



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**  
**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN**  
**PÚBLICA**

**El tipo de parto y la lactancia materna exclusiva en pacientes que acuden al EE.SS. Cruz de la Esperanza - Chiclayo**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión Pública

**AUTORA:**

Dioses Zárate, Sara Inés (ORCID: 0000-0001-6380-2199)

**ASESORA:**

Dra. Hernández Fernández, Bertila (ORCID: 0000-0002-4433-5019)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Gestión de Políticas Públicas

CHICLAYO – PERÚ

2022

## Dedicatoria

A mi esposo Ricardo Wong Castillo y a mis hijos Armando Luan y Daenerys Adele, hermosos regalos de Dios.

### Agradecimiento

A Dios, autor de mi vida, a mis padres y a mis hermanos, en especial a Javier Dioses Zárate, por su apoyo incondicional. A las madres del EE.SS. Cruz de la Esperanza que participaron amablemente respondiendo a la encuesta de este estudio. Al Dr. Italo Cabrera Aguinaga, a la Mg. Derlly Baldera Céspedes, colega y amiga; Mg. Lourdes Tabory Villarreal, Dra. Marina Caján Villanueva y Mg. Sergio Del Carpio Hernández por sus aportes para el mejoramiento de esta investigación y su apoyo desinteresado. A la Dra. Bertila Hernández Fernández, por su valioso asesoramiento.

## Índice de contenidos

Carátula .....	i
Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenidos .....	iv
Índice de figuras .....	v
Resumen .....	vi
Abstract .....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	4
III. METODOLOGÍA .....	17
3.1. Tipo de estudio y diseño de estudio .....	17
3.2. Variables .....	17
3.3. Población, muestra y muestreo .....	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	18
3.5. Procedimiento .....	18
3.6. Método de análisis de datos .....	18
3.7. Aspectos éticos .....	18
IV. RESULTADOS .....	19
V. DISCUSIÓN .....	25
VI. CONCLUSIONES .....	31
VII. RECOMENDACIONES .....	32
REFERENCIAS .....	33
ANEXOS	

## Índice de figuras

Figura 1. Distribución de madres entrevistadas según edad.....	20
Figura 2. Distribución de madres entrevistadas según número de partos.....	20
Figura 3. Distribución de madres entrevistadas según lugar de atención del parto .....	21
Figura 4. Distribución de madres entrevistadas según tiempo de espera para alimentar a su bebé.....	21
Figura 5. Distribución de madres entrevistadas según edad del infante .....	22
Figura 6. Distribución de madres entrevistadas según momento en que recibió información sobre la importancia de la lactancia materna.....	22
Figura 7. Distribución de madres entrevistadas según fuentes de información sobre lactancia materna.....	23
Figura 8. Distribución de madres entrevistadas según edad del bebé hasta la cual recibió solo leche materna.....	23
Figura 9. Distribución de madres entrevistadas cuyos bebés iniciaron lactancia mixta durante los primeros 6 meses de vida.....	24
Figura 10. Distribución de madres entrevistadas según edad proyectada para continuar con la lactancia materna.....	24
Figura 11. Distribución de madres entrevistadas según motivos de abandono de la lactancia materna.....	25
Figura 12. Distribución de madres entrevistadas según tipo de parto y su relación con la práctica de Lactancia materna exclusiva.....	25
Figura 13. Distribución de madres entrevistadas que tuvieron contacto precoz con su recién nacido y su relación con la práctica de LME.....	26

## Resumen

En nuestro medio, existen pocos estudios respecto al tema en investigación. El objetivo de ésta fue el de conocer la relación que existe entre el tipo de parto y práctica de la lactancia materna exclusiva.

Se desarrolló una encuesta a una muestra de 67 madres que acuden con sus infantes entre 0 y 24 meses al consultorio de CRED e inmunizaciones. De las madres encuestadas, cuyo parto fue atendido por vía vaginal, el 70% practicaron la lactancia materna de manera exclusiva (LME). Se excluyó de esta condición a las madres cuyos bebés han recibido leche maternizada el primer día del nacimiento. La herramienta estadística Odds Ratio, dio como resultado una fuerte relación entre las variables en estudio ( $OR=3.94$ ;  $OR>1$ ); asimismo, el resultado de la prueba de  $X^2$  fue 3.83, mediante el programa Excel se aplicó la fórmula de  $X^2$  inversa resultando en un valor crítico de 0.004, ( $X^2=3.83$ ; valor crítico  $0.004<X^2$ ), condición que confirma la hipótesis.

Se concluye que existe una diferencia significativa entre las madres que tuvieron un parto vaginal y por cesárea respecto a la práctica de la lactancia materna exclusiva, inclinándose esta diferencia a favor del parto vaginal.

**Palabras clave:** Tipo de parto, lactancia materna y lactancia exclusiva.

## **Abstract**

In our environment, there are few studies on the subject under investigation. The objective of this was to know the relationship between the type of delivery and the practice of exclusive breastfeeding.

A survey was carried out on a sample of 67 mothers who attend the CRED and immunization clinic with their infants between 0 and 24 months. Of the mothers surveyed, whose birth was attended vaginally, 70% practiced exclusive breastfeeding (LME). Mothers whose babies received formula milk on the first day of birth were excluded from this condition. The Odds Ratio statistical tool resulted in a strong relationship between the variables under study (OR=3.94; OR>1); Likewise, the result of the X<sup>2</sup> test was 3.83. Using the Excel program, the inverse X<sup>2</sup> formula was applied, resulting in a critical value of 0.004, (X<sup>2</sup>=3.83; critical value 0.004<X<sup>2</sup>), a condition that confirms the hypothesis.

It is concluded that there is a significant difference between mothers who had a vaginal delivery and a cesarean section regarding the practice of exclusive breastfeeding, with this difference leaning in favor of vaginal delivery.

**keywords:** Type of delivery, breastfeeding and exclusive breastfeeding.

## I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015, p. 2), la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Esta intervención quirúrgica, cuando se indica de manera justificada desde la óptica médica, contribuye a la prevención de la morbilidad materna y perinatal. No obstante, los beneficios de esta intervención quirúrgica no han sido comprobados en quienes este procedimiento se ha llevado a cabo sin justificación o de manera electiva. En el transcurso de los últimos años, tanto las organizaciones gubernamentales como el personal de salud se muestran preocupados por las cada vez más altas tasas de cesárea, lo que acarrea consecuencias en perjuicio de la salud de la madre y su bebé.

