

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA



**Obesidad materna pregestacional como factor de riesgo de duración
corta de la lactancia materna exclusiva, en el Centro de Salud
Progreso, 2025**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor

Ocas Rodríguez, Sonia Maribel

(ORCID: 0009-0009-5662-1782)

Asesor

Neciosup Obando, Jorge Eduardo

(ORCID: 0000-0002-0268-160X)

Chimbote – Perú

2026

Índice general

	Pág.
Índice general	i
Índice de tablas.....	ii
Índice de figuras.....	iii
Palabras clave:	iv
Constancia de originalidad	¡Error! Marcador no definido.
Título	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Introducción	1
Metodología	19
Resultados.....	23
Análisis y discusión	28
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias.....	35
Anexos y apéndices	41

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución del perfil epidemiológico (edad, procedencia, instrucción, ocupación, paridad y estado civil) según destete temprano o adecuado.....	22
Tabla 2. Distribución de obesidad materna pregestacional, en el grupo de duración corta de la lactancia materna, en el Centro de Salud Progreso.	25
Tabla 3. Distribución de obesidad materna pregestacional, en el grupo de duración adecuada de la lactancia materna, en el Centro de Salud Progreso.	26
Tabla 4. Asociación entre la obesidad materna pregestacional y la interrupción temprana de la LME.	27

Índice de figuras

Figura 1. Gráfico compuesto de barras de la distribución del perfil epidemiológico (edad, procedencia, instrucción, ocupación, paridad y estado civil) según destete temprano o adecuado.	24
Figura 2. Gráfico de sector circular de la distribución de obesidad materna pregestacional, en el grupo con duración corta de la lactancia materna, en el Centro de Salud Progreso.	25
Figura 3. Gráfico de sector circular de la distribución de obesidad materna pregestacional, en el grupo con duración adecuada de la lactancia materna, atendidos en el Centro de Salud Progreso.	26
Figura 4. Forest Plot del Odds Ratio para la asociación entre la obesidad materna pregestacional y la interrupción temprana de la LME.	27

Palabras clave:

Tema	Obesidad. Lactancia Materna Exclusiva, Destete
Especialidad	Medicina General

Keywords:

Topic	Obesity. Exclusive Breastfeeding, Weaning
Specialty	General Medicine

Línea de investigación

Línea de investigación	Salud Infantil
Área	Ciencias Médicas, Ciencias de la Salud
Subárea	Medicina Clínica
Disciplina	Pediatría



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "Obesidad materna pregestacional como factor de riesgo de duración corta de la lactancia materna exclusiva, en el Centro de Salud Progreso, 2025" del (a) estudiante: OCAS RODRIGUEZ SONIA MARIBEL, identificado(a) con Código N° 0199420179, se ha verificado un porcentaje de similitud del 22%, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 09 de marzo de 2026

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

DR. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR



NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

Título

Obesidad materna pregestacional, como factor de riesgo de duración corta de la lactancia materna exclusiva, en el Centro de Salud Progreso, 2025.

Resumen

La presente tesis tuvo como objetivo determinar si la obesidad materna pregestacional constituye un factor de riesgo para la duración corta de la lactancia materna exclusiva en madres de niños atendidos en el Centro de Salud Progreso durante el año 2025. Se llevó a cabo una investigación de naturaleza aplicada, analítica, con una metodología observacional bajo un esquema de casos y controles. El grupo de estudio lo cual es un binomio, madre-niño; quedó integrado por 168, distribuidas en 84 casos (lactancia materna exclusiva inferior a seis meses) y 84 controles (lactancia materna exclusiva de seis meses o más), elegidas a través de un procedimiento de muestreo probabilístico simple basado en expedientes médicos. Los resultados evidenciaron que el 45,8% de las madres presentaron obesidad pregestacional. En el grupo con lactancia menor de seis meses, el 72,6% presentó obesidad materna, mientras que en el grupo con lactancia adecuada solo el 19,0% presentó esta condición. El análisis estadístico mostró un vínculo estadísticamente relevante entre el exceso de peso materno previo al embarazo y el cese anticipado de la alimentación materna exclusiva ($\chi^2=48,551$; $p<0,001$). Asimismo, el cálculo del Odds Ratio evidenció que las madres con obesidad pregestacional tuvieron 11,3 veces más probabilidad de interrumpir la lactancia materna exclusiva antes de los primeros seis meses de vida del lactante (OR=11,3; IC95%: 5,4–23,3). Se concluye que el sobrepeso materno de origen pregestacional representa un elemento de riesgo relevante para la duración insuficiente de la lactancia materna exclusiva en la población estudiada.

Abstract

This research sought to establish whether pregestational maternal obesity constitutes a risk factor for short duration of exclusive breastfeeding among mothers attended at Centro de Salud Progreso in 2025. An observational analytical study under a non-experimental case-control framework was carried out. The study group, which is a binomial, mother-child; comprised 168 mothers, including 84 cases (exclusive breastfeeding for less than six months) and 84 controls (exclusive breastfeeding for six months or more), selected through simple random sampling from clinical records. Results showed that 45.8% of mothers presented pregestational obesity. In the group with breastfeeding duration shorter than six months, 72.6% of mothers were obese, whereas only 19.0% of the control group presented this condition. Statistical analysis demonstrated a significant association between pregestational maternal obesity and early interruption of exclusive breastfeeding ($\chi^2=48.551$; $p<0.001$). The Odds Ratio indicated that mothers with pregestational obesity were 11.3 times more prone to discontinue exclusive breastfeeding prior to the six-month threshold in comparison to non-obese mothers (OR=11.3; 95% CI: 5.4–23.3). It is concluded that excess maternal weight before pregnancy represents a meaningful risk factor for insufficient duration of exclusive breastfeeding in the studied population.

Introducción

Antecedentes y fundamentación científica

Internacionales

Montana et al. (2024), en Estados Unidos, Canadá, llevaron a cabo una revisión sistemática y metaanálisis de 122 estudios para investigar la asociación entre el índice de masa corporal (IMC) pregestacional y la lactogénesis II, producción de leche materna y consumo infantil. La obesidad materna se definió como $IMC \geq 30$ kg/m² medido pregestacional, durante el embarazo o postparto. La lactancia se clasificó como cualquier tipo o exclusiva hasta los 6 meses. En una muestra de 5,120 participantes, las madres con bajo peso (RR: 0.64; IC95%: 0.49-0.83) o peso normal (RR: 0.67; IC95%: 0.57-0.79) tuvieron menor riesgo de lactogénesis II tardía (>72 horas) comparadas con madres con sobrepeso/obesidad. Los resultados sobre producción de leche fueron mixtos: 3 estudios reportaron asociación inversa y 3 no encontraron asociación con IMC elevado. Se controlaron factores como paridad, edad, educación y peso al nacer. El mayor IMC materno se asocia con mayor riesgo de retraso en la lactogénesis II, aunque se requiere más investigación sobre los mecanismos subyacentes.

Tuoyire y Tampah-Naah (2024), en Ghana, realizaron un estudio observacional analítico basado en datos agrupados de cinco encuestas demográficas y de salud (1993-2014) para examinar el vínculo existente entre el tiempo de amamantamiento y la presencia de sobrepeso u obesidad en 8,516 mujeres. El exceso de peso corporal fue establecido mediante un $IMC \geq 30$ kg/m² registrado durante el período postparto. La lactancia se analizó en cinco categorías: sin lactancia, ≤ 6 meses, 7-12 meses, 13-18 meses y >18 meses. Las mujeres con períodos de lactancia superiores a 18 meses evidenciaron una frecuencia 8% inferior de sobrepeso y obesidad (sobrepeso=13%, obesidad=5%) comparadas con las que no amamantaron (sobrepeso=21%, obesidad=13%). Tras controlar variables confusoras como edad, educación, estado civil, nivel socioeconómico y paridad, se identificó una relación inversa estadísticamente significativa entre el

tiempo de lactancia y la obesidad, con menores probabilidades de obesidad en mujeres que amamantaron 13-18 meses (OR=0.46, IC95%=0.268-0.864) y >18 meses (OR=0.41, IC95%=0.216-0.764) comparadas con las que no amamantaron. Los autores concluyen que la lactancia prolongada (>12 meses) puede constituir una herramienta útil para reducir el riesgo de obesidad en mujeres ghanesas.

Dalrymple et al. (2024), en el Reino Unido, realizaron un análisis secundario del ensayo UPBEAT con 715 mujeres con obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) para evaluar comportamientos de lactancia y antropometría materna. El estudio encontró que el 82% inició la lactancia y el 40% continuó amamantando parcial o exclusivamente a los 6 meses. La duración promedio de lactancia exclusiva disminuyó con el aumento del IMC: 90 días en clase I (30-34.9 kg/m²), 74.6 días en clase II (35-39.9 kg/m²) y 73.7 días en clase III (≥ 40 kg/m²), con diferencias significativas ($p < 0.05$). Amamantar se asoció con menor retención de peso posparto (-1.81 kg, IC95% -2.88, -0.75, $p < 0.05$) y perfiles metabólicos más saludables, aunque estos efectos no fueron evidentes en mujeres de etnia negra. Concluyen que fomentar la lactancia en mujeres con obesidad puede mejorar su salud metabólica y gestión del peso.

Palaska et al. (2024), en Grecia, realizaron un estudio transversal en 674 parejas madre-hijo para analizar la relación entre la duración de la lactancia materna, el IMC materno y la obesidad infantil. Evaluaron la lactancia materna exclusiva (>6 meses) y su impacto en el IMC infantil, utilizando Z-scores basados en estándares de la OMS. Encontraron que una mayor duración de lactancia materna exclusiva se asoció significativamente con menores tasas de sobrepeso y obesidad infantil ($p < 0.05$). Además, los hijos de madres con IMC pregestacional elevado presentaron mayor probabilidad de obesidad infantil. Controlaron factores como edad materna, género infantil y peso al nacimiento. Concluyen que promover y extender la lactancia exclusiva más allá de los 6 meses puede ser un factor clave en la prevención de la obesidad infantil, especialmente en hijos de madres con sobrepeso u obesidad. Recomiendan estudios adicionales en poblaciones representativas.

Call et al. (2024), en Estados Unidos, realizaron un estudio longitudinal con 237 mujeres con IMC ≥ 25 kg/m² para examinar las relaciones entre planificación, inicio y duración de la lactancia materna, así como factores sociodemográficos y clínicos asociados. La obesidad materna se definió con un IMC ≥ 25 kg/m² previo al embarazo. El 84% de las participantes planificaron lactar, el 81% inició la lactancia, pero solo el 37% mantuvo lactancia durante ≥ 6 meses. Un IMC pregestacional mayor no afectó la planificación ni el inicio de la lactancia, pero se asoció con menores probabilidades de lactar ≥ 6 meses (OR ajustado: 0.44, IC95%: 0.26-0.71, $p < 0.05$). Los análisis ajustaron por edad, nivel educativo, ingresos, paridad, peso al nacer, tipo de parto y tabaquismo. Concluyen que apoyar a mujeres con IMC elevado podría extender la lactancia y promover equidad en la salud materno-infantil.

Keyes et al. (2023), en Estados Unidos, España y Grecia, llevaron a cabo una investigación longitudinal prospectiva de carácter multicéntrico para examinar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) pregestacional y la duración de la lactancia materna, así como sus posibles mediadores, en 5,120 embarazos únicos. El peso materno excesivo previo al embarazo fue definido como un IMC ≥ 30 kg/m² pregestacional (auto reportado o medido en primer trimestre). La lactancia se clasificó como exclusiva (solo leche materna) o cualquier tipo hasta los 6 meses. Las madres con exceso de peso corporal presentaron períodos de amamantamiento significativamente más reducidos tanto en cualquier modalidad de lactancia (sobrepeso: $\beta = -0.79$ meses, IC95%: -1.17, -0.40; obesidad: $\beta = -1.75$ meses, IC95%: -2.25, -1.25) y lactancia exclusiva (sobrepeso: $\beta = -0.30$ meses, IC95%: -0.42, -0.16; obesidad: $\beta = -0.73$ meses, IC95%: -0.90, -0.55) comparadas con madres con índice de masa corporal dentro de rangos saludables. Se concluye que un mayor IMC pregestacional se asocia con menor duración de la lactancia, siendo la inflamación materna y el tipo de parto mediadores claves modificables.

