales fueron registrados previamente por el personal de salud.

No se aplicaron encuestas, entrevistas ni se realizó contacto directo con los usuarios. Tampoco se tomaron muestras ni se interfirió en los tratamientos médicos.

Riesgos del estudio

Dado que se trata de un estudio documental, no existe ningún riesgo físico, emocional ni ético para los usuarios del servicio. Solo se utilizaron datos previamente registrados en historias clínicas, sin identificación personal y con estrictas medidas de confidencialidad.

Confidencialidad y manejo de la información

Toda la información recolectada fue tratada de manera confidencial y anónima. Los datos fueron codificados para evitar la identificación personal, y su uso se limita exclusivamente a fines académicos y científicos, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley N.º 29733). Solo la investigadora responsable tuvo acceso a la información original.

Situación final del estudio

Una vez finalizado el análisis documental, los resultados globales podrán ser compartidos con autoridades sanitarias y académicas, sin revelar ninguna información personal. No se contempla seguimiento posterior, ya que el estudio no implicó contacto directo ni intervención alguna con los usuarios de salud.

Anexo 5: Validación por expertos

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

Para validar la Ficha de recolección de datos debe colocar, en el casillero de los criterios: **suficiencia, claridad, coherencia y relevancia**, el número (entre 1-5) que según su evaluación corresponda, cada ítem tendrá un valor máximo de 20 = 100%.

Nombre del Instrumento: Ficha de recolección de datos							
Autor del Instrumento: Cuellar Calderon, Valiaesther Tabita							
VARIABLE 1: Duración de la lactancia materna							
	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Puntuación	Observaciones o recomendaciones
Dimensión 1: Adimensional	Duración de la lactancia materna	4	3	4	4	15	
VARIABLE 2: Factores biológico-sociales							
	Ítems						Observaciones o recomendaciones
Dimensión 1: Factores Infantiles	Peso para la edad	3	4	4	4	15	
	Talla para la edad	4	4	4	4	16	
	Peso para la talla	5	5	5	5	20	
	Vía de parto	5	5	5	5	20	
	Peso de nacimiento	4	4	4	4	16	
	Contacto precoz piel a piel neonato-madre	5	5	5	5	20	
	Consumo de fórmula láctea durante los 3 primeros días de vida.	4	4	4	4	16	
Dimensión 2: Factores Maternos	Edad	5	5	5	5	20	
	Grado de instrucción	5	5	5	5	20	
	Estado civil	4	4	4	4	16	
	Lugar de residencia	5	5	5	5	20	
	Ingresos económicos	4	4	4	4	16	
	IMC	4	4	4	4	16	
Dimensión 3: Factores laborales	Tipo de empleo	4	4	4	4	16	
	Horas de trabajo	4	4	4	4	16	
	Acceso a licencia por maternidad	5	5	5	5	20	
	Retorno al trabajo después del parto	5	5	5	5	20	
	Flexibilidad laboral	5	5	5	5	20	
Total						298	
%						83%	
Puntuación decimal						0,827	

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Moscoso Jáuregui Karen
Profesión y Grado Académico	Enfermera
Especialidad	Especialista en CRED.
Institución y años de experiencia	Centro De Salud De Chupaca – 12 años de experiencia.
Cargo que desempeña actualmente	Docente universitario – Universidad Continental.

Puntaje del Instrumento Revisado: 100 puntos

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (☒)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()

Título del proyecto: "FACTORES ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN UN PUESTO DE SALUD DE HUALHUAS-2024"



Firma del Experto Informante
DNI N° 40309562 **Celular:** 954084204

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

Para validar la Ficha de recolección de datos debe colocar, en el casillero de los criterios: **suficiencia, claridad, coherencia y relevancia**, el número (entre 1-5) que según su evaluación corresponda, cada ítem tendrá un valor máximo de 20 = 100%.

Nombre del Instrumento: Ficha de recolección de datos							
Autor del Instrumento:							
VARIABLE 1: Duración de la lactancia materna							
	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Puntuación	Observaciones o recomendaciones
Dimensión 1: Adimensional	Duración de la lactancia materna						
VARIABLE 2: Factores biológico-sociales							
	Ítems						Observaciones o recomendaciones
Dimensión 1: Factores Infantiles	Peso para la edad	4	4	4	4	16	
	Talla para la edad	5	5	5	5	20	
	Peso para la talla	4	3	4	4	15	
	Vía de parto	4	4	3	4	15	
	Peso de nacimiento	4	4	4	4	16	
	Contacto precoz piel a piel neonato-madre	4	5	5	4	18	
	Consumo de fórmula láctea durante los 3 primeros días de vida.	4	4	3	4	15	
Dimensión 2: Factores Maternos	Edad	3	3	4	4	14	
	Grado de instrucción	5	5	5	5	20	
	Estado civil	4	4	4	4	16	
	Lugar de residencia	4	4	4	4	16	
	Ingresos económicos	4	4	4	4	16	
	IMC	4	4	4	4	16	
Dimensión 3: Factores laborales	Tipo de empleo	4	4	4	4	16	
	Horas de trabajo	4	4	3	4	15	
	Acceso a licencia por maternidad	5	5	5	5	20	
	Retorno al trabajo después del parto	4	4	3	4	15	
	Flexibilidad laboral	4	4	4	4	16	
Total						291	
%						81%	
Puntuación decimal						0.808	