En cuanto a los cuidados durante el parto, la OMS (2018) recomienda que el personal de salud debe asumir el parto como un proceso fisiológico y que todas las gestantes sanas y sus bebés pueden desarrollar un trabajo de parto sin complicaciones con una atención de calidad enfocada en cada gestante. La mayoría de mujeres desean tener una labor de parto y nacimiento fisiológicos, porque les aporta sentido de logro y control personales, esto se consigue brindando a la madre gestante la oportunidad de participar en la toma de decisiones sobre el proceso de su atención. (World Health Organization, 2018)

El parto vaginal y la lactancia materna son procesos concatenados que se desarrollan durante la atención en la sala de partos, donde se realiza el contacto precoz entre la madre y su recién nacido. Además, en el lapso de tiempo de espera para que se produzca el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, el mismo neonato busca mediante el sentido del olfato y de manera instintiva el pezón de la madre y es en ese momento donde se establece la lactancia materna.

La lactancia materna exclusiva (LME), según la OMS (2017), es la base “para la supervivencia y la salud del infante, debido a que es un tejido vivo que brinda los nutrientes esenciales para favorecer el crecimiento y desarrollo del infante; asimismo funciona como primera inmunización del lactante, gracias a los anticuerpos maternos que contiene, los cuales cumplen una función de protección ante afecciones que pudieran causar incluso la muerte.



En un documento de la OMS (2017) se describe que la Asamblea Mundial de Salud invoca a los Estados miembros a desarrollar estrategias políticas eficaces orientadas al cumplimiento de las metas mundiales de nutrición al 2025, la quinta de ellas propone el incremento de alrededor del 50% de la tasa de lactancia materna exclusiva (LME)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019), en el Perú la tasa de cesárea se ha incrementado de 28.6% en el año 2014 a 34.7% en el 2019. Superando lo esperado por la OMS. Con respecto a la lactancia materna exclusiva, el objetivo planteado por la OMS aún no ha sido alcanzado.

Asimismo, cabe recalcar que el contacto precoz que se produce en la sala de partos favorece el inicio de la lactancia materna, la práctica de la LME se ve favorecida cuando ésta se produce dentro de la primera hora del nacimiento. Ante esta situación planteo la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación que existe entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva en pacientes que acuden al Centro de Salud Cruz de la Esperanza?

El presente trabajo se justifica en la necesidad de conocer si el tipo de parto es un factor que condiciona la práctica de la lactancia materna exclusiva, dado que no existen suficientes estudios sobre este tema. Asimismo, luego de aplicada la metodología conoceremos si el tipo de parto es un factor influyente y cuál de ellos favorecería la práctica de la lactancia materna exclusiva, entonces se propondría promover incrementar sus indicadores con la finalidad de alcanzar la tasa ideal de infantes que se alimentan exclusivamente con leche materna durante su vida temprana y con ello los múltiples beneficios sobre su salud y sobre la prevención de la mortalidad infantil.

El objetivo general propuesto es: Conocer la relación que existe entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva en pacientes que acuden al Centro de Salud Cruz de la Esperanza y los objetivos específicos: Determinar el tipo de parto de las mujeres que acuden al servicio de Control de CRED del Establecimiento de Salud

(EE.SS.) Cruz de la Esperanza, conocer el porcentaje de madres que practican la lactancia materna exclusiva entre aquellas que fueron atendidas en el servicio Control CRED del EE.SS. Cruz de la Esperanza y evaluar la relación existente entre el tipo de parto y la práctica de la lactancia materna exclusiva en mujeres que fueron atendidas en el servicio de Control CRED y del EE.SS. Cruz de la Esperanza.

## II. MARCO TEÓRICO

Para el presente trabajo de investigación hemos revisado las siguientes investigaciones previa:

Silva y otros (2018) en el estudio: El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva?, plantearon como objetivo determinar cuáles eran los factores que actuaron como protectores o denotaron riesgo para establecer la LME, apoyados en el diseño descriptivo de tipo transversal, entrevistaron a 242 madres de lactantes donde encontraron que el 54.96% tuvieron un parto por vía vaginal y el 54% mantienen lactancia materna exclusiva al sexto mes post parto. De este modo llegaron a la conclusión que el parto vaginal se constituye como factor protector, debido a todos los procedimientos concatenados posteriores a él que permiten el inicio temprano de la lactancia materna (p. 51).

Giménez et al (2015) en el estudio: Prevalencia de la lactancia materna (LM) en un centro de salud de Zaragoza, España. Factores sociosanitarios que la condicionan; mediante este estudio buscaron describir la situación actual de la lactancia materna en el centro de salud donde laboran y realizar un análisis de los factores sociosanitarios que condicionan a que esta práctica sea sostenida; y, a partir de este análisis se recomienden planes de mejora para los próximos años. El tipo de estudio fue descriptivo retrospectivo y demostró que los factores asociados a una mayor duración de la LME son, entre otros, el parto eutócico. También concluyeron que el bajo peso al nacimiento, la prematuridad, embarazo gemelar y la cesárea son factores que no favorecen el inicio y mantenimiento de LME (p. 24).

Por otro lado, Dos Santos y otros (2020) desarrollaron un estudio en Sao Paulo, Brasil, donde buscaron analizar la relación entre la autoeficacia materna para amamantar y las variables sociodemográficas, obstétricas y neonatales. El estudio fue realizado a 224 mujeres y fue del tipo longitudinal y prospectivo. En esta investigación se hace énfasis en cuán importante es mejorar la calidad de la atención en los servicios de obstetricia, promover la disminución de cesáreas electivas y el aumento de las tasas de parto normales, a fin de lograr, de esa

manera, la reducción de las complicaciones en el periodo posparto y favorecer la construcción de la autoeficacia materna positiva” (p. 7).