Crimmins et al. (2023), en Estados Unidos, realizaron un estudio longitudinal en 227 mujeres, clasificadas por IMC en peso normal (18.5–24.9 kg/m², $n=101$), sobrepeso (25–29.9 kg/m², $n=78$) y obesidad (30–35 kg/m², $n=48$). Evaluaron la

intención de lactancia mediante cuestionarios en las semanas 12 y 36 de gestación y la duración según las fechas de inicio y finalización reportadas. La obesidad materna se asoció significativamente con menor intención y duración de lactancia (HR ajustada no reportada). Además, los síntomas depresivos medidos por el Inventario de Depresión de Beck (BDI) mediaron el efecto negativo del IMC en la intención de lactancia. Los análisis ajustaron por edad y otros factores sociodemográficos. Concluyen que intervenciones prenatales dirigidas a mujeres con exceso de peso y síntomas depresivos podrían mejorar las tasas de lactancia. Resaltan la necesidad de más estudios sobre el impacto de la salud mental en los resultados de lactancia.

Feliciello et al. (2023), en Italia, realizaron un estudio longitudinal retrospectivo con 366 mujeres púerperas para evaluar la relación entre la obesidad materna y el inicio y duración de la lactancia. La obesidad se definió como $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ al momento del parto. Solo el 46% de las mujeres obesas lograron una lactogénesis dentro de las 48-72 horas tras el parto, comparado con el 74% de las mujeres con peso normal ($p=0.000$). Durante la hospitalización, la lactancia exclusiva fue menor en mujeres obesas (52% vs. 74%; $p=0.001$). A los tres meses, las principales razones para abandonar la lactancia fueron percepción de baja producción de leche (38% en obesas vs. 30% en normopeso) y decisión materna. Concluyen que la obesidad materna está asociada con inicio tardío de lactogénesis, menor duración y tasas de lactancia exclusiva, recomendando estrategias de seguimiento específicas para esta población.

Darling et al. (2022), en Estados Unidos, llevaron a cabo un estudio retrospectivo con 294 mujeres con obesidad clase III ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) en el primer trimestre, para evaluar el impacto del aumento de peso gestacional excesivo ($>9,1 \text{ kg}$, según el Instituto de Medicina) en los índices de amamantamiento materno. Encontraron que el 39,8% de las participantes superaron el aumento de peso recomendado. La lactancia materna exclusiva al alta no mostró diferencias significativas entre mujeres con aumento excesivo (66,7%) y aquellas con aumento adecuado (70,9%; $p=0,44$), ni en la visita posparto (40,1% vs. 34,2%; $p=0,31$). Tras ajustar por

factores de confusión, no se identificaron relaciones estadísticamente relevantes entre el incremento ponderal y la lactancia exclusiva (OR ajustada al alta: 1,54, IC95%: 0,68–3,49; visita posparto: 0,67, IC95%: 0,31–1,47). Concluyen que la ganancia excesiva de peso durante la gestación no tuvo repercusión sobre las cifras de lactancia materna exclusiva en esta población.

Youssef et al. (2022), en Arabia Saudita, realizaron un estudio transversal con 163 mujeres puérperas para examinar el vínculo entre el IMC materno y el tiempo de duración del amamantamiento en Al-Madinah. El 44.7% de las participantes tenían sobrepeso u obesidad ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Se halló una asociación inversa estadísticamente significativa entre el IMC y la duración de la lactancia ($r = -0.25$, $p = 0.002$), observándose que las mujeres con mayor IMC lactaron por períodos más cortos. Las madres obesas presentaron una mayor frecuencia de abandono de la lactancia previo al umbral de los seis meses en relación con aquellas con peso adecuado. Los resultados destacan el valor de fomentar la práctica de la lactancia y de vigilar el peso corporal materno en las etapas previa, durante y posterior a la gestación como componente de la atención prenatal integral. Concluyen que intervenciones de soporte focalizadas pueden contribuir a extender el período de lactancia en esta población.

Dockry et al. (2022), en Irlanda, realizaron un estudio retrospectivo con 461 mujeres primíparas para identificar factores que influyen en las tasas de lactancia exclusiva (EBF) al alta hospitalaria en un hospital materno de alta complejidad. Encontraron que el 46% de los recién nacidos estaban en lactancia exclusiva al alta, mientras que el 54% recibían alimentación mixta o fórmula. Factores asociados negativamente con la lactancia exclusiva incluyeron parto por cesárea (OR ajustada: 0.57, IC95%: 0.44–0.75), obesidad materna (OR ajustada: 0.69, IC95%: 0.50–0.93) y diabetes gestacional (OR ajustada: 0.39, IC95%: 0.18–0.86). La edad gestacional fue mayor en el grupo EBF (40.0 vs. 39.5 semanas, $p < 0.01$). Concluyen que, para mejorar las tasas de lactancia en Irlanda, es crucial abordar estos factores mediante educación prenatal, soporte posnatal y acceso a programas

de lactancia, especialmente para mujeres con mayor riesgo de no lactar exclusivamente.

Cárdenas Zapata et al. (2022), en Chile, realizaron una revisión bibliográfica sobre las consecuencias del sobrepeso y la obesidad materna en la composición y duración de la lactancia, basada en estudios del continente americano entre 2011 y 2021. La obesidad materna se definió como $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Encontraron que las mujeres con sobrepeso/obesidad presentaron una duración de lactancia significativamente menor en comparación con madres normopeso, debido a factores biológicos, como retraso en la lactogénesis II, y psicosociales, como menor red de apoyo, confianza reducida y creencias negativas sobre la lactancia. En cuanto a la composición de la leche, identificaron mayores niveles de leptina, insulina y grasas saturadas, pero menor diversidad bacteriana y componentes antiinflamatorios en madres obesas. Concluyen que es esencial implementar estrategias para prevenir y tratar la obesidad en gestantes, además de reforzar el apoyo social y psicológico para promover la lactancia prolongada y exclusiva.

Ballestas Castillejos (2022), en España, llevaron a cabo un estudio que evaluó la relación entre el índice de masa corporal (IMC) materno y los problemas asociados a la lactancia, así como factores prenatales influyentes en la decisión de lactar. El estudio incluyó 5871 mujeres para analizar la relación IMC-lactancia, con hallazgos que indican una relación inversa entre el IMC y las probabilidades de iniciar contacto piel con piel (OR ajustada para obesidad tipo III: 0.51, IC95%: 0.32-0.83), lactancia en la primera hora (OR ajustada: 0.58, IC95%: 0.36-0.94) y lactancia exclusiva al alta hospitalaria (OR ajustada: 0.57, IC95%: 0.35-0.94). Factores como experiencia previa de lactancia y apoyo de la pareja fueron determinantes en la decisión prenatal de lactar. Concluyen que un mayor IMC está asociado a dificultades en la lactancia y que las intervenciones deben incluir apoyo prenatal y hospitalario enfocado en estas mujeres para mejorar las tasas de lactancia.

Achike y Akpinar (2021), en una revisión sistemática, examinaron la influencia del IMC preconcepcional en la intención, el comienzo, la extensión temporal y el carácter exclusivo de la alimentación con leche materna, utilizando 23 estudios publicados en el período comprendido entre enero y mayo de 2020. Encontraron que un IMC materno más alto está asociado con peores resultados en lactancia: menor intención de amamantar, reducida probabilidad de comenzar con el amamantamiento, períodos de lactancia más breves y menor grado de exclusividad frente a mujeres con índice de masa corporal dentro de parámetros normales. Solo cuatro estudios no encontraron diferencias entre categorías de IMC. Las tasas de lactancia en todas las categorías de IMC no cumplieron con las recomendaciones de la OMS. Concluyen que las madres que presentan exceso de peso u obesidad necesitan un acompañamiento especial para poder iniciar y sostener la lactancia exclusiva, recomendando intervenciones perinatales bien diseñadas para mejorar los resultados en esta población vulnerable.

Pérez et al. (2021), en Brasil, llevaron a cabo un estudio retrospectivo con 224 mujeres para evaluar las prácticas de lactancia y los problemas durante los primeros días posparto, clasificadas en obesas ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$, $n=86$) y no obesas ($\text{IMC} 18.6\text{--}29.9 \text{ kg/m}^2$, $n=138$). Más del 50% de las mujeres obesas reportaron problemas de lactancia en los días 1 y 2 ($p=0.026$, $p=0.017$) en comparación con el 41% y 38% del grupo no obeso. Al tercer día, los hijos de madres obesas tuvieron 2.8 veces más probabilidad de presentar mala posición en el agarre (IC95%: 1.29–6.10). La lactancia exclusiva fue menor en mujeres obesas al alta hospitalaria (27% vs. 13.5%; $p=0.017$). Concluyen que la obesidad materna aumenta la dificultad para amamantar y recomiendan estrategias de apoyo específico en los primeros días posparto para mejorar las tasas de lactancia en esta población.

Nacionales

Cuellar-Calderón, (2025), en Huancayo, Perú, en su estudio descriptivo y transversal, evaluó 100 registros clínicos de gestantes buscando, los factores que se relacionan con el tiempo de LM en menores de 2 años, en un establecimiento de

primer nivel, reportando que la edad materna, el nivel educativo, el estado civil y el mayor IMC presentaron significancia estadística a la prueba de chi cuadrado ($p < 0.05$). el estudio concluye que, entre otros factores maternos, la obesidad materna se relaciona de forma significativa con una menor duración de la LM.

Zorrilla Cabrejo y Espinoza Rojas (2024), en Perú, llevaron a cabo una investigación de corte transversal con enfoque analítico sustentada en información proveniente de la ENDES de 2021 y 2022, en 4951 menores de 2 años y sus madres, buscando identificar los elementos vinculados al tiempo de duración del amamantamiento materno. Encontraron una prevalencia de LME de 85,3% y el 14,7% continuó hasta los 2 años. El contacto piel a piel precoz mostró una relación estadísticamente significativa con LME (RPa 1,19; $p < 0,01$), las madres adolescentes tuvieron mayor prevalencia de lactancia hasta los 6 meses (RPa 2,49; $p < 0,01$). Factores como residencia rural, menor nivel educativo y menor ingreso se asociaron a mayor duración de lactancia. Concluyen que intervenciones dirigidas podrían mejorar estas tasas en contextos vulnerables.

Regionales y locales

No se encontraron estudios regionales y locales.

Fundamentación científica.

La obesidad materna es un estado de acumulación excesiva de tejido adiposo en el organismo que se cuantifica habitualmente a través del índice de masa corporal (IMC). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, un valor de IMC igual o superior a 30 kg/m² es el criterio diagnóstico para clasificar la obesidad (WHO, 2023). Este trastorno de salud pública impacta de forma considerable a las mujeres en edad reproductiva, quienes enfrentan riesgos adicionales durante el embarazo y el posparto. Los efectos de la obesidad van más allá de lo físico, ya que también impactan aspectos metabólicos, hormonales y psicológicos que influyen en la salud materna e infantil (Barrea et al., 2024).

Su prevalencia ha aumentado globalmente, señalándose variaciones desde 26.8% hasta 54%, debido a factores como la urbanización, el sedentarismo y las dietas ricas en calorías, pero pobres en nutrientes, creando un entorno propicio para la ganancia ponderal desmedida (González-Plaza et al., 2022). Además, los condicionantes sociales que determinan el estado de salud, entre ellos el estrato económico, la disponibilidad de atención sanitaria y el nivel de instrucción, cumplen una función determinante. Estas brechas sociales incrementan la frecuencia de presentación de la obesidad materna, perpetuando disparidades en los resultados de salud materno infantil, particularmente en comunidades vulnerables. El enfoque integral para abordar este problema debe considerar tanto intervenciones clínicas como acciones orientadas a fomentar hábitos de vida saludables y medidas de salud colectiva (Williams et al., 2024).

La lactancia materna es ampliamente reconocida como la fuente de alimentación óptima para los recién nacidos, ya que ofrece beneficios excepcionales tanto para el bebé como para la madre. El alimento producido por la glándula mamaria aporta una composición singular de macro y micronutrientes, elementos inmunológicos y enzimas digestivas que contribuyen al fortalecimiento de las defensas del neonato, brindándole protección frente a patologías infecciosas del tracto gastrointestinal y respiratorio, así como enfermedades crónicas como la obesidad infantil. También mejora el desarrollo cognitivo y promueve un crecimiento saludable, reduciendo el riesgo de enfermedades alérgicas y metabólicas en el futuro (Pagano et al., 2024).