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Dra. Yanet Tania Flores Lara
Profesión y Grado Académico	Pediatra - Dra.
Especialidad	Pediatra
Institución y años de experiencia	Clínica Confía Salud - 10 años de experiencia
Cargo que desempeña actualmente	Jefatura de Pediatría en la Clínica Confía Salud

Puntaje del Instrumento Revisado: 100 puntos

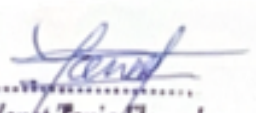
Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (☒)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()

Título del proyecto: "FACTORES ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN UN PUESTO DE SALUD DE HUALHUAS-2024"



Dra. Yanet Tania Flores Lara
PEDIATRA

CMP 53725 RNE 347317

DRA. YANET TANIA FLORES LARA
DNI: 20071135

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

Para validar la Ficha de recolección de datos debe colocar, en el casillero de los criterios: **suficiencia, claridad, coherencia y relevancia**, el número (entre 1-5) que según su evaluación corresponda, cada ítem tendrá un valor máximo de 20 = 100%.

Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos							
Autor del instrumento:							
VARIABLE 1: Duración de la lactancia materna							
	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Puntuación	Observaciones o recomendaciones
Dimensión 1: Adimensional	Duración de la lactancia materna						
VARIABLE 2: Factores biológico-sociales							
	Ítems						Observaciones o recomendaciones
Dimensión 1: Factores infantiles	Peso para la edad	4	3	4	4	15	
	Talla para la edad	4	4	4	4	16	
	Peso para la talla	4	4	4	4	16	
	Vía de parto	5	5	5	5	20	
	Peso de nacimiento	5	5	5	5	20	
	Contacto precoz piel a piel neonato-madre	4	4	4	4	16	
	Consumo de fórmula láctea durante los 3 primeros días de vida.	4	4	4	4	16	
Dimensión 2: Factores Maternos	Edad	4	4	4	4	16	
	Grado de instrucción	4	4	5	4	18	
	Estado civil	5	5	5	5	20	
	Lugar de residencia	4	5	4	4	16	
	Ingresos económicos	4	4	4	4	16	
	IMC	4	4	4	4	16	
Dimensión 3: Factores laborales	Tipo de empleo	5	5	5	5	20	
	Horas de trabajo	4	4	4	4	16	
	Acceso a licencia por maternidad	4	4	4	4	16	
	Retorno al trabajo después del parto	4	4	4	4	16	
	Flexibilidad laboral	4	6	4	4	16	
Total						290	
%						81%	
Puntuación decimal						0.805	

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	DORIS G. CENTURION SUAREZ
Profesión y Grado Académico	Enfermera del área CRED.
Especialidad	Enfermera
Institución y años de experiencia	En puesto de salud san Francisco – 8 años de experiencia
Cargo que desempeña actualmente	Enfermera del área de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)

Puntaje del Instrumento Revisado: 100 puntos

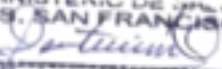
Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ☒ (X)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()

Título del proyecto: "FACTORES ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN UN PUESTO DE SALUD DE HUALHUAS-2024"


 MINISTERIO DE SALUD
 P.S. SAN FRANCISCO

 Doris G. Centurion Suarez
 LIC. ENFERMERIA
 C.P. 16467

DORIS G. CENTURION SUAREZ

DNI: 20011870

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

Para validar la Ficha de recolección de datos debe colocar, en el casillero de los criterios: **suficiencia, claridad, coherencia y relevancia**, el número (entre 1-5) que según su evaluación corresponda, cada ítem tendrá un valor máximo de 20 = 100%.