Luego, Valenzuela S. et al (2016), analizaron diversas bibliografías relacionadas con la práctica de la LME y entre los factores objeto de estudio se encontró el tipo de parto, al respecto mencionan que la práctica de LME se ve dificultada en los partos por cesárea, producida por malas condiciones perinatales o por elección de la gestante y donde una vez pasado el efecto de la anestesia genera dificultades en la madre para adoptar una posición cómoda que favorezca la LME; por otro lado, en los partos vaginales el estado de salud de la púerpera favorece el contacto precoz con el neonato y por lo tanto la práctica de LME.

En una investigación realizada en Ecuador por Figueroa K. y Menéndez D. (2019), cuyo objetivo fue establecer la asociación longitudinal del riesgo obstétrico y el tipo de parto sobre la LME. Utilizando el diseño longitudinal de cohorte prospectiva, observacional y analítico, desarrollaron el estudio en 400 púerperas de donde obtuvieron como conclusión que “existe una asociación longitudinal negativa entre el alto riesgo obstétrico y el tipo de parto por cesárea con el mantenimiento de la lactancia materna, debido a que se aprecia un declive en el mantenimiento de la LME a los cinco meses de edad del lactante” (p. 13).

En un reciente estudio realizado en nuestro país por Villarreal-Verde C. y otros (2020), se trazó como objetivo encontrar la asociación entre la lactancia materna exclusiva y diversos factores durante las etapas del periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) en madres que acuden a centros de salud de Lima centro para su atención, el estudio fue observacional y de corte analítico para el cual elaboraron un cuestionario para conocer los factores que pudieran asociarse a la práctica de la lactancia materna exclusiva, el mismo que fuere aplicado a 140 mujeres entre 20 a 35 años. Como conclusión encontraron que factores como la asistencia a seis controles prenatales y el parto vaginal están asociados a la práctica de LME y como factor de riesgo en el post parto, el uso de fórmulas lácteas (p. 293).

Abordaremos a continuación algunos conceptos en referencia al presente trabajo de investigación. La revisión bibliográfica nos guía hacia Carvajal J. y col (2017) en su Manual de Obstetricia menciona algunos aspectos históricos: Al inicio de la humanidad el parto se producía de modo espontáneo y quien se encargaba de su

atención eran el padre, la familia o la misma mujer. Posteriormente en el año 6.000 a.C., algunas mujeres se especializaban en el arte de ayudar al nacimiento, las llamadas “comadronas”. La primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.), en su libro *Naturaleza del Niño*. Hipócrates postuló la teoría de que el feto adoptaba la presentación cefálica, debido a que el peso de la cabeza era mayor que el peso de la parte inferior. (p. 86)

Hoy en día, el parto se produce bajo asistencia del personal de salud de Obstetricia y Ginecología; no obstante, en algunas zonas alejadas de nuestro país existen las parteras o comadronas quienes se encargan de la atención de parto de las mujeres en las zonas rurales.

Respecto a los tipos de parto, existen diversos criterios. Por ejemplo, Figueroa y Menéndez (2019) los clasifica en: Parto normal (ocurrido entre las 37 y 42 semanas de embarazo, donde el feto, la placenta y anexos son expulsados al exterior de la mujer de manera espontánea y fisiológica); parto inducido (el profesional de la salud provoca artificialmente el inicio del trabajo de parto y/o controlan su progreso utilizando medicamentos o realizando maniobras que buscan acelerar la labor de parto); parto instrumental (puede ser de inicio espontáneo o inducido y que durante el periodo expulsivo requiere el uso de algún instrumento por parte del profesional que lo atiende para poder extraer al neonato) y parto por cesárea (intervención quirúrgica para extraer al neonato mediante una incisión en el abdomen y el útero de la gestante).

Considerando la vía del parto, esta clasificación se puede resumir en dos tipos: parto vaginal (parto normal, inducido e instrumentado) y parto por cesárea. Existen trabajos previos que utilizan estas dos categorías, tal es el caso de Domingues et al (2014) en la investigación titulada: *Decisión del tipo de parto en Brasil: de la preferencia inicial de las mujeres al parto final*; clasifica el parto en dos tipos: parto vaginal y parto por cesárea. Del mismo modo Cabrera y otros (2006) en su investigación determinaron dos categorías para el tipo de parto: parto vaginal y cesárea. Para efectos de este estudio utilizaremos la misma clasificación de los dos autores antes mencionados.

Antes de hacer mención a la descripción de los tipos de parto, abordaré de manera breve la fisiología del parto. En primer lugar, Cunningham et al (2000), describe que en la fase final del embarazo se producen contracciones uterinas que producen dilatación del cuello uterino y fuerzan al feto a través del canal del parto. A este proceso se le denomina trabajo de parto porque demanda consumo de mucha energía. Antes del inicio de estas contracciones enérgicas, el útero debe despertar y prepararse, porque el miometrio carece de respuesta contráctil durante las primeras 36 a 38 semanas, debido a que anteriormente no contaba con adecuado número de receptores a la oxitocina, hormona que produce la contracción uterina, asimismo, el cérvix se madura y ablanda. Para que se produzca la contracción uterina, es necesaria la interacción de la miosina y la actina en el miometrio.

Se debe también considerar cuáles son los criterios diagnósticos de trabajo de parto

Según Mongrut A. (2000) en su obra: Tratado de Obstetricia normal y patológica, el parto es el mecanismo donde el producto de la concepción es expulsado fuera de la cavidad uterina, sea este maduro o inmaduro, puede denominarse parto eutócico cuando se produce de manera espontánea además de fisiológica y distócico cuando cursa de manera anormal o patológica. Por su parte, Barsallo e Isla (2002), haciendo referencia a Greenhill, definen el parto “como el proceso mediante el cual es expulsado el producto de la concepción, desde el útero hacia el exterior, atravesando el canal vaginal” (p. 59).