En las madres, la lactancia no solo propicia la contracción uterina y disminuye el riesgo de sangrados en el período posparto, sino que también reduce la probabilidad de desarrollar enfermedades metabólicas, neoplasias mamarias y del ovario. Además, favorece la reducción del peso corporal tras el parto, mejora la salud cardiovascular y refuerza el vínculo emocional con el bebé, promoviendo una relación afectiva sólida desde los primeros días. Sin embargo, diversos elementos condicionan el éxito de la práctica del amamantamiento, incluyendo el apoyo familiar, la educación en salud, las condiciones laborales y la estabilidad

emocional de la madre. Estas variables pueden actuar como facilitadores o barreras, condicionando el inicio y la duración de la lactancia (Basrowi et al., 2024).

Las madres que reciben un entorno de apoyo constante, tanto a nivel familiar como social, tienen mayores probabilidades de mantener una lactancia prolongada. Asimismo, los entornos socioculturales y las políticas públicas desempeñan un papel crucial en la promoción de esta práctica, subrayando la importancia de un enfoque integral para garantizar su éxito. Esto incluye medidas como permisos de maternidad adecuados, espacios laborales habilitados para la lactancia y campañas de sensibilización que eliminen estigmas sociales, fortaleciendo una cultura que valore y promueva esta práctica como una prioridad de salud pública (Cunningham et al., 2024).

Existe una relación compleja entre la obesidad materna y la lactancia. Fisiológicamente, la obesidad puede alterar la producción y la composición de la leche materna debido a desbalances hormonales, como la reducción de la prolactina, que es esencial para la producción de leche. Además, el exceso de grasa corporal puede dificultar el reflejo de eyección de leche, comprometiendo la eficacia de la lactancia y limitando la capacidad de la madre para satisfacer las demandas nutricionales del lactante (Mazur et al., 2023).

También se ha observado que las alteraciones metabólicas vinculadas a la obesidad pueden influir negativamente en la calidad de la leche, afectando la cantidad de nutrientes esenciales y la biodisponibilidad de compuestos inmunológicos clave (Kumari & Bisht, 2023).

En términos psicológicos y sociales, las madres con obesidad suelen enfrentar estigmatización, falta de apoyo y menor confianza en sus capacidades para amamantar, lo que contribuye a tasas más bajas de inicio y duración de la lactancia materna (Bugaeva et al., 2023). Estos factores pueden ser exacerbados por experiencias negativas en el sistema de salud, donde las mujeres con obesidad pueden sentirse juzgadas o recibir información insuficiente sobre cómo manejar

las dificultades de lactancia relacionadas con su condición (Nourizadeh et al., 2023). Estudios han demostrado que estas mujeres tienen mayor probabilidad de abandonar la lactancia de manera temprana, no solo debido a barreras fisiológicas, sino también por la falta de redes de apoyo adecuadas y programas diseñados específicamente para sus necesidades. Esto subraya la importancia de implementar intervenciones específicas que incluyan asesoramiento personalizado, recursos educativos y entornos de cuidado más inclusivos, con el fin de mejorar las tasas de éxito en la lactancia para esta población vulnerable (Olalere & Harley, 2024).

La leche materna es una secreción biológica producida por las glándulas mamarias humanas, específicamente adaptada a las necesidades nutricionales y fisiológicas del recién nacido. Su producción responde a mecanismos endocrinos complejos regulados principalmente por prolactina y oxitocina. Desde una perspectiva biológica, constituye un fluido dinámico cuya composición varía según la etapa de la lactancia, la edad gestacional y el estado materno (Reniker et al., 2023).

En términos composicionales, la leche materna contiene macronutrientes esenciales como proteínas, lípidos y carbohidratos, organizados en proporciones que favorecen la digestión y absorción neonatal. Destaca la presencia de lactosa como principal fuente energética, así como ácidos grasos de cadena larga involucrados en el desarrollo neurológico. Estos componentes se ajustan progresivamente desde el calostro hasta la leche madura (Nuzzi et al., 2021).

Además de su valor nutricional, la leche materna incorpora una amplia variedad de componentes bioactivos, entre ellos inmunoglobulinas, citocinas, factores de crecimiento y células inmunocompetentes. Dichos elementos participan en la modulación de la respuesta inmune del lactante, contribuyendo a la maduración del sistema gastrointestinal y a la protección frente a agentes infecciosos durante los primeros meses de vida (Rio-Aige et al., 2021).

La composición de la leche materna no es estática, sino que responde a influencias maternas metabólicas, hormonales y nutricionales. Variaciones en el índice de masa corporal, el estado inflamatorio y el perfil metabólico de la madre pueden

modificar concentraciones lipídicas, hormonales y de mediadores inmunológicos, lo que ha motivado el interés científico en su relación con condiciones como el sobrepeso y la obesidad materna (Słyk-Gulewska et al., 2023a).

Desde el punto de vista del lactante, la leche materna favorece un patrón de crecimiento armónico y una programación metabólica temprana. Su consumo se ha asociado con menor incidencia de infecciones, mejor desarrollo cognitivo y regulación del apetito en etapas posteriores. Estos efectos se explican, en parte, por la interacción entre nutrientes, microbiota intestinal y señales bioquímicas presentes en la leche (Yi & Kim, 2021).

Para la madre, la lactancia implica adaptaciones fisiológicas que incluyen mayor gasto energético y ajustes endocrinos sostenidos. Este proceso se relaciona con cambios en el metabolismo lipídico y glucídico, así como con modificaciones en la composición corporal posparto. La producción y mantenimiento de la lactancia reflejan, por tanto, un equilibrio entre demanda biológica, estado nutricional materno y condiciones de salud subyacentes (Talebi et al., 2024).

La corta duración de la lactancia materna tiene consecuencias significativas en la salud del lactante, de la madre y de la sociedad. Los bebés que no son amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida presentan un riesgo notablemente mayor de infecciones gastrointestinales y respiratorias, así como una mayor predisposición a desarrollar obesidad infantil y enfermedades metabólicas a largo plazo (Nurjanah et al., 2023).

Además, la leche materna proporciona compuestos bioactivos únicos que no pueden ser replicados por las fórmulas artificiales, lo que resalta aún más las implicaciones de su ausencia. Para las madres, una lactancia breve no solo dificulta la recuperación del peso posparto, sino que también incrementa significativamente el riesgo de obesidad persistente, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. Este impacto negativo no se limita al ámbito personal, sino que se extiende al sistema de salud público (Słyk-Gulewska et al., 2023b).

Las bajas tasas de lactancia aumentan considerablemente los costos asociados a la atención médica, debido a la mayor incidencia de enfermedades prevenibles en lactantes y madres como el cáncer de mama. Asimismo, estas cifras generan una carga económica para las familias y la sociedad en general, intensificando las desigualdades sociales en salud. Esto subraya la urgencia de implementar políticas efectivas de apoyo a la lactancia materna, incluyendo campañas de concienciación, formación adecuada para los profesionales de salud y medidas legislativas que garanticen permisos laborales suficientes y entornos favorables para amamantar. Promover una cultura de apoyo integral a la lactancia no solo beneficia a los individuos, sino que también fortalece los sistemas de salud y el bienestar colectivo (Koukou et al., 2023; Stordal, 2023).

Justificación de la investigación

Justificación Práctica. Este estudio permitirá identificar si la obesidad materna es un factor que afecta la duración de la lactancia en el Centro de Salud Progreso, lo que ayudará a desarrollar intervenciones específicas y estrategias de apoyo para madres con obesidad durante el periodo de lactancia.

Justificación Teórica. La investigación contribuirá a la literatura científica sobre la relación entre obesidad materna y lactancia en el contexto peruano, complementando estudios internacionales existentes y ayudando a comprender mejor los mecanismos por los cuales la obesidad podría afectar la duración de la lactancia.

Justificación Social. Los resultados beneficiarán directamente a las madres y sus bebés al identificar factores de riesgo modificables, permitiendo desarrollar programas de prevención y apoyo más efectivos. Esto contribuirá a mejorar las tasas de lactancia materna exitosa, con los consecuentes beneficios para la salud materno-infantil en la comunidad.

Justificación Metodológica. El diseño de casos y controles permitirá establecer asociaciones entre la obesidad materna y la duración de la lactancia de manera

eficiente y económica, utilizando datos existentes en historias clínicas. Los resultados podrán servir como base para futuros estudios prospectivos.

Justificación Científica. La investigación aportará evidencia sobre la relación entre obesidad materna y lactancia en la población peruana, permitiendo comparaciones con estudios internacionales y contribuyendo al conocimiento sobre factores que afectan el éxito de la lactancia materna en diferentes contextos poblacionales.

Problema

La obesidad materna representa un desafío significativo para la salud pública global, con una prevalencia creciente que afecta entre el 15% y el 40% de las mujeres en edad reproductiva en diferentes regiones del mundo. Esta condición no solo impacta en la salud materna durante el embarazo, sino que también puede influir en el éxito y la duración de la lactancia materna. Estudios internacionales han documentado que las madres con obesidad tienden a iniciar la lactancia con menor frecuencia ya mantenerla por períodos más cortos en comparación con madres de peso normal, lo que genera preocupación en la comunidad médica global.

En el contexto peruano, la situación es particularmente relevante dado que la obesidad en mujeres en edad fértil ha aumentado significativamente en la última década, alcanzando aproximadamente un 25% según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Simultáneamente, las tasas de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, aunque superiores al promedio mundial, han mostrado una tendencia decreciente en zonas urbanas, situándose alrededor del 65%. Esta intersección entre el aumento de la obesidad materna y la disminución en las tasas de lactancia materna requiere especial atención en nuestro contexto sanitario.

La lactancia materna es reconocida universalmente como el alimento óptimo para el recién nacido, proporcionando beneficios insustituibles tanto para la madre como para el bebé. Para la madre, la lactancia favorece la involución uterina,

reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario, ayuda en la pérdida de peso posparto y fortalece el vínculo materno-infantil. Para el bebé, la leche materna proporciona una nutrición ideal, fortalece el sistema inmunológico, reduce el riesgo de enfermedades infecciosas y crónicas y promueve un desarrollo neurológico óptimo. Por ello, identifiqué y abordé los factores que pueden comprometer su duración, puesto que es crucial para la salud pública.

Por lo que se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿Es la obesidad materna pregestacional, un factor de riesgo para la duración corta de la lactancia materna exclusiva en madres atendidas en el Centro de Salud Progreso, 2025?

Conceptuación y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones (factores)	Indicadores	Tipo	Escala	Unidad de medida
V. Independiente:	Obesidad materna PG. Es la condición de obesidad de una madre antes de la gestación.	En función a IMC determinada por peso y talla en HC.	--	$IMC \geq 30$	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
V. dependiente:	Duración de la lactancia materna. Tiempo en el que dura la LME en meses desde el nacimiento hasta la introducción de otro alimento.	Tiempo de lactancia materna registrado en la historia clínica del menor.	--	Si $\geq 6m$ (LME) Si $< 6m$ (no LME)	Cualitativa	Nominal	1.< 6meses 2. ≥ 6 meses
V. intervinientes	Edad materna. Tiempo en años desde al nacimiento al parto.	Edad de la madre registrada en su HC.	--	Años	Cuantitativa	Ordinal	1.<20 a 2.de 20 a 35 a 3.mas de 35 a
	Nivel educativo. Nivel de escolaridad máximo alcanzado al momento del parto.	Nivel escolarizado máximo registrado en HC materna.	--	Nivel máximo	Cualitativa	Ordinal	1.Sin instrucción 2.Primaria 3.Secundaria 4.Sup técnica 5.Sup universitaria
	Ocupación. Modo en el que obtiene los medios económicos para subsistir.	Ocupación registrada en la HC clínica materna.	--	--	Cualitativa	Nominal	1.Ama de casa 2.Trabajo depend. 3.Trabajo indep. 4.Estudiante 5.Otro
	Lugar de residencia. Lugar donde radica por lo menos los últimos 6 meses.	Lugar de residencia señalado en la HC materna.	--	--	Cualitativa	Nominal	1.Urbano 2.Rural
	Paridad. Número de partos que la madre ha tenido.	Paridad registrada en la HC clínica materna.	--	--	Cuantitativa	Razón	Número
	Número de CPN. Veces que acude a consultas de atención prenatal.	Número de CPN registrados en la HC clínica materna.	--	--	Cuantitativa	Razón	1.<6APN 2. ≥ 6 APN

	Tipo del parto actual. Es la forma en que ocurre el parto como vaginal o quirúrgico.	Tipo de parto registrada en la HC clínica materna.	--	--	Cualitativa	Nominal	1.Vaginal 2.CST
	Edad gestacional al parto. Es la edad del producto desde la concepción al parto medido en semanas.	EG registrada en la HC clínica materna.	--	--	Cuantitativa	Razón	1.Pretérmino 2.Término 3.Postérmino
	Peso PG materno. Peso pregestacional de la madre en kilogramos.	Peso materno Pregestacional registrado en la APN registrada en la HC clínica materna.	--	--	Cuantitativa	Razón	Kilogramos
	Talla materna PG. Estatura de la madre en metros.	Talla materna registrada en la HC clínica materna.	--	--	Cuantitativa	Razón	Metros
	Sexo del producto. Condición fenotípica de masculino o femenino.	Sexo del menor registrado en su HC.	--	--	Cualitativa	Nominal	1.Masculino 2.Femenino
	Peso al nacer. Peso en gramos al nacer del producto.	Peso del menor registrado durante el parto en la HC del menor.	--	--	Cuantitativa	Razón	Gramos
	Talla al nacer. Talla del producto al nacer.	Talla del menor al nacer registrada en la HC del menor.	--	--	Cuantitativa	Razón	Centímetros
	Contacto piel a piel. Técnica que consiste en colocar al RN desnudo sobre el abdomen y pecho desnudos de la madre.	Cumplimiento del contacto piel a piel registrado en la historia del parto del menor.	--	--	Cualitativa	Nominal	1.si 2.no

Hipótesis

(H1) La obesidad materna pregestacional, es un factor de riesgo significativo para la duración corta de la lactancia materna exclusiva en niños de madres atendidas en el Centro de Salud Progreso, 2025

(Ho) La obesidad materna pregestacional, no es un factor de riesgo significativo para la duración corta de la lactancia materna exclusiva en niños de madres atendidas en el Centro de Salud Progreso, 2025

Objetivos

Objetivo general

Determinar si la obesidad materna pregestacional, es un factor de riesgo para la duración corta de la lactancia materna exclusiva en niños de madres atendidas en el Centro de Salud Progreso, 2025.