Nombre del Instrumento: Ficha de recolección de datos							
Autor del Instrumento: Cuellar Calderon, Valiaesther Tabita							
VARIABLE 1: Duración de la lactancia materna							
	Ítems	suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Puntuación	Observaciones o recomendaciones
Dimensión 1: Adimensional	Duración de la lactancia materna						
VARIABLE 2: Factores biológico-sociales							
	Ítems						Observaciones o recomendaciones
Dimensión 1: Factores Infantiles	Peso para la edad	4	3	4	4	15	
	Talla para la edad	4	4	4	4	16	
	Peso para la talla	4	4	4	4	16	
	Vía de parto	5	5	5	5	20	
	Peso de nacimiento	5	5	5	5	20	
	Contacto precoz piel a piel neonato-madre	4	4	4	4	16	
	Consumo de fórmula láctea durante los 3 primeros días de vida.	4	4	4	4	16	
Dimensión 2: Factores Maternos	Edad	4	4	4	4	16	
	Grado de instrucción	4	4	5	4	18	
	Estado civil	5	5	5	5	20	
	Lugar de residencia	4	5	4	4	16	
	Ingresos económicos	4	4	4	4	16	
	IMC	4	4	4	4	16	
Dimensión 3: Factores laborales	Tipo de empleo	5	5	5	5	20	
	Horas de trabajo	4	4	4	4	16	
	Acceso a licencia por maternidad	4	4	4	4	16	
	Retorno al trabajo después del parto	4	4	4	4	16	
	Flexibilidad laboral	4	6	4	4	16	
	Total					290	
	%					81%	
	Puntuación decimal					0.805	

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	DORIS G. CENTURION SUAREZ
Profesión y Grado Académico	Enfermera del área CRED.
Especialidad	Enfermera
Institución y años de experiencia	En puesto de salud san Francisco – 8 años de experiencia
Cargo que desempeña actualmente	Enfermera del área de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)

Puntaje del Instrumento Revisado: 100 puntos

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ☒ ()

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()

Título del proyecto: "FACTORES ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN UN PUESTO DE SALUD DE HUALHUAS-2024"


 MINISTERIO DE SALUD
 P.S. SAN FRANCISCO
Doris G. Centurion Suarez
 DORIS G. Centurion Suarez
 LIC. ENFERMERIA
 C.P.P. 16887

DORIS G. CENTURION SUAREZ

DNI: 20011870

Anexo 3: Permiso de la institución

CARTA DE APROBACIÓN N° 009-2025

Comité de Investigación
Red de salud Valle del Mantaro
Av. Giráldez 886, Huancayo

Huancayo, 30 de enero del 2025

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Investigador Principal: Bach. Valiaesther Tabita Cuellar Calderon

Título del Proyecto: " Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024"

Centro de Investigación: IPRESS Hualhuas

Número de Quórum: 6 miembros

Fecha de Sesión: 30 de enero del 2025

Por medio de la presente, se hace constar que el Comité de Investigación ha evaluado y APROBADO el proyecto de investigación arriba mencionado, incluyendo todos los documentos presentados en su versión del 27 de enero del 2025.

Los miembros del CI que participaron en la evaluación declaran no tener conflictos de interés con el presente estudio:

- Dra. Rosio Samaniego Chavez (Presidente)
- Mg. Verónica Jhanet Albarracin Montalvo (Secretaria)
- Dra. Roxana Maritza Orellana Salazar
- Mg. Blanca Alicia Morales Lazo
- Mg. Juan Luis Meza Carhuancho
- Mg. Araceli Caisahuana Romero

Período de vigencia: 2 meses

Fecha de vencimiento: 31 de marzo del 2025

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO


Dra. Rosio Samaniego Chávez
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
Dra. Rosio Samaniego Chávez
Presidente del CI-RSVM

RSCH/RSCH
C.c. Archivo

Doc: 08737565

Exp: 05980569

MEMORÁNDUM N° 006-2025-GRJ-DRSJ-RSVM/ORRHH-UDC-ADI

A : MC Gustavo Moisés Ramírez Untiveros
Jefe (e) de la Micro Red de Salud El Tambo

Asunto : Aprobación de proyecto de investigación

Fecha : Huancayo, 04 de febrero del 2025.

Por el presente me dirijo a usted, para informarle que el Comité de Investigación ha aprobado el proyecto de investigación liderada por la Bach. Valiaesther Tabita Cuellar Calderon sobre "Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Puesto de Salud de Hualhuas-2024".

Solicitamos brindar todas las facilidades necesarias al equipo investigador para la ejecución efectiva del proyecto.

Fecha de vencimiento: 31/03/2025

Se adjunta Carta de Aprobación N° 009-2025

Cumplase bajo responsabilidad.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

M.C. Nancy Luz Paquerizo Inga
CMP 109355
DIRECTORA EJECUTIVA

NBI/JME
c.c.
Investigador
Folios: 02

DRSJ-RSVM/ORRHH-UDC-ADI	
N° Registro	08741968
N° Expediente	05980569

Anexo 7: Registro fotográfico