Entre otras causas que desencadenan el parto, Mongrut, A. describe en primer lugar a la sobredistensión uterina: la fibra muscular del útero sobrepasó su capacidad y responde al estímulo distensivo mediante contracciones y así desencadena la actividad uterina, también el reflejo de Ferguson el cual producto de la sobre distensión de la pared uterina y del cérvix, actúa por vía medular estimulando al hipotálamo, éste emite señales a la hipófisis posterior para que secrete la oxitocina; las hormonas endógenas tienen un rol importante, es el caso de la oxitocina que tiene afinidad sobre la fibra muscular uterina y es capaz de estimular su contracción, así también la placenta produce acetil colina e histamina que contribuyen preparando a la pared uterina para la acción de la oxitocina; la progesterona actúa como protectora de la gestación produciendo la sedación del útero, en tanto que cuando sus niveles descienden el miometrio se torna sensible

al estímulo oxitócico y facilita la contractilidad uterina; por el contrario los estrógenos, cuya producción se ve incrementada por acción del cortisol fetal, preparan la fibra muscular uterina, incrementando la vascularidad y permeabilidad del miometrio a la acción de la oxitocina; por último, las prostaglandinas E2 y F2 alfa son importantes para madurar el cuello uterino y sensibilizar la pared uterina a la acción de la oxitocina y sostiene el progreso de la labor de parto.

En cuanto a los estadios del parto, Cunningham G. y otros (1997) describe lo siguiente: El parto se divide en tres estadios: El primero, inicia cuando surgen contracciones uterinas con la triple gradiente descendente que produce el borramiento y la dilatación progresiva del cuello uterino; esta fase llega a su culmen cuando el cuello está totalmente dilatado como para permitir el pase de la cabeza fetal (periodo dilatante). El segundo estadio comienza con la dilatación completa del cuello uterino y termina con el parto del feto (periodo expulsivo). El tercer estadio comienza inmediatamente después de la salida del feto y termina con la expulsión de la placenta y membranas fetales (alumbramiento). (p. 242)

Por su parte Mongrut, A. (2000) lo clasifica en cuatro periodos: Primero o dilatación, inicia desde las primeras contracciones efectivas hasta completar la dilatación, es aquí donde se produce el borramiento e incorporación del cuello, formación de la bolsa de las aguas y apertura del cuello; segundo o expulsivo, desde que se ha completado la dilatación hasta la salida del neonato de la cavidad uterina; tercero o alumbramiento, desde la salida del neonato hasta la expulsión de la placenta con sus anexos y el cuarto periodo o puerperio inmediato, que comprende la vigilancia y control de la madre una vez culminado los periodos anteriores y por el lapso de 2 horas.

Mongrut incluye al puerperio inmediato como periodo del parto y tiene mucho sentido, puesto que las dos primeras horas posteriores al parto amerita vigilancia constante por parte del personal de salud, debido a que en este periodo podría producirse la hemorragia post parto, que constituye la primera causa de muerte materna en nuestro país.

Sobre el tipo de parto por cesárea. Cunningham y otros (1997) lo definen “como el nacimiento de un feto a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y

en la pared uterina (histerotomía)” (p. 477), similar definición es la que presenta Mongrut, A (2000).; quien describe que la cesárea “es una intervención obstétrica por la cual el feto es extraído de la cavidad uterina mediante una incisión en la pared abdominal, eludiendo de esta forma la vía vaginal del parto” (p. 691). Para el lineamiento técnico de cesárea segura de la Secretaría de Salud de México (2013), “la cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina” (p. 11).

Considerando estos conceptos entonces, se puede inferir que la cesárea dista mucho del proceso fisiológico; no obstante, en casos de emergencia e indicada acertadamente ha contribuido en salvaguardar la vida de la madre y el recién nacido. A continuación, describo lo presentado por los investigadores en cuánto a la clasificación de cesáreas según su prescripción.

Desde la perspectiva asistencial, Salazar (2013), clasifica a las cesáreas en tres categorías: electiva, durante la labor de parto y urgente”. En ésta última categoría y considerando las causas que llevan a su prescripción, las clasifica en: absolutas: (por condiciones obstétricas que ponen en riesgo la vida de la madre y/o del feto, tales como sufrimiento fetal, desproporción céfalo pélvica, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa total, entre otras); y relativas: (que tienen posibilidad de terminar el parto por la vía vaginal: p.ej. trastornos hipertensivos del embarazo, distocias de rotación, detención de la dilatación, descenso de la cabeza y fracaso de la inducción). (p. 159)

Para Carvajal & Ralph (2017), la cesárea se indica en situaciones en las que no es posible que se produzca el parto por vía vaginal o siendo posible acarrearía un mayor riesgo para el feto o la madre. Estos autores proponen la misma clasificación del autor citado anteriormente: absolutas (placenta previa total, situación trasversa, siameses, cesáreas previas), y relativas (hipertensión gestacional que no responde al tratamiento, alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal y oligoamnios).

La cesárea contribuye a salvar situaciones de emergencia, pero también podría acarrear algunas complicaciones ligadas a esta intervención quirúrgica. Así lo afirman Carvajal & Barriga (2021), quienes en sus investigaciones encontraron que



el riesgo de morbilidad materno y fetal es mayor en una cesárea que en el parto vaginal.

Es importante mencionar que, ante la evidente ausencia de causas para la indicación de cesárea, el parto vaginal es recomendado y que, en las indicaciones relativas de la cesárea aún es posible dar oportunidad al término del parto por la vía vaginal; no obstante, esta decisión depende del criterio y destreza del personal de salud encargado de la atención del binomio madre-niño.

A continuación, trataré lo concerniente a la variable Lactancia Materna Exclusiva (LME), en primer lugar, haré referencia a la investigación desarrollada por Cabedo y col (2019), quienes presentaron la siguiente clasificación: Lactancia materna exclusiva (LME), el lactante recibe únicamente leche materna o de nodriza pero admite medicación con suplementos vitamínicos; LM predominante, el lactante recibe leche materna y en menor proporción agua o jugo de frutas; LM complementaria, en los bebés mayores de 6 meses a quienes se da otros alimentos incluso leche de origen no humano; LM parcial o lactancia mixta, que permite cualquier otro alimento o líquido incluida las fórmulas para bebés o leche no humana; LM artificial, alimentación con productos lácteos de origen no humana y fórmula para bebés.

No obstante, la definición más exacta se encuentra en el documento normativo sobre lactancia materna de la OMS (2017), donde se define a la LME como “la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, sin darle ningún otro alimento ni agua, siendo ésta la intervención preventiva que impacta potencialmente en la prevención de la mortalidad infantil” (p. 1).