Objetivos específicos

1. Caracterizar el perfil epidemiológico, entre los grupos de duración corta y adecuada de la lactancia materna exclusiva.
2. Identificar la frecuencia de obesidad materna pregestacional, en el grupo de duración corta de la lactancia materna exclusiva, atendidas en el Centro de Salud Progreso.
3. Identificar la frecuencia de obesidad materna pregestacional, en el grupo de duración adecuada de la lactancia materna exclusiva, atendidas en el Centro de Salud Progreso.
4. Establecer la fuerza de asociación entre la obesidad materna pregestacional y la duración corta de la lactancia materna exclusiva, mediante el cálculo del Odds Ratio, en las madres de niños atendidos en el Centro de Salud Progreso.

Metodología

Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: por su finalidad es de tipo aplicada, pues busca resolver un problema práctico al identificar factores de riesgo que afectan la duración de la lactancia materna. En cuanto a su alcance, es analítico porque pretendemos establecer una relación entre la obesidad materna y la duración de la lactancia.

Diseño de investigación: Es no experimental, pues no manipula las variables, es transversal porque recolecta datos en un único momento. Específicamente es un diseño de casos y controles, donde se comparan grupos de madres con corta y adecuada duración de lactancia para determinar la exposición al factor de riesgo (obesidad materna).

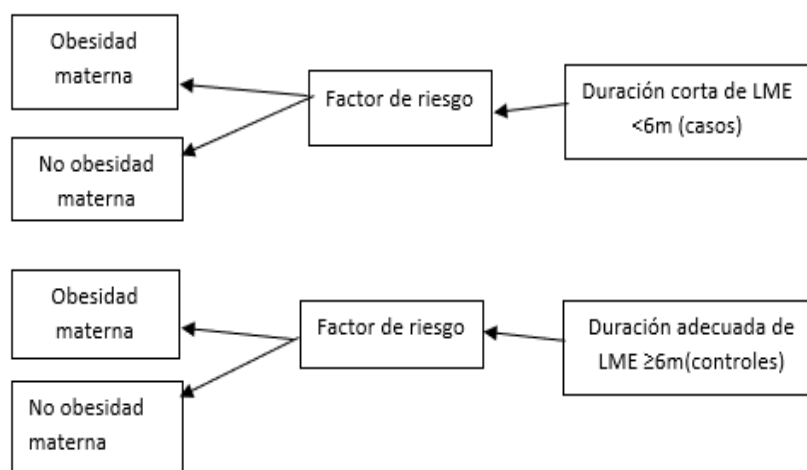


Figura. Diseño de casos y controles.

Población, muestra y muestreo

Población:

Población de Casos: Madres de los niños con duración corta de lactancia materna exclusiva (menos de 6 meses) que fueron atendidas en el Centro de Salud Progreso durante el período 2025 y que cumplen con los criterios de selección establecidos. El servicio de estadística reporta que las madres que dieron de lactar a sus niños menos de 6 meses durante el 2025 fueron 97.

Población de Controles: Madres de los niños, con duración adecuada de lactancia materna (6 meses o más) que fueron atendidas en el Centro de Salud Progreso durante el período 2025 y que cumplen con los criterios de selección establecidos. El servicio de estadística reporta que 124 madres dieron de lactar 6 meses o más.

Criterios de Inclusión para Casos:

- Historias clínicas de niños que abandonan la lactancia materna antes de los 6 meses posparto.
- Historias clínicas completas de madres, que incluyen datos antropométricos de la primera atención prenatal.
- Historias Clínicas de madres que hayan tenido al menos 3 atenciones prenatales.
- Madres con parto vaginal a término (37-41 semanas)

Criterios de Inclusión para Controles:

- Historias de niños que mantuvieron la lactancia materna por 6 meses o más
- Historias clínicas completas de madres, que incluyen datos antropométricos de la primera atención prenatal.
- Historias clínicas de madres que hayan tenido al menos 3 atenciones prenatales.
- Historias clínicas de madres con parto vaginal a término (37-41 semanas)

Criterios de Exclusión (aplican tanto para casos como controles):

- Historias clínicas de madres con complicaciones graves durante el embarazo o parto.
- Historias clínicas de madres con enfermedades crónicas preexistentes (diabetes, hipertensión, etc.)
- Historias clínicas de madres con trastornos psiquiátricos documentados
- Historias clínicas de recién nacidos con malformaciones congénitas o patologías que dificultan la lactancia.
- Historias clínicas de recién nacidos que requirieron hospitalización en UCIN.

- Historias clínicas de madres con gestación múltiple.
- Historias clínicas de madres que no residen en la jurisdicción del Centro de Salud.
- Historias clínicas con datos incompletos o ilegibles.
- Historias clínicas de madres que se trasladaron a otro centro de salud durante el periodo de seguimiento

Muestra:

Tamaño muestral se utilizó la fórmula para estudios de casos y controles, considerando un nivel de confianza del 95%, una potencia de prueba del 80%, y tomando como referencia el estudio de Feliciello et al (2023), quien reportó que la poca duración de la lactancia materna se presentó en un 74% de madres obesas y en un 52% de madres no obesas. Los detalles del cálculo pueden consultarse en el Anexo 5. Se desarrolló una muestra de 75 casos y 75 controles, y considerando una tasa de pérdidas del 15%, el tamaño muestral final fue de 84 casos y 84 controles. La selección de las unidades muestrales se realizó mediante muestreo aleatorio simple, elaborando inicialmente un marco muestral a partir de las historias clínicas que cumplieron los criterios de selección.

Técnicas e instrumentos de investigación

Para la recolección de datos se empleó la técnica documental, que consiste en la revisión de historias clínicas de las pacientes (casos) que no cumplieron con la lactancia materna exclusiva de por lo menos 6 meses durante el 2025 y para los controles de aquellas que si cumplieron con la lactancia materna exclusiva en ese mismo periodo de estudio. Para lo cual se utilizó una ficha diseñada específicamente registrando datos de la lactancia materna, su duración, el IMC materno pregestacional y datos sociodemográficos, esta ficha se puede ver en el anexo 2.

Confiabilidad y validez del instrumento

No pertinente.

Procesamiento y análisis de la información

Los datos recolectados fueron codificados e ingresados en una base de datos diseñada en SPSSv28. El análisis descriptivo incluyó el cálculo de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas, presentando los resultados en tablas y gráficos según corresponda.

Para el análisis inferencial se empleó la prueba Chi-cuadrado para establecer la asociación entre la obesidad materna y la duración de la LM, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$. Se calculó el Odds Ratio (OR) crudo con su intervalo de confianza al 95% para cuantificar la fuerza de asociación entre las variables principales.

Resultados

Tabla 1

Distribución del perfil epidemiológico (edad, procedencia, instrucción, ocupación, paridad y estado civil) según destete temprano o adecuado.

Perfil epidemiológico	Destete temprano		Destete adecuado	
	Nº	%	Nº	%
Total	84	100	84	100
Edad				
Menor de 20	9	10.7	12	14.3
De 20 a 35	59	70.2	55	65.5
Mayor de 35	16	19	17	20.2
Procedencia				
Urbano	77	91.7	81	96.4
Rural	7	8.3	3	3.6
Instrucción				
Primaria	0	0	1	1.2
secundaria	58	69	53	63.1
superior T	15	17.9	18	21.4
superior U	11	13.1	12	14.3
Ocupación				
Independiente	3	3.6	1	1.2
Dependiente	4	4.8	4	4.8
Estudiante	13	15.5	14	16.7
Desempleado	2	2.4	7	8.3
Casa	62	73.8	58	69
Paridad				
Nulípara	16	19	15	17.9
Primípara	17	20.2	21	25
Múltipara	51	60.7	48	57.1
Estado Civil				
Soltera	24	28.6	24	28.6
Casada	22	26.2	23	27.4
Conviviente	36	42.9	37	44
Divorciada	2	2.4	0	0

Viuda	0	0	0	0
-------	---	---	---	---

En la tabla 1 se observa que la distribución del perfil epidemiológico fue similar entre las madres con destete temprano y aquellas con destete adecuado, predominando en ambos grupos la edad de 20 a 35 años y la multiparidad. La mayoría procedía de zona urbana y tenía instrucción secundaria, siendo la ocupación más frecuente ama de casa. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en edad, procedencia, nivel de instrucción, ocupación, paridad ni estado civil ($p>0.05$), lo que indica una distribución homogénea de estas variables entre casos y controles. Esta información se visualiza en la figura 1.

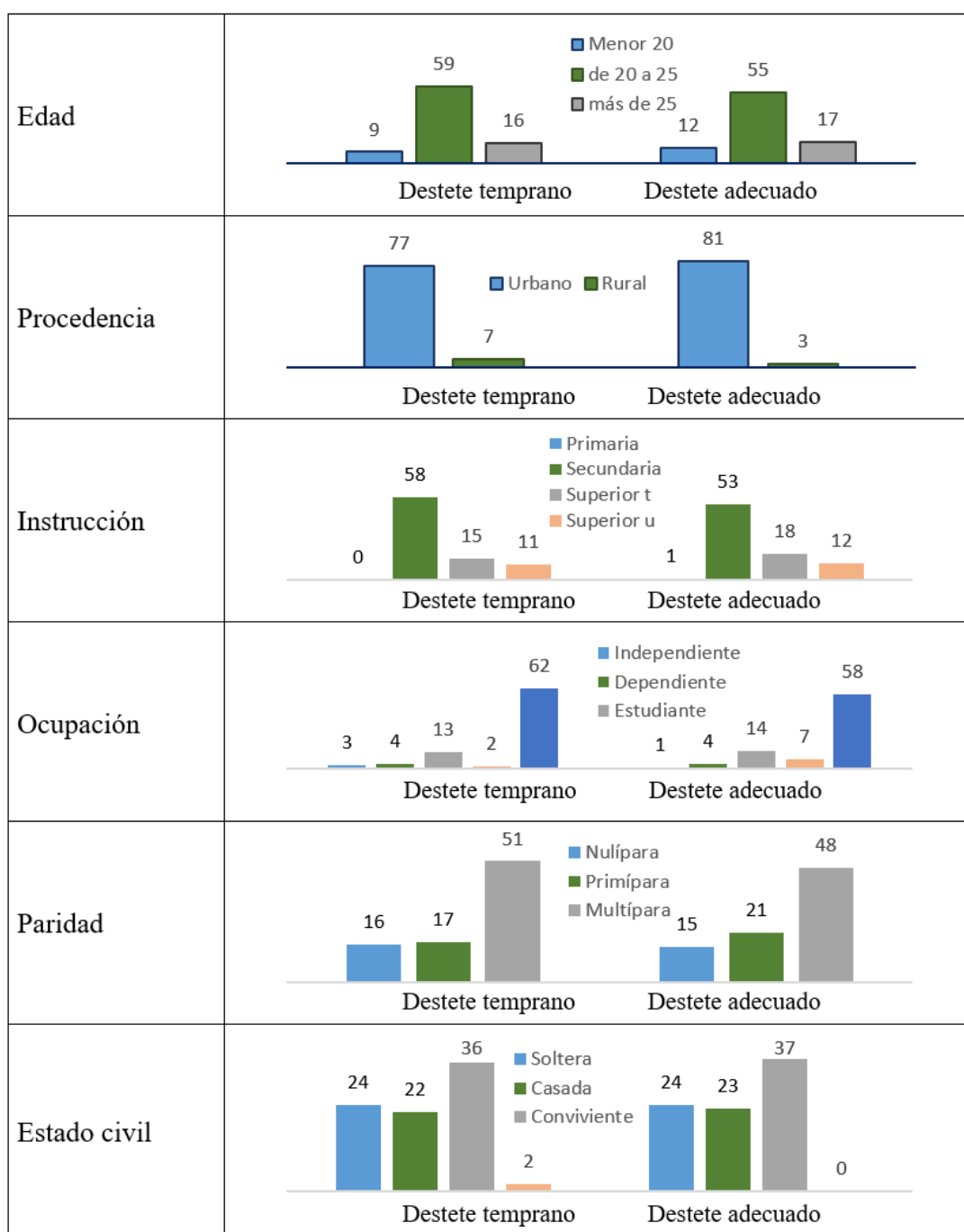


Figura 1. Gráfico compuesto de barras de la distribución del perfil epidemiológico (edad, procedencia, instrucción, ocupación, paridad y estado civil) según destete temprano o adecuado.

Tabla 2.

Distribución de obesidad materna pregestacional, en el grupo de duración corta de la lactancia materna, atendidos en el Centro de Salud Progreso.

Factor Obesidad materna pregestacional	Nº	%
Factor presente	61	72.6
Factor ausente	23	27.4
Total	84	100

La tabla 2, corresponde al grupo con duración corta de la lactancia materna exclusiva (<6 meses), se aprecia que 61 de 84 madres (72.6%) presentaron obesidad materna pregestacional, mientras que 23 (27.4%) no la presentaron. Esto muestra que dentro del grupo de destete temprano predomina ampliamente la condición de obesidad, evidenciándose una mayor proporción de madres con $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ en comparación con aquellas sin obesidad en este mismo grupo. Esta información se visualiza en el grafico de sector circular de la figura 2.

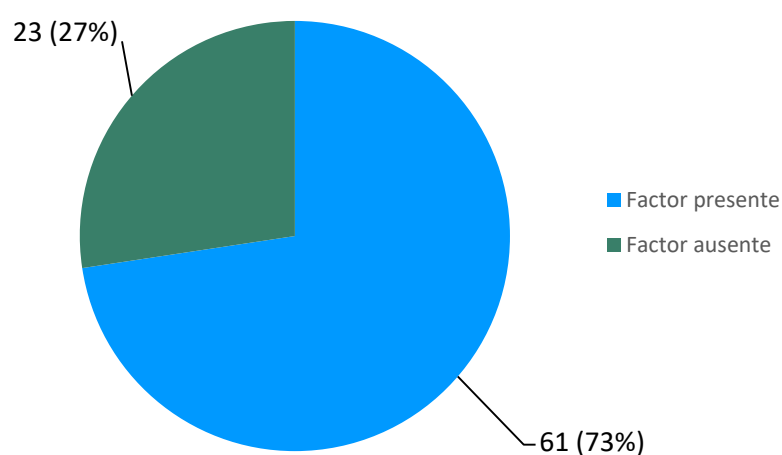


Figura 2. Gráfico de sector circular de la distribución de obesidad materna pregestacional, en el grupo con duración corta de la lactancia materna, en el Centro de Salud Progreso.

Tabla 3.

Distribución de obesidad materna pregestacional, en el grupo de duración adecuada de la lactancia materna, atendidos en el Centro de Salud Progreso.

Obesidad materna pregestacional	N°	%
Factor presente	16	19
Factor ausente	68	81
Total	84	100

La tabla 3, corresponde al grupo con duración adecuada de la lactancia materna exclusiva (≥ 6 meses), se observa que solo 16 de 84 madres (19.0%) presentaron obesidad materna pregestacional, mientras que 68 (81.0%) no presentaron esta condición. En este grupo predomina claramente la ausencia de obesidad, evidenciándose una distribución inversa respecto al grupo con destete temprano, donde la mayoría no obesas lograron mantener la lactancia exclusiva durante seis meses o más. Esta información se visualiza en la figura 3.

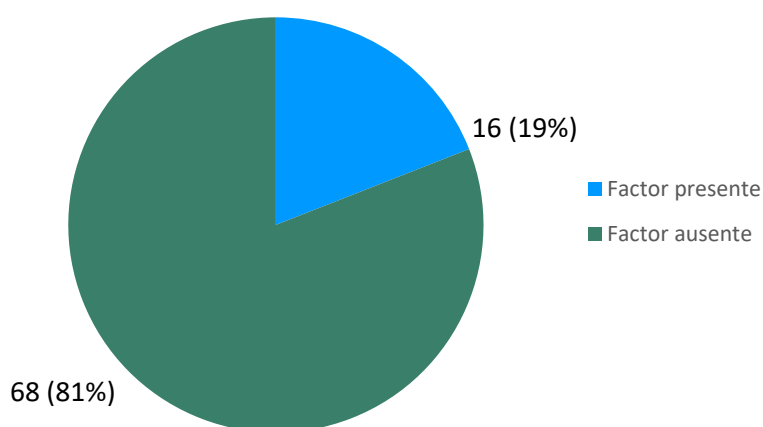


Figura 3. Gráfico de sector circular de la distribución de obesidad materna pregestacional, en el grupo de duración adecuada de la lactancia materna, en el Centro de Salud Progreso.

Tabla 4.

Asociación entre la obesidad materna pregestacional y la interrupción temprana de la LME.

FACTOR	GRUPO			
	Caso		Control	
	Nº	%	Nº	%
Obesidad materna				
Factor presente	61	72.6	16	19
Factor ausente	23	27.4	68	81
Total	84	100	84	100

Test de Independencia de Criterios	$\chi^2 =$	48.551	P <0.001
Estadígrafo de riesgo Odds ratio	OR =	11.3	5.4 – 23.3

En la tabla 4 se observa que el 72.6% de las madres con lactancia <6 meses presentaron obesidad, frente al 19.0% en el grupo con lactancia ≥ 6 meses, mostrando una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=48.551$; $p<0.001$). Esta diferencia evidencia una mayor frecuencia de obesidad en el grupo de casos. Propone además que la obesidad materna se asocia con una lactancia materna inferior a 6 meses. Con un OR 11.3 y un IC 95% que no contiene a 1. La figura 4 permite visualizar el OR.

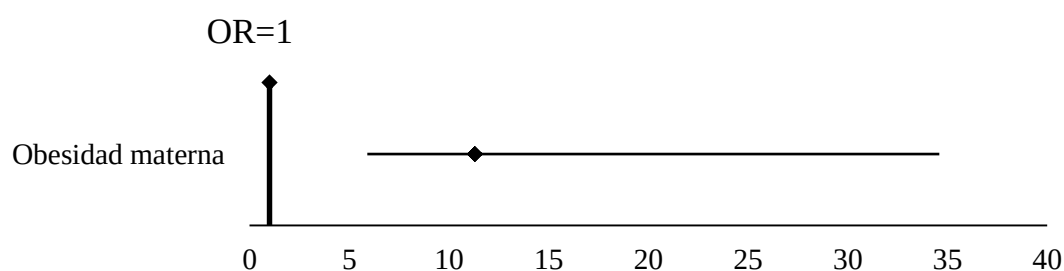


Figura 4. Forest Plot del Odds Ratio para la asociación entre la obesidad materna pregestacional y la interrupción temprana de la LME.

Análisis y discusión

El análisis integral evidenció que la obesidad materna se comporta como un factor asociado a menor duración de la lactancia materna exclusiva dentro del contexto estudiado, lo que sugiere un patrón consistente entre el estado nutricional pregestacional y el mantenimiento de la práctica de amamantamiento. Este comportamiento no parece depender de variables sociodemográficas, sino de un conjunto de mecanismos biológicos y contextuales que interactúan. La magnitud de la asociación observada refuerza la hipótesis de que el exceso de tejido adiposo previo al embarazo influye en la continuidad de la lactancia.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Feliciello et al. (2023) en Italia, en un estudio longitudinal retrospectivo con 366 puérperas, donde se evidenció menor frecuencia de lactancia materna exclusiva y mayor abandono temprano en mujeres con IMC elevado. La concordancia podría explicarse por similitudes en la definición operacional de obesidad y en el enfoque analítico observacional. Ambos estudios utilizaron indicadores clínicos objetivos y analizaron la duración de la lactancia como desenlace dicotómico, lo que fortalece la comparabilidad metodológica.

De manera similar, Keyes et al. (2023), en un estudio multicéntrico de cohorte prospectiva con más de cinco mil embarazos en Estados Unidos, España y Grecia, encontraron que el incremento del IMC pregestacional se asoció con menor duración tanto de lactancia exclusiva como de cualquier tipo de lactancia. La coincidencia parcial radica en que aquel estudio midió duración en meses continuos, mientras que el presente utilizó un punto de corte categórico, lo que podría influir en la magnitud comparativa del efecto estimado.

Los resultados también guardan coherencia con Montana et al. (2024), quienes en una revisión sistemática y metaanálisis de 122 estudios identificaron mayor riesgo de retraso en la lactogénesis II en mujeres con sobrepeso u obesidad. Aunque el desenlace evaluado no fue estrictamente la duración total de la lactancia, el retraso en la

instauración fisiológica puede constituir un mecanismo explicativo del abandono temprano. Esta convergencia fortalece la plausibilidad biológica de la asociación encontrada en el estudio actual.

En Grecia, Palaska et al. (2024) observaron que una mayor duración de lactancia se vinculaba con menor prevalencia de obesidad infantil, señalando indirectamente la influencia del estado materno en la dinámica de amamantamiento. Aunque el enfoque estuvo centrado en el niño y no en la madre, la coincidencia parcial sugiere que el IMC materno puede desempeñar un papel bidireccional en resultados relacionados con lactancia y composición corporal. Las diferencias metodológicas limitan la comparación directa, pero respaldan el marco interpretativo.

Call et al. (2024), en un estudio longitudinal con 237 mujeres con IMC elevado en Estados Unidos, reportaron que el exceso de peso no afectó la planificación ni el inicio de la lactancia, pero sí redujo la probabilidad de mantenerla durante seis meses. Esta coincidencia es relevante, ya que el presente estudio tampoco evaluó intención, sino mantenimiento efectivo. La concordancia podría atribuirse a que las dificultades no se manifiestan necesariamente al inicio, sino en la continuidad, influida por factores metabólicos y experiencia materna.

Crimmins et al. (2023) identificaron que la obesidad se asociaba con menor intención y duración de lactancia, mediada parcialmente por síntomas depresivos. Aunque el estudio actual no evaluó variables psicológicas, la teoría revisada sugiere que la autopercepción corporal y el apoyo social pueden incidir en la persistencia de la lactancia. Por tanto, la coincidencia parcial podría estar explicada por factores psicosociales no medidos que actúan como mediadores entre IMC elevado y abandono temprano.

Dockry et al. (2022) reportaron en Irlanda que la obesidad materna disminuía la probabilidad de lactancia exclusiva al alta hospitalaria. La coincidencia con el presente estudio se observa en la dirección de la asociación, aunque el desenlace evaluado difiere temporalmente. Mientras aquel estudio se centró en el periodo inmediato posparto, el actual evaluó la duración acumulada. Esto sugiere que las dificultades

pueden iniciar tempranamente y extenderse, generando impacto sostenido en la continuidad del amamantamiento.

En el ámbito nacional, Cuellar-Calderón (2025), en Huancayo, encontró asociación significativa entre mayor IMC y menor duración de lactancia en un establecimiento de primer nivel. Esta coincidencia refuerza la consistencia contextual dentro del país, aunque el diseño transversal limita la inferencia causal en aquel estudio. La similitud podría estar relacionada con características sociodemográficas comparables y con el patrón epidemiológico de obesidad en mujeres en edad fértil en regiones urbanas peruanas.