Para Urquiza (2014, p. 174), la leche humana no solo es una mezcla de nutrientes necesarios para el lactante, mas bien es un fluido vivo que contiene más de 200 compuestos que actúan bajo sinergia y también de forma individual. De forma global cumplen función nutricional, de protección contra infecciones y estimula el desarrollo cognoscitivo. Considera, además, que el tracto gastrointestinal del recién nacido no está preparado para recibir un alimento diferente a la leche materna. El calostro, con su efecto trófico, tiene la propiedad de proteger el aparato digestivo

del recién nacido, evitando así la enterocolitis necrotizante, sobre todo en los prematuros.

Es por estas razones que se recomienda que la lactancia materna debe ser universal, precoz y exclusiva durante los primeros seis meses de vida pudiendo prolongarse hasta por dos años, toda vez que exista alimentación complementaria a partir del sexto mes de vida.

Con respecto a la anatomía de la mama, Olaya (2020) describe lo siguiente: la mama está formada por tejido adiposo, músculo, conducto galactóforo, pezón, areola, lóbulos, alveolos. Conforman la glándula mamaria alrededor de 15 a 25 lóbulos mamarios cuya unidad funcional es el alveolo, cada uno de ellos está compuesto por células secretoras y un ducto que da paso a la leche. La secreción de leche se rige por dos hormonas: la prolactina, que estimula su producción y la oxitocina que favorece la eyección de leche.

Según la misma autora, la leche materna sufre modificaciones en cuanto a su aspecto y composición en el transcurso de los días posteriores al parto. En primer lugar es secretado el calostro, que se produce durante los 4 primeros días post parto, su color es amarillo y su consistencia de alta densidad, posee alto contenido en proteínas, vitaminas liposolubles, carotenos y minerales como el sodio y zinc; luego encontramos la leche de transición, de aspecto blanquecino, es secretada entre el 4to y 15avo día post parto y finalmente la leche madura que se ajusta a los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto sufre variaciones en su composición para cubrir sus necesidades.

Respecto a la importancia de la LME, la OMS (2018) en su guía para la protección promoción y apoyo de la lactancia natural, afirman que la lactancia materna se configura dentro la norma biológica de alimentación de todos los mamíferos, incluido el ser humano. “La lactancia materna es fundamental para alcanzar los objetivos mundiales establecidos en materia de nutrición, salud y supervivencia, crecimiento económico y sostenibilidad ambiental” (OMS, 2018, p. 1). Asimismo, manifiestan que el contacto piel a piel inmediato y sin interrupciones del recién nacido con su madre y el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora

del post parto, son importantes para asegurar el establecimiento de la LME y la supervivencia del neonato y el infante. El riesgo de morir en el primer mes de vida es un 33% superior en los niños amamantados entre las 2 a 23 horas de nacido. (OMS, 2018, p. 1)

Existen diversos estudios a nivel mundial que describen los beneficios que provee la práctica de la LME. Uno de ellos es el desarrollado por Sankar y otros (2015) denominado prácticas óptimas de lactancia materna y mortalidad infantil: una revisión sistemática y metaanálisis, en el mismo que concluyeron que los lactantes menores de 5 meses que eran parcialmente alimentados o no recibían lactancia materna tenían un riesgo más alto de mortalidad que aquellos que fueron amamantados de manera exclusiva. También en el documento de la OPS llamado ¡La leche materna: primer alimento para campeones!, se afirma que si se comienza a amamantar a los bebés antes de la primera hora de vida podría evitarse el 20% de todas las muertes neonatales. (OPS, 2010).

La lactancia materna también protege a los infantes contra procesos alérgicos, así tenemos que los investigadores Lodge y otros (2015) encontraron que en los niños que recibieron lactancia materna por un tiempo prolongado presentaron un menor riesgo de padecer asma y los que fueron amamantados de manera exclusiva durante los primeros 4 meses tuvieron menos riesgo de sufrir eczema, tanto el asma como el eczema son condiciones originadas por alergias.

Algunos estudios citados por la OMS (2018), reportan que más del 50% de los episodios de diarrea y la tercera parte de infecciones respiratorias podrían prevenirse si se practicara con eficacia la lactancia materna. Describen además que, si la LM se desarrolla de manera prolongada, reduce hasta el 13% la probabilidad de sobrepeso del lactante y a una reducción del 35% de la incidencia de diabetes tipo 2. (OMS, 2018, p. 1)

Por su parte, Horta, B. et al (2015), mediante un metaanálisis concluyeron que existen relación entre lactancia materna y mejor rendimiento en las pruebas de inteligencia o también denominadas cociente intelectual (CI). Asimismo, Mortensen y otros (2002) también encontraron una asociación significativa entre la duración de la lactancia materna y puntuaciones más altas en los test de CI.

La lactancia materna también tiene un efecto protector sobre la madre que amamanta, así lo describe el metaanálisis de Chowdhury et al (2015), quienes concluyeron que las madres que dan de lactar por un tiempo prolongado tuvieron un menor riesgo de padecer de carcinoma mamario y ovárico, así como de diabetes mellitus tipo 2.

También la OMS (2018), hace referencia a este beneficio, indicando el resultado de un estudio donde se concluyó que se podrían prevenir unas 20000 muertes maternas por cáncer de mama al año, si las tasas de lactancia materna fueran en incremento.

Reviste de importancia la práctica de la lactancia materna para el desarrollo de los países, por ejemplo, según análisis presentados por diversos investigadores, el aumento de las tasas de LME podría aportar hasta US\$ 300 000 millones a la economía mundial cada año, esto debido al ingreso al mercado laboral de trabajadores y directivos más inteligentes y productivos. (OMS, 2018, p. 1)

En el documento de la OMS (1998) denominado: Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural, en el paso N° 04: El contacto precoz, se exhorta a los servicios de maternidad a ayudar a todas las madres que han tenido un parto vaginal normal a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto; y que al menos el 50% de las madres que han tenido una cesárea hayan iniciado contacto piel a piel con su hijo dentro de la primera hora después de recuperar el conocimiento. Al sentirse ayudadas en este proceso en el post parto, por ejemplo, a colocar correctamente a su hijo al pecho, enseñarle a interpretar la conducta de su hijo y cómo responder a ella y educarlas sobre la lactancia materna a libre demanda y exclusiva; se logran efectos comprobados y duraderos en favor de la lactancia.