Por su parte, Zorrilla y Espinoza (2024), utilizando datos de la ENDES, identificaron factores asociados a duración de lactancia relacionados principalmente con contacto precoz y condiciones sociodemográficas. Aunque no centraron su análisis en obesidad, el contraste muestra que en el presente estudio las variables sociales no resultaron significativas. Esta diferencia podría explicarse por la selección de una población más homogénea y por criterios de inclusión restrictivos que reducen la variabilidad estructural.

Desde el fundamento fisiológico, la asociación observada puede explicarse por alteraciones endocrinas vinculadas al exceso adiposo. La obesidad se asocia con estado inflamatorio crónico de bajo grado y resistencia a la insulina, lo que puede interferir con la respuesta proláctínica y la adecuada instauración de la lactogénesis. Estudios como Mazur et al. (2023) describen que la meta-inflamación influye en la secreción hormonal y podría afectar la producción y eyección láctea, favoreciendo la percepción de insuficiencia.

Asimismo, la composición de la leche materna puede verse modificada en contextos de obesidad, con variaciones en leptina, insulina y perfil lipídico, como describen Słyk-Gulewska et al. (2023a). Estas modificaciones podrían alterar la saciedad infantil y la dinámica de demanda, generando mayor frustración materna. Además, factores psicosociales como estigmatización y menor autoconfianza, descritos por Nourizadeh

et al. (2023), pueden actuar conjuntamente con mecanismos biológicos, configurando un escenario multifactorial.

Las variables sociodemográficas evaluadas no mostraron asociación significativa con la duración de la lactancia. Este hallazgo difiere parcialmente de algunos estudios internacionales que identifican influencia del nivel educativo o estado civil. Sin embargo, la homogeneidad de la muestra y el predominio de características similares en ambos grupos podrían haber limitado la capacidad discriminativa de dichas variables. Además, el diseño de casos y controles ajustado mediante regresión logística reduce la influencia de confusión residual.

En términos de validez interna, el uso de historias clínicas completas, criterios de exclusión estrictos y análisis multivariado fortalecen la consistencia metodológica. La selección aleatoria de casos y controles reduce el sesgo de selección, mientras que la definición operacional clara de obesidad y lactancia mejora la precisión. No obstante, la dependencia de registros secundarios puede introducir sesgo de información si existieran omisiones en la documentación clínica original.

Respecto a la validez externa, aunque el tamaño muestral fue calculado con parámetros estadísticos adecuados y permitió análisis ajustado, la investigación se desarrolló en un único establecimiento urbano de primer nivel. Esto puede limitar la generalización a contextos rurales o de mayor complejidad hospitalaria. Sin embargo, al reflejar condiciones reales del sistema público de salud peruano, los resultados aportan evidencia contextual relevante para escenarios similares dentro del país.

Conclusiones

Se caracterizó el perfil epidemiológico de las madres atendidas, predominando mujeres de 20 a 35 años, multíparas y alta frecuencia de obesidad pregestacional.

Se compararon las características sociodemográficas y obstétricas entre casos y controles, evidenciándose que estas variables no mostró diferencias significativas.

Se estimó la fuerza de asociación entre obesidad materna pregestacional y lactancia menor de seis meses, encontrándose asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariado.

Se determinó que la obesidad materna constituyó un factor de riesgo significativo para la poca duración de la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud Progreso durante el 2025.

Recomendaciones

Implementar estrategias de detección y seguimiento nutricional en el control prenatal para identificar tempranamente gestantes con obesidad y fortalecer el acompañamiento durante el periodo posparto.

Fortalecer la consejería en lactancia materna durante las atenciones prenatales, priorizando educación personalizada que permita anticipar posibles dificultades en madres con factores de riesgo.

Desarrollar protocolos institucionales de apoyo específico a madres con obesidad, incorporando asesoría en técnicas de amamantamiento y seguimiento domiciliario temprano.

Promover investigaciones prospectivas multicéntricas que evalúen mecanismos biológicos y psicosociales que median la relación entre obesidad pregestacional y duración de lactancia.

Impulsar estudios longitudinales que integren variables metabólicas, psicológicas y sociales para ampliar la comprensión integral del fenómeno en contextos similares del sistema público de salud.

Referencias

- Achike, M., & Akpinar-Elci, M. (2021). The Role of Maternal Prepregnancy Body Mass Index in Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 16(9), 678-686. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0376>
- Ballestas Castillejos, A. (2022). *Lactancia materna: Factores que influyen sobre el amamantamiento y modelos predictivos* [Tesis de doctorado, Universidad de Castilla - La Mancha]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=320319>
- Barrea, L., Camastra, S., Garelli, S., Guglielmi, V., Manco, M., & Muscogiuri, G. (2024). Position statement of Italian Society of Obesity (SIO): Gestational Obesity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 29(1), 61. <https://doi.org/10.1007/s40519-024-01688-y>
- Basrowi, R. W., Soemarko, D. S., Darus, F., & Gamalliel, N. (2024). Breastfeeding and working mothers: A review from health belief model perspective. *Bali Medical Journal*, 13(2), 1510-1515. https://www.researchgate.net/profile/Ray-Basrowi/publication/383850823_Breastfeeding_and_working_mothers_A_review_from_health_belief_model_perspective/links/66dcd638fa5e11512ca8d7d1/Breastfeeding-and-working-mothers-A-review-from-health-belief-model-perspective.pdf
- Bugaeva, P., Arkusha, I., Bikaev, R., Kamenskiy, I., Pokrovskaya, A., ... Munblit, D. (2023). Association of breastfeeding with mental disorders in mother and child: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 21(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03071-7>
- Call, C. C., Hawkins, M. S., Shah, V. K., Frank, D., Niemi, S., & Levine, M. D. (2024). A longitudinal investigation of breastfeeding planning, initiation, and duration among individuals with pre-pregnancy overweight or obesity. *Appetite*, 197, 107333. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107333>
- Cárdenas Zapata, P. V., Cruz, V. F. O., Mancilla, I. C. O., Tapia, A. P., & Meza, V. A. V. (2022). *Consecuencias del sobrepeso y obesidad materna en la composición*

- y duración de la lactancia: Revisión bibliográfica en América 2011-2021 [Tesis de licenciatura, Universidad San Sebastian]. <https://repositorio.uss.cl/handle/uss/8527>
- Crimmins, M. R., Hand, M., Samuel, H., Bellando, J., Sims, C. R., Andres, A., & Sobik, S. (2023). The Impact of Excessive Weight on Breastfeeding Intention, Initiation, and Duration. *Breastfeeding Medicine*, 18(9), 688-695. <https://doi.org/10.1089/bfm.2023.0072>
- Cuellar-Calderon, V. T. (2025). *Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en un puesto de salud de Hualhuas-2024* [Tesis de licenciatura, Universidad Continental]. <https://repositorio.continental.edu.pe/item/dede5862-76e0-46d1-a342-1f21526ef54e>
- Cunningham, S., Penning, J., Barboza, S., Hansen, B., Tonks, T., Varnell, T., & Wolf, R. L. (2024). Breastfeeding in US working mothers: A systematic review. *WORK*, 78(4), 851-871. <https://doi.org/10.3233/WOR-220645>
- Dalrymple, K. V., Briley, A. L., Tydeman, F. A. S., Seed, P. T., Singh, C. M., Flynn, A. C., White, S. L., & Poston, L. (2024). Breastfeeding behaviours in women with obesity; associations with weight retention and the serum metabolome: A secondary analysis of UPBEAT. *International Journal of Obesity*, 48(10), 1472-1480. <https://doi.org/10.1038/s41366-024-01576-6>
- Darling, A. J., Gatta, L. A., Tucker, A., Adkins, L. D., Mitchell, C., Reiff, E., & Dotters-Katz, S. (2022). Gestational weight gain and patterns of breastfeeding among patients with class III obesity. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 9851-9856. <https://doi.org/10.1080/14767058.2022.2060734>
- Dockry, E. F., Hussein, M., Murphy, C., & El-Khuffash, A. (2022). Factors Affecting Exclusive Breastfeeding at a Tertiary Maternity Hospital. *Irish medical journal*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Factors-Affecting-Exclusive->

Breastfeeding-at-a-Dockry-

Hussein/760dc0f52358f630bda219638c5c0c2ebdcc34e6

Feliciello, L., Spelta, E., Facchinetti, F., Menichini, D., Monari, F., & Neri, I. (2023). Maternal obesity and breastfeeding: Retrospective longitudinal observational study. *Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 35(Supplement 01), 43. <https://doi.org/10.36129/jog.2022.S42>

González-Plaza, E., Bellart, J., Martínez-Verdú, M. Á., Arranz, Á., Luján-Barroso, L., & Seguranyes, G. (2022). Prevalencia de sobrepeso y obesidad preconcepcional en mujeres gestantes, y relación con los resultados maternos y perinatales. *Enfermería Clínica*, 32, S23-S30. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.004>

Keyes, M., Andrews, C., Midya, V., Carrasco, P., Guxens, M., & Sen, S. (2023). Mediators of the association between maternal body mass index and breastfeeding duration in 3 international cohorts. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 118(1), 255-263. <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2023.04.004>

Koukou, Z., Papadopoulou, E., Panteris, E., Papadopoulou, S., Skordou, A., Karamaliki, M., & Diamanti, E. (2023). The Effect of Breastfeeding on Food Allergies in Newborns and Infants. *Children*, 10(6), Article 6. <https://doi.org/10.3390/children10061046>

Kumari, P., & Bisht, A. (2023). The protective effects of breastfeeding on maternal lifestyle disorders: A systematic review. *International Journal of Health Sciences and Research*, 13(3), 154-166. https://www.researchgate.net/profile/Preeti-Kumari-80/publication/383818531_The_protective_effects_of_breastfeeding_on_maternal_lifestyle_disorders_a_systematic_review/links/66dad78abd20173667b97ffb/The-protective-effects-of-breastfeeding-on-maternal-lifestyle-disorders-a-systematic-review.pdf

- Martín-Ramos, S., Domínguez-Aurrecoechea, B., Sánchez Echenique, M., García Pérez, R., Bonet Garrosa, A., & Solís-Sánchez, G. (2024). Breastfeeding duration and nutritional status of infants and toddlers in Spain. LAYDI study (PAPenRed). *Anales de Pediatría (English Edition)*, 101(3), 172-182. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2024.08.003>
- Mazur, D., Satora, M., Rekowska, A. K., Kabała, Z., Łomża, A., Kimber-Trojnar, Ż., & Leszczyńska-Gorzelak, B. (2023). Influence of Breastfeeding on the State of Meta-Inflammation in Obesity—A Narrative Review. *Current Issues in Molecular Biology*, 45(11), Article 11. <https://doi.org/10.3390/cimb45110565>
- Montana, A. V., Mildon, A., Daniel, A. I., Pitino, M. A., Baxter, J.-A. B., & Walton, K. (2024). Is Maternal Body Weight or Composition Associated with Onset of Lactogenesis II, Human Milk Production, or Infant Consumption of Mother's Own Milk? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Advances in Nutrition*, 15(6), 100228. <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2024.100228>
- Nourizadeh, R., Shamsdanesh, S., Mehrabi, E., Ranjbar, F., Hakimi, S., & Salehi Pourmehr, H. (2023). The Effect of Psychological Interventions on the Anxiety and Breastfeeding Self-Efficacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 52(5), 937-949. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i5.12710>
- Nurjanah, S., Wirjatmadi, B., Devy, S. R., Suminar, D. R., & Pratiwi, E. N. (2023). Predictors of breastfeeding duration on mothers who return to work: A systematic review. *Journal of Public Health in Africa*, 14(2), Article 2. <https://doi.org/10.4081/jphia.2023.2569>
- Nuzzi, G., Trambusti, I., DI Cicco, M. E., & Peroni, D. G. (2021). Breast milk: More than just nutrition! *Minerva Pediatrics*, 73(2), 111-114. <https://doi.org/10.23736/S2724-5276.21.06223-X>
- Olalere, O., & Harley, C. (2024). Why women discontinue exclusive breastfeeding: A scoping review. *British Journal of Midwifery*, 32(12), 673-682. <https://doi.org/10.12968/bjom.2024.0044>