Sobre lo afirmado anteriormente Righard & Alade (1990), determinaron en su investigación que los recién nacidos a los que se les coloca en contacto piel con piel con su madre, siguen un patrón predecible de conducta antes de mamar, realizan movimientos hasta lograr alcanzar el pezón de su madre y en una colocación correcta inician la succión espontánea.

La necesidad de intimidad es importante tanto en el pre parto como en el postparto. La madre que siente la libertad de no ser observada aborda a su bebé y es donde

se produce el primer contacto y el cruce de miradas entre madre y bebé. Odent (2009, p. 68) hace referencia a diversos estudios que afirman que “el recién nacido humano está programado para dirigir su mirada hacia cualquier cosa que se pueda parecer a un par de ojos situados a unos 30 centímetros de los suyos”. Pero en esta parte del proceso es difícil proteger el clima de intimidad. Este momento es solo para madre y bebé y si no se perturba el proceso es posible que la lactancia se inicie dentro de la primera hora del nacimiento, y que el desprendimiento de la placenta se produzca sin causar grandes pérdidas de sangre, debido a que la piel y la mirada del bebé contribuyen a la secreción endógena de oxitocina en el torrente sanguíneo materno.

Thomson y otros (1979) realizaron una investigación en dos grupos: el primer grupo constituido por madres que iniciaron el contacto precoz antes de la media hora post parto y permanecieron junto a sus bebés durante 15 a 20 minutos, el segundo grupo fue de madres que solo permanecieron con sus niños 5 minutos; posteriormente, los bebés de ambos grupos eran separados de sus madres por 12 a 24 horas. Al reevaluarlos dos meses después encontraron que solo las madres del primer grupo practicaban la lactancia materna exclusiva.

A menudo se retrasa el inicio de la lactancia luego de una cesárea y el estado de salud de la madre o del bebé favorece este retraso; sin, embargo, este proceso no debería ser rutinario. Gonzales (1990) determinó que normalmente la lactancia puede iniciarse de inmediato tras una cesárea con anestesia regional; y, en el caso que se hubiese administrado anestesia general, tan pronto como la madre recupere el conocimiento.

Respecto a los estudios donde se relaciona tipo de parto y lactancia materna exclusiva, los investigadores Cuestas y Aparicio (2011), en su investigación denominada: “Los niños nacidos por cesárea toman menos lactancia materna”, concluyeron que “tanto la cesárea programada como la de emergencia, están asociadas a una disminución de las tasas de lactancia materna exclusiva comparadas con el parto vaginal” (p. 2).

Apoyando estas investigaciones, Odent, M (2011), en su libro *el Bebé es un Mamífero*, hace mención al análisis que realiza un catedrático de Hormonología, quien afirma que, para tener un bebé, la mujer está dotada de la capacidad de

segrear un “cóctel de hormonas del amor” (Odent, 2011, p. 11). Asimismo, describe que existe un periodo crítico corto que jamás vuelve a ocurrir y que es clave para generar el vínculo entre la madre y su bebé. Dicho periodo se produce durante la siguiente hora al nacimiento y este efecto es producido por las hormonas segregadas por la madre y su bebé.

Aporta además Odent, que existen diversos estudios que sugieren que la forma en que nacemos produce consecuencias perennes en el ser humano durante toda su vida y concluyó que la capacidad de amar se logra en gran medida, durante el post parto inmediato.

Además, menciona desde el punto de vista bacteriológico, que el bebé nace libre de gérmenes y que horas más tarde está colonizado por millones de ellos. Considerando que, la barrera placentaria permite el pase de los anticuerpos IgG, es mejor que el bebé sea colonizado por los gérmenes presentes en la vagina de su madre, toda vez que su sistema inmunológico ya reconoce dichos gérmenes, lo que no ocurre con los bebés nacidos por cesárea.

De este modo nos encontramos con los términos “microbioma” y “microbiota”. Osorio y Umbarila (2015), en su estudio denominado: “Microbiota de la glándula mamaria”, describen al “microbioma”, como el “número total de microorganismos y su material genético” y en tanto que la “microbiota” es la “población microbiana presente en los diferentes ecosistemas en el cuerpo”. La leche materna contiene probióticos o microorganismos vivos que benefician al lactante y prebióticos, como los galacto-oligosacáridos que favorecen el desarrollo de los probióticos. De este modo, la leche materna provee protección contra enfermedades infecciosas, contribuye a la maduración intestinal del infante y logra que el bebé genere su propia inmunidad para la vida futura.

Las mismas autoras hacen referencia a la diferencia existente entre la microbiota de un recién nacido por cesárea, en quienes predomina la microbiota de la piel materna y del ambiente hospitalario, mas en aquellos nacidos de parto vaginal, adquieren la microbiota materna vaginal e intestinal.

Este punto es importante para considerar los beneficios que provee al recién nacido la vía de parto vaginal, ya que a través de ella la madre transfiere al bebé su propia microbiota que favorece a su aún inmaduro sistema digestivo.

Por otro lado, también la leche materna provee bacterias benéficas que acceden a la glándula a través de una ruta interna y que son transferidas al niño durante la práctica de la lactancia materna y es así como se va formando la microbiota intestinal del recién nacido.

En el mismo estudio en referencia, se hace mención a algunos probióticos derivados de la leche materna, que se utilizan para mejorar la microbiota intestinal de los niños que padecen de cólico del lactante, tal es el caso del *Lactobacillus reuteri* DSM 17939.

Este es otro punto a favor de la práctica de la lactancia materna, debido a que como se puede evidenciar, los bebés amamantados poseen una microbiota intestinal adecuada que los protege de enfermedades infecciosas y a la vez evita dolencias como el cólico del lactante, muy común en nuestro medio.

Tipo de parto: Es la vía por la cual, el producto de la concepción sale del vientre materno a la vida extrauterina, existen 2 tipos: Parto vaginal y parto por cesárea.

Lactancia materna exclusiva (LME): Es la práctica de alimentar al lactante sólo con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, excluyendo otros líquidos o alimentos.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo de estudio y diseño de estudio

La presente investigación es cuantitativa no experimental de alcance correlacional. Esta se ajusta al siguiente diseño:

$X \rightarrow C1 = R$

X = problema

C1 = cuestionario 1

R = Resultado

#### 3.2. Hipótesis de correlación

Para Hernandez-Sampieri (2014), el objetivo de este tipo de Hipótesis es explicar desde el punto de vista de la estadística, una correlación entre dos o mas variables.