- Pagano, F., Gaeta, E., Morlino, F., Riccio, M. T., Giordano, M., & De Bernardo, G. (2024). Long-term benefits of exclusive human milk diet in small for gestational age neonates: A systematic review of the literature. *Italian Journal of Pediatrics*, 50(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s13052-024-01648-3>
- Palaska, E., Antoniou, E., Tzitiridou-Chatzopoulou, M., Eskitzis, P., & Orovou, E. (2024). Correlation between Breastfeeding, Maternal Body Mass Index, and Childhood Obesity. *Epidemiologia*, 5(3), 411-420. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia5030030>
- Reniker, L. N., Frazer, L. C., & Good, M. (2023). Key biologically active components of breast milk and their beneficial effects. *Seminars in Pediatric Surgery*, 32(3), 151306. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2023.151306>
- Rio-Aige, K., Azagra-Boronat, I., Castell, M., Selma-Royo, M., Collado, M. C., Rodríguez-Lagunas, M. J., & Pérez-Cano, F. J. (2021). The Breast Milk Immunoglobulinome. *Nutrients*, 13(6), 1810. <https://doi.org/10.3390/nu13061810>
- Słyk-Gulewska, P., Kondracka, A., & Kwaśniewska, A. (2023a). MicroRNA as a new bioactive component in breast milk. *Non-Coding RNA Research*, 8(4), 520-526. <https://doi.org/10.1016/j.ncrna.2023.06.003>
- Słyk-Gulewska, P., Kondracka, A., & Kwaśniewska, A. (2023b). MicroRNA as a new bioactive component in breast milk. *Non-coding RNA Research*, 8(4), 520-526. <https://doi.org/10.1016/j.ncrna.2023.06.003>
- Stordal, B. (2023). Breastfeeding reduces the risk of breast cancer: A call for action in high-income countries with low rates of breastfeeding. *Cancer Medicine*, 12(4), 4616-4625. <https://doi.org/10.1002/cam4.5288>
- Sun, J., Han, J., Jiang, X., Ying, Y., & Li, S. (2024). Association between breastfeeding duration and BMI, 2009–2018: A population-based study. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1463089. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1463089>

- Talebi, S., Kianifar, H. R., & Mehdizadeh, A. (2024). Nutritional requirements in pregnancy and lactation. *Clinical Nutrition ESPEN*, 64, 400-410. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2024.10.155>
- Tuoyire, D. A., & Tampah-Naah, A. M. (2024). Association of breastfeeding duration with overweight and obesity among women in Ghana. *Frontiers in Global Women's Health*, 5, 1251849. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1251849>
- WHO. (2023). *WHO acceleration plan to stop obesity* (p. 20). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370281/9789240075634-eng.pdf?sequence=1>
- Williams, M. S., McKinney, S. J., & Cheskin, L. J. (2024). Social and Structural Determinants of Health and Social Injustices Contributing to Obesity Disparities. *Current Obesity Reports*, 13(3), 617-625. <https://doi.org/10.1007/s13679-024-00578-9>
- Yi, D. Y., & Kim, S. Y. (2021). Human Breast Milk Composition and Function in Human Health: From Nutritional Components to Microbiome and MicroRNAs. *Nutrients*, 13(9), 3094. <https://doi.org/10.3390/nu13093094>
- Youssef, M. H., Alsharif, H. S., Qartali, A. A., Bahar, M. M., Abbas, A. M., Alshehri, F. S., & Malki, S. Z. (2022). The influence of maternal overweight and obesity on breastfeeding among women in Al-Madinah, Al-Munawwarah. *Medical Science*, 26(129), 1-8. <https://doi.org/10.54905/disssi/v26i129/ms485e2573>
- Zorrilla Cabrejo, M., & Espinoza Rojas, R. (2024). Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Perú 2021-2022. *Medicina Clínica y Social*, 8(2), 213-221. <https://doi.org/10.52379/mcs.v8i2.407>

Anexos y apéndices

Anexo 1. Autorización.

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

SOLICITO: PERMISO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PARA TESIS

Dr. CORCUERA CRUZ ALEX FARLY
Director de la Red de Salud Pacífico Norte

Con atención a: Dra. Alva Domínguez Sharon
Oficina de Convenios, Capacitación, Apoyo al Docente y Serums.

Señor Director reciba nuestro cordial saludo, me dirijo a usted en representación de la Facultad de Medicina Humana.

Respetuosamente, solicitamos su autorización para que nuestra estudiante, **Ocas Rodríguez Sonia Maribel**, identificada con DNI N.º **32984391**, pueda llevar a cabo su investigación titulada **"Obesidad materna Pregestacional, como factor de riesgo de duración corta de la lactancia materna exclusiva, en el Centro de Salud Progreso, 2025"** en su prestigiosa institución.

Específicamente, requerimos su aprobación para: 1) Permitir el acceso de la estudiante a las instalaciones del Centro de Salud Progreso. 2) Autorizar la consulta de la información pertinente en su base de datos, bajo estrictas normas de confidencialidad. 3) Acceso a historias clínicas.

Esta investigación es un requisito fundamental para obtener el título profesional de Médico Cirujano, y estamos seguros de que los resultados serán de gran valor para la comunidad médica y la salud pública local.

Agradecemos de antemano su consideración y apoyo a la formación de nuevos profesionales de la salud. Quedamos a su disposición para proporcionar cualquier información adicional que pueda requerir.

Chimbote, 06 de enero 2026

Atentamente



Red Integrada de Salud
Pacífico Norte



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

MEMORANDUM N° 48 -2026-RSPN/U.RR.HH/A.C.CYA.D.S

A : JEFATURA DEL CS. PROGRESO

ASUNTO : PRESENTACION EN CALIDAD DE INVESTIGADOR

REF : SOLICITUD S/N

FECHA : Chimbote, 16 de enero del 2026.

RR.HH. - RISP
REG.DOC 03745533
E. EXP 02256217

Se comunica que, según el documento de la referencia **SOLICITUD S/N**, deberá brindar facilidades a los estudiantes **OCAS RODRIGUEZ SONIA MARIBEL**, procedente de la **UNIVERSIDAD SAN PEDRO**, de la Facultad de **MEDICINA HUMANA**, para la realización del trabajo de investigación titulada **"OBESIDAD MATERNA PREGESTACIONAL, COMO FACTOR DE RIESGO DE DURACIÓN CORTA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, EN EL CENTRO DE SALUD PROGRESO 2025"**, con fecha de inicio 19 al 29 de enero del 2026.

CENTRO DE
PROGRESO
RECIBIDO

Fecha: 21/01/26
7:48 a.m.

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección Regional de Salud Ancash
Red Integrada de Salud Pacífico Norte

Atentamente,

Abog. José Antonio Jara Parra
JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS



GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección Regional de Salud Ancash
Red Integrada de Salud Pacífico Norte

ra. Sharon S. Alva Domínguez
C. M. P. 91697
JEFE ÁREA DE CAPACITACIONES CONVENIO Y SERUMS

SSAD/bcar
CC./Archivo



MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD PROGRESO

Dr. Yovany Martín Quijano Rojas
C. M. 34458 (E)

Anexo 2. Ficha de recolección de datos.

Ficha de recolección de datos.

Obesidad materna pregestacional como factor de riesgo de duración corta de la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud Progreso 2025

Nº de Ficha: _____, Nº de HC: _____

I. DATOS DE LACTANCIA MATERNA

☐ CASO (LM < 6m)

☐ CONTROL (LM ≥ 6m)

II. DATOS GENERALES DE LA MADRE

1. **Edad:** _____ años

2. **Estado civil:**

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Conviviente
- ☐ Divorciada/Separada
- ☐ Viuda

3. **Nivel educativo:**

- ☐ Sin estudios
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Superior técnica
- ☐ Superior universitaria

4. **Ocupación:**

- ☐ Ama de casa
- ☐ Trabajadora dependiente
- ☐ Trabajadora independiente
- ☐ Estudiante
- ☐ Otro: _____

5. **Lugar de residencia:**

- ☐ Urbano
- ☐ Rural

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

6. **Paridad:**

7. **Número de CPN:** _____

8. **Tipo de parto actual:**

1. Vaginal, 2. Cesárea

9. **EG al parto:** _____ semanas.

III. DATOS ANTROPOMÉTRICOS MATERNOS (1º CPN)

10. **Peso pregestacional:** _____ kg

11. **Talla:** _____ m

IV. DATOS DEL NIÑO(A)

12. **Sexo:** 1. Masculino, 2. Femenino

13. **Peso al nacer:** _____ g

14. **Talla al nacer:** _____ cm

15. **Contacto piel con piel inmediato:** 1. Si, 2. No

16. **Tiempo de LM:** _____

Anexo 3. Validación y confiabilidad.

Validación de ficha de expertos y confiabilidad.

No pertinente.

Anexo 4. Matriz de consistencia.

Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
¿Es la obesidad materna pregestacional un factor de riesgo para la duración corta de la lactancia materna exclusiva en madres atendidas en el Centro de Salud Progreso, 2025?	Objetivo general Determinar si la obesidad materna pregestacional es un factor de riesgo para la duración corta de la lactancia materna en pacientes atendidas en el Centro de Salud Progreso, 2025. Objetivos específicos 1. Identificar la frecuencia de obesidad materna pregestacional en el grupo de madres con duración corta de la lactancia materna exclusiva, atendidas en el Centro de Salud Progreso durante el año 2025. 2. Identificar la frecuencia de obesidad materna pregestacional, en el grupo de madres con duración adecuada de la lactancia materna exclusiva, atendidas en el Centro de Salud Progreso. 3. Establecer la fuerza de asociación entre la obesidad materna pregestacional y la duración corta de la lactancia materna exclusiva, mediante el cálculo de Odds Ratio en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Progreso.	Independiente: Obesidad pregestacional Dependiente Lactancia materna exclusiva	Objetivo general Determinar si la obesidad materna pregestacional es un factor de riesgo para la duración corta de la lactancia materna exclusiva en pacientes atendidas en el Centro de Salud Progreso, 2025. Objetivos específicos 1. Identificar la frecuencia de obesidad materna pregestacional en el grupo de madres con duración corta de la lactancia materna exclusiva, atendidas en el Centro de Salud Progreso durante el año 2025. 2. Identificar la frecuencia de obesidad materna pregestacional, en el grupo de madres con duración adecuada de la lactancia materna exclusiva, atendidas en el Centro de Salud Progreso. 3. Establecer la fuerza de asociación entre la obesidad materna pregestacional y la duración corta de la lactancia materna exclusiva, mediante el cálculo de Odds Ratio en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Progreso.	Investigación es aplicada, analítica, transversal de casos-controles, con madres del Centro de Salud Progreso (2025). Compara grupos con lactancia <6 meses versus ≥6 meses, evaluando obesidad materna como factor de riesgo. Muestra: 84 casos y 84 controles (95% confianza, 80% potencia). Recolección mediante revisión documental de historias clínicas. Análisis con Chi-cuadrado y OR (IC 95%), usando SPSS v28.

Anexo 5. Cálculo de la muestra.

Cálculo del tamaño de muestra en estudios de casos y controles.

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Donde:

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96,$$

$$Z_{1-\beta} = 0,84,$$

$r = 1$, es el número de casos para cada control.

P_1 , es la proporción con la que se presenta el factor de riesgo en el grupo de los casos.

P_2 , es la proporción con la que se presenta el factor de riesgo en el grupo de controles.

$P_M = P_1 + rP_2 / r + 1$, es la proporción ponderada entre P_1 y P_2 .

Donde:

P_1 y P_2 se obtienen del antecedente de Feliciello et al. (2023) quienes reportan valores de 74 y 52% respectivamente.

$$n = \frac{\left[1.96\sqrt{2 \times 0.63 \times 0.37} + 0.84\sqrt{0.74 \times 0.26 + 0.52 \times 0.48} \right]^2}{(0.74 - 0.52)^2}$$

$$n = \frac{3.6026}{0.0484} = 74.43$$

Ajustando el tamaño de muestra a pérdidas del 15% se tiene un tamaño final de 83.3, redondeando se tiene 84.

Finalmente, el tamaño de muestra queda en 84 casos y 84 controles.

Anexo 6. Consentimiento informado.

Consentimiento informado.

No pertinente.

Anexo 7.

Base de datos

ID	Caso/control	Edad	E. civil	Instrucción	ocupación	Residencia	Paridad	Obesidad
1	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	4.Superior t	2.Dependiente	1.Urbano	1.Nulipara	2.No obesa
2	1.Caso	3.> 35 a	3.Conviviente	5.Superior univ	1.Independiente	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
3	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	2.Dependiente	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
4	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	4.Superior t	3.Estudiante	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
5	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	4.Desempleado	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
6	1.Caso	3.> 35 a	2.Casada	4.Superior t	3.Estudiante	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
7	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	4.Desempleado	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
8	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	5.Superior univ	1.Independiente	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
9	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	3.Estudiante	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
10	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
11	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	4.Superior t	3.Estudiante	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
12	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	2.Rural	3.Multípara	1.Obesa
13	1.Caso	1.< 20 a	1.Soltera	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	1.Nulipara	1.Obesa
14	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
15	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
16	1.Caso	3.> 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
17	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulipara	1.Obesa
18	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
19	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
20	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
21	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	5.Superior univ	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
22	1.Caso	3.> 35 a	4.Divorciada	5.Superior univ	2.Dependiente	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
23	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
24	1.Caso	3.> 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
25	1.Caso	1.< 20 a	1.Soltera	3.Secundaria	3.Estudiante	2.Rural	1.Nulipara	2.No obesa
26	1.Caso	1.< 20 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
27	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	5.Superior univ	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
28	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
29	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
30	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
31	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
32	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	3.Estudiante	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
33	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	5.Superior univ	1.Independiente	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
34	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulipara	2.No obesa
35	1.Caso	3.> 35 a	2.Casada	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
36	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	5.Superior univ	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulipara	1.Obesa
37	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa

38	1.Caso	3.> 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
39	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
40	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulípara	2.No obesa
41	1.Caso	1.< 20 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulípara	1.Obesa
42	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
43	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
44	1.Caso	3.> 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
45	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
46	1.Caso	1.< 20 a	1.Soltera	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	1.Nulípara	2.No obesa
47	1.Caso	3.> 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
48	1.Caso	1.< 20 a	1.Soltera	3.Secundaria	3.Estudiante	2.Rural	1.Nulípara	1.Obesa
49	1.Caso	3.> 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
50	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	2.Rural	1.Nulípara	1.Obesa
51	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
52	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	3.Estudiante	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
53	1.Caso	3.> 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
54	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	2.Rural	1.Nulípara	2.No obesa
55	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
56	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	5.Superior univ	5.Su casa	2.Rural	2.Primípara	2.No obesa
57	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
58	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
59	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	4.Superior t	3.Estudiante	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
60	1.Caso	1.< 20 a	2.Casada	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	1.Nulípara	1.Obesa
61	1.Caso	1.< 20 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulípara	1.Obesa
62	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	5.Superior univ	2.Dependiente	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
63	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
64	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulípara	1.Obesa
65	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
66	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
67	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
68	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	5.Superior univ	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
69	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
70	1.Caso	3.> 35 a	4.Divorciada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
71	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
72	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
73	1.Caso	3.> 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
74	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
75	1.Caso	3.> 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
76	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
77	1.Caso	3.> 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
78	1.Caso	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa

79	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
80	1.Caso	3.> 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	2.Rural	3.Multípara	1.Obesa
81	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	5.Superior univ	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
82	1.Caso	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
83	1.Caso	1.< 20 a	2.Casada	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	1.Nulípara	1.Obesa
84	1.Caso	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
85	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
86	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	5.Superior univ	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
87	2.Control	1.< 20 a	2.Casada	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	1.Nulípara	2.No obesa
88	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
89	2.Control	1.< 20 a	1.Soltera	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	1.Nulípara	2.No obesa
90	2.Control	3.> 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
91	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	2.Rural	3.Multípara	2.No obesa
92	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
93	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
94	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
95	2.Control	3.> 35 a	3.Conviviente	5.Superior univ	2.Dependiente	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
96	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	5.Superior univ	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
97	2.Control	1.< 20 a	3.Conviviente	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	1.Nulípara	2.No obesa
98	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
99	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
100	2.Control	1.< 20 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulípara	2.No obesa
101	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
102	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
103	2.Control	1.< 20 a	3.Conviviente	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	1.Nulípara	2.No obesa
104	2.Control	1.< 20 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
105	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
106	2.Control	3.> 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
107	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	4.Superior t	3.Estudiante	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
108	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
109	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
110	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
111	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	5.Superior univ	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
112	2.Control	1.< 20 a	3.Conviviente	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	1.Nulípara	2.No obesa
113	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
114	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	1.Obesa
115	2.Control	1.< 20 a	1.Soltera	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulípara	2.No obesa
116	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
117	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
118	2.Control	3.> 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
119	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa

120	2.Control	3.> 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
121	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulipara	2.No obesa
122	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
123	2.Control	3.> 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
124	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
125	2.Control	3.> 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
126	2.Control	1.< 20 a	3.Conviviente	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	1.Nulipara	1.Obesa
127	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
128	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
129	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
130	2.Control	3.> 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	2.Rural	3.Multípara	2.No obesa
131	2.Control	3.> 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
132	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
133	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulipara	2.No obesa
134	2.Control	3.> 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
135	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	5.Superior univ	1.Independiente	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
136	2.Control	3.> 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
137	2.Control	1.< 20 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulipara	2.No obesa
138	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
139	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
140	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
141	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	4.Superior t	3.Estudiante	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
142	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulipara	2.No obesa
143	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
144	2.Control	3.> 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
145	2.Control	1.< 20 a	1.Soltera	4.Superior t	3.Estudiante	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
146	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
147	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
148	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	5.Superior univ	5.Su casa	2.Rural	1.Nulipara	2.No obesa
149	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
150	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
151	2.Control	3.> 35 a	2.Casada	2.Primaria	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
152	2.Control	1.< 20 a	2.Casada	4.Superior t	3.Estudiante	1.Urbano	1.Nulipara	2.No obesa
153	2.Control	3.> 35 a	3.Conviviente	5.Superior univ	2.Dependiente	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
154	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	5.Superior univ	5.Su casa	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
155	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	5.Su casa	1.Urbano	1.Nulipara	2.No obesa
156	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	5.Su casa	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
157	2.Control	2.de 20 a 35 a	2.Casada	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
158	2.Control	3.> 35 a	1.Soltera	5.Superior univ	4.Desempleado	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
159	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	5.Superior univ	2.Dependiente	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
160	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	5.Superior univ	2.Dependiente	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa

161	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	4.Desempleado	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
162	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
163	2.Control	3.> 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	3.Estudiante	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
164	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	4.Desempleado	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
165	2.Control	2.de 20 a 35 a	1.Soltera	3.Secundaria	4.Desempleado	1.Urbano	3.Multípara	1.Obesa
166	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	5.Superior univ	4.Desempleado	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa
167	2.Control	2.de 20 a 35 a	3.Conviviente	4.Superior t	4.Desempleado	1.Urbano	2.Primípara	2.No obesa
168	2.Control	3.> 35 a	3.Conviviente	3.Secundaria	4.Desempleado	1.Urbano	3.Multípara	2.No obesa

Anexo 7.

Formato de Repositorio


USP
 UNIVERSIDAD SAN PEDRO

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor			
OCAS RODRIGUEZ SONIA HANIBEL		32984391	sony8010@gmail.com
Apellidos y Nombres		DNI	Correo Electrónico
2. Tipo de Documento de Investigación			
☒ Tesis	☐ Trabajo de Suficiencia Profesional	☐ Trabajo Académico	☐ Trabajo de Investigación
3. Grado Académico o Título Profesional ¹			
☐ Bachiller	☒ Título Profesional	☐ Título Segunda Especialidad	☐ Maestría ☐ Doctorado
4. Título del Documento de Investigación			
Obesidad Materna Pregestacional como factor de riesgo de duración corta de la Lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud Progreso, 2025.			
5. Programa Académico			
Medicina Humana			
6. Tipo de Acceso al Documento			
☒ Abierto o Público ² (repositorio@usp.edu.pe)		☐ Acceso restringido ³ (repositorio@usp.edu.pe)	
(*) En caso de restringido sustentar motivo:			

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS⁴

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.⁵



Huella Digital



Firma

Ciudad	Día	Mes	Año
Chimbote	11	03	2026

Importante:

1. Según Resolución de Consejo Directivo N°001-2018-UNSP-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar a Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. II, inciso 8.2.

2. Ley N° 30122 Ley que regula el Repositorio Institucional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 005-2015-PCM.

3. Si el autor quiere que el documento sea de acceso restringido, deberá indicar una licencia de acceso restringido, para ello se puede usar cualquier tipo de licencia en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital, respetando los derechos de Autor y propiedad intelectual de acuerdo a la Ley N° 822.

4. En caso de que el autor opte de segundo grado, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra de acuerdo a la directiva N°001-2018-CD/CDI-TCD-UNSP/Sumarias 02 y 03 que rige el funcionamiento del Repositorio Institucional Digital.

5. La licencia Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de funcionamiento transparente que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas entre otros. Entre las licencias también permiten que el autor otorgue el acceso por espacio.

6. Según el Artículo 17.2 del Artículo 17 del Reglamento del Repositorio Institucional de Trabajos de Investigación para optar a Grados Académicos y Títulos Profesionales (REMIT) las universidades, instituciones y servicios de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo las creaciones en sus repositorios institucionales, en virtud de la ley de acceso abierto y restringido. Los usuarios podrán consultarlos, accederlos por el Repositorio Digital (REMIT) o por el Repositorio AUCN.

Nota: - En caso de faltar en los datos, se procederá de acuerdo a la Ley 27444, art. 32, inciso 26.3.

Anexo 8.

Reporte de similitud

Obesidad materna pregestacional como factor de riesgo de duración corta de la lactancia materna exclusiva, en el Centro de Salud Progreso, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%	21%	%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	4%
	Fuente de Internet	
2	repositorio.usanpedro.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.ucv.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.continental.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	www.researchgate.net	1%
	Fuente de Internet	
6	eurospes.com	1%
	Fuente de Internet	
7	Submitted to uncedu	1%
	Trabajo del estudiante	
8	alicia.concytec.gob.pe	<1%
	Fuente de Internet	
9	www.dykinson.com	<1%
	Fuente de Internet	
10	repositorio.unjfsc.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
11	ruidera.uclm.es	<1%
	Fuente de Internet	

12	addi.ehu.es Fuente de Internet	<1 %
13	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	publicaciones.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to FUNIBER Trabajo del estudiante	<1 %
19	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
20	recyt.fecyt.es Fuente de Internet	<1 %
21	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	ciad.repositorioinstitucional.mx Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universiti Putra Malaysia Trabajo del estudiante	<1 %
24	sired.udenar.edu.co Fuente de Internet	<1 %
25	uvadoc.uva.es Fuente de Internet	<1 %
26	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	

		<1 %
27	ru.dgb.unam.mx Fuente de Internet	<1 %
28	sct.ageditor.ar Fuente de Internet	<1 %
29	digibuo.uniovi.es Fuente de Internet	<1 %
30	ssj.jalisco.gob.mx Fuente de Internet	<1 %
31	Submitted to National University College - Online Trabajo del estudiante	<1 %
32	Submitted to Turnitin + integración Moodle Trabajo del estudiante	<1 %
33	Submitted to Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC Trabajo del estudiante	<1 %
34	repositorio.uss.cl Fuente de Internet	<1 %
35	nmhealth.org Fuente de Internet	<1 %
36	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
37	scielo.iics.una.py Fuente de Internet	<1 %
38	Rojas Reyes, María Ximena. "Manejo respiratorio del recién nacido prematuro y otros factores asociados con la displasia broncopulmonar : una evaluación desde la evidencia existente y la situación actual en	<1 %

algunas unidades de cuidado intensivo
neonatal de Colombia /", Bellaterra :
Universitat Autònoma de Barcelona,, 2013

Fuente de Internet

39	repositorio.uam.es Fuente de Internet	<1 %
40	www.mayoclinic.org Fuente de Internet	<1 %
41	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
42	Submitted to Monte Vista Christian School Trabajo del estudiante	<1 %
43	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
44	Submitted to Universidad Tecnológica de los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
45	neumomadrid.org Fuente de Internet	<1 %
46	repositorio.uchile.cl Fuente de Internet	<1 %
47	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
48	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
49	repository.javeriana.edu.co Fuente de Internet	<1 %
50	www.erha.com.mx Fuente de Internet	<1 %
51	www.jove.com Fuente de Internet	<1 %

52	Submitted to Universidad Nacional de Colombia Trabajo del estudiante	<1 %
53	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
54	docs.google.com Fuente de Internet	<1 %
55	www.lechepuleva.es Fuente de Internet	<1 %
56	apirepositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
57	astraeditorialshop.com Fuente de Internet	<1 %
58	bvs.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
59	dspace.udla.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
60	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
61	repo.uta.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
62	repositorio.uc.cl Fuente de Internet	<1 %
63	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
64	revistaschilenas.uchile.cl Fuente de Internet	<1 %
65	rgsa.openaccesspublications.org Fuente de Internet	<1 %