Hi:  $r$  (correlación)

$x \ y \neq 0$  Si el resultado es diferente de 0, ambas variables están correlacionadas.

Ho:  $r_{xy} = 0$  Si el resultado es 0, las dos variables no están correlacionadas.

Para el presente estudio, la Hipótesis es la siguiente: "El tipo de parto vaginal favorece la práctica de la lactancia materna exclusiva".

Donde:

$x = \text{tipo de parto}$

$y = \text{lactancia materna exclusiva}$

#### PRUEBA DE HIPÓTESIS

$H_0$  = Independencia de las variables

$H_1$  = Variables relacionadas

#### Estadística de prueba

Se desarrollará el cálculo de Chi cuadrado para determinar la relación entre variables. Cuya fórmula es la siguiente



$$\chi^2 = \sum \frac{(fo - ft)^2}{ft}$$

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

#### **Población:**

Estuvo conformada por madres que acuden con sus infantes de 0 a 24 meses de edad, al consultorio de control de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones del Establecimiento de Salud I-2 Cruz de la Esperanza.

**Muestra:**  $n$ : 67

#### **Muestreo:**

El instrumento se aplicó a madres con sus infantes menores de 24 meses de edad, que se encontraban en sala de espera del consultorio de control CRED e inmunizaciones del Establecimiento de salud Cruz de la Esperanza.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la obtención de los datos se utilizó la encuesta como técnica, para el cual el instrumento de recolección utilizado fue un cuestionario teniendo en como base el instrumento presentado en la investigación de Niño, R., Silva, G. & Atalah, E. (2012).

### **3.5. Procedimientos de recolección de datos**

La recolección de datos se hizo en base a los instrumentos seleccionados para esta investigación, que se aplicaron a las pacientes atendidas en los servicios de control CRED y Planificación Familiar.

### **3.6. Métodos de análisis de datos**

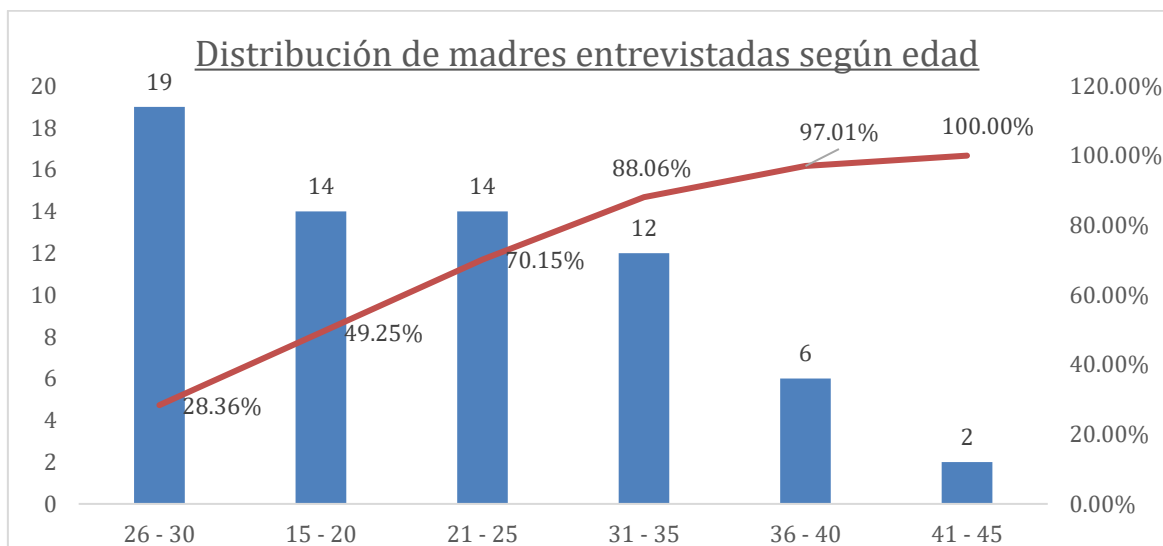
Los datos recogidos fueron procesados mediante análisis estadísticos, presentando la información en gráficos de barras, Tabulación de datos, Procesamiento de datos. Datos estadísticos presentados gráficamente, pruebas de Chi Cuadrado y Odds Ratio.

### **3.7. Aspectos éticos**

La investigación se rige según resolución de Ética de la Universidad César Vallejo, respetando la autoría de los investigadores y el respeto por los participantes

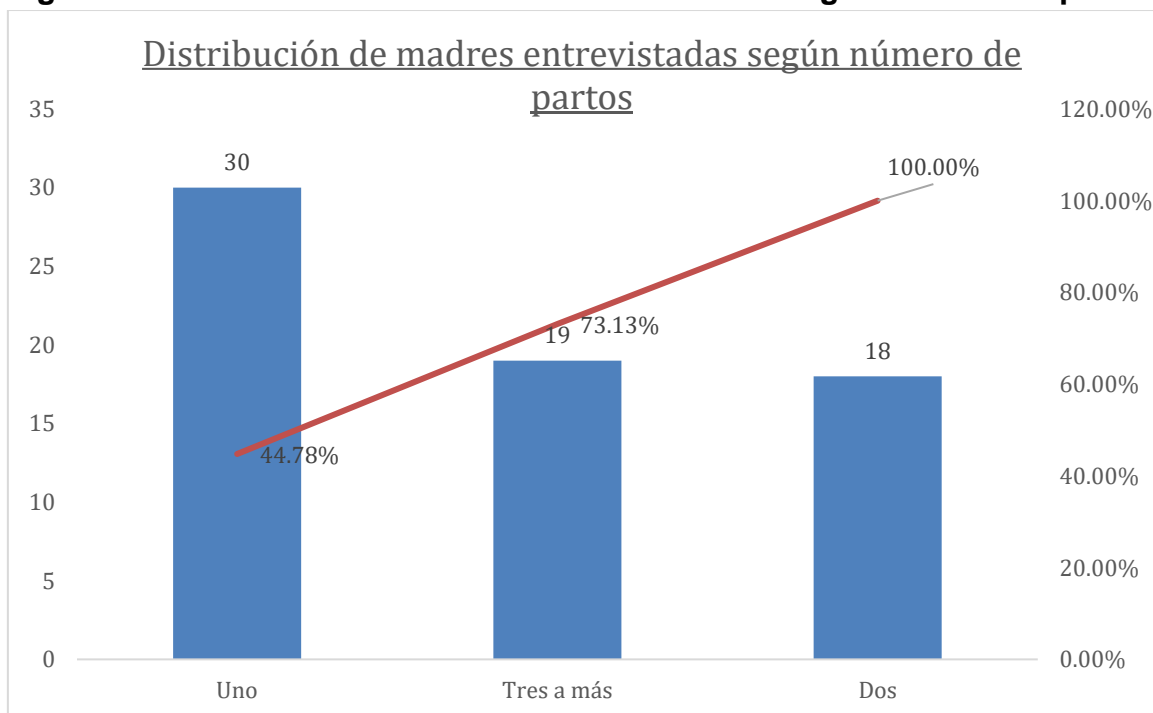
#### IV. RESULTADOS

**Figura 1. Distribución de madres entrevistadas según edad**



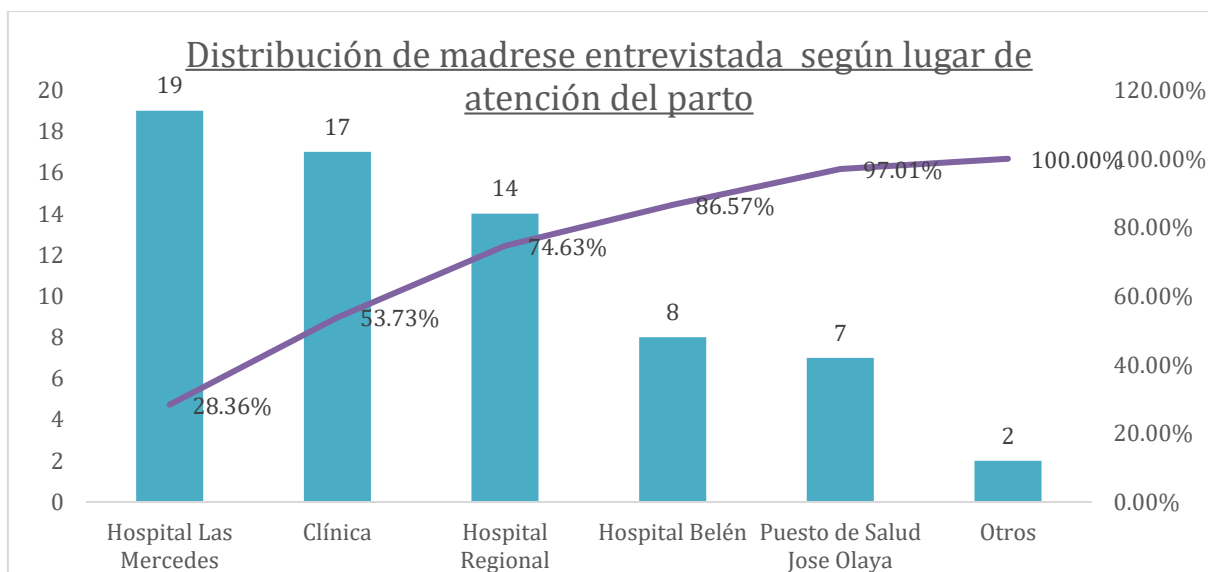
En la figura 1, se observa que en su mayoría las madres entrevistadas fue el grupo entre 26 y 30 años de edad, mientras que un menor porcentaje corresponde a las mayores de 36 años.

**Figura N° 2 . Distribución de madres entrevistadas según número de partos**



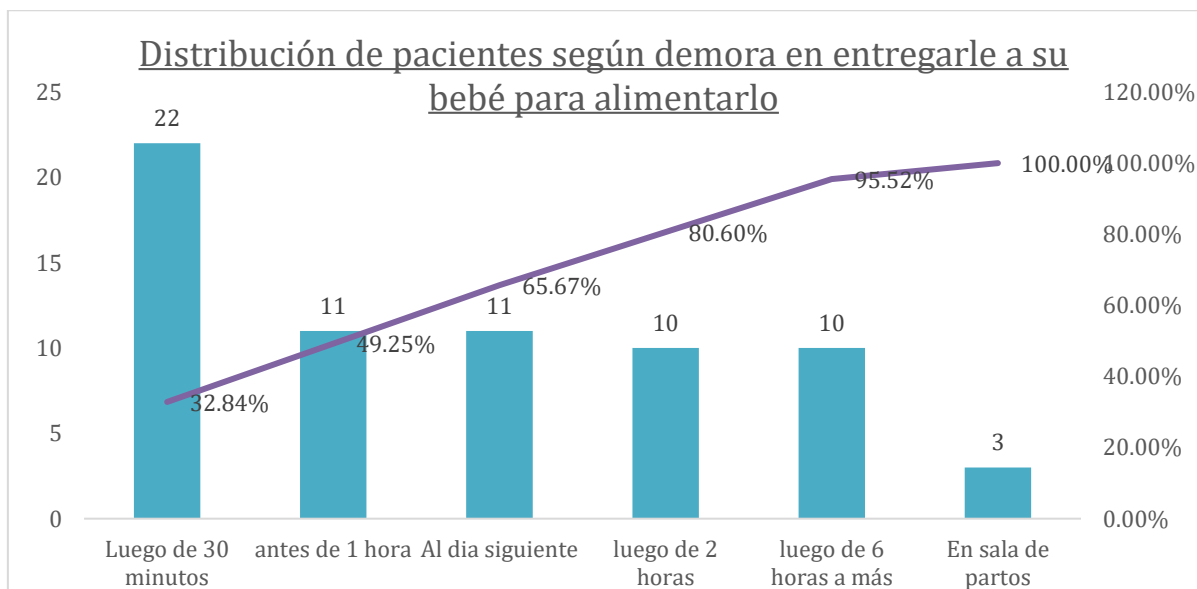
En la figura N° 2 podemos evidenciar que el 44.8% de madres entrevistadas son primíparas. Mientras que quienes ya han tenido una experiencia previa en el parto abarcan un 55.2%.

**Figura N° 3. Distribución de madres entrevistadas según lugar de atención del parto**



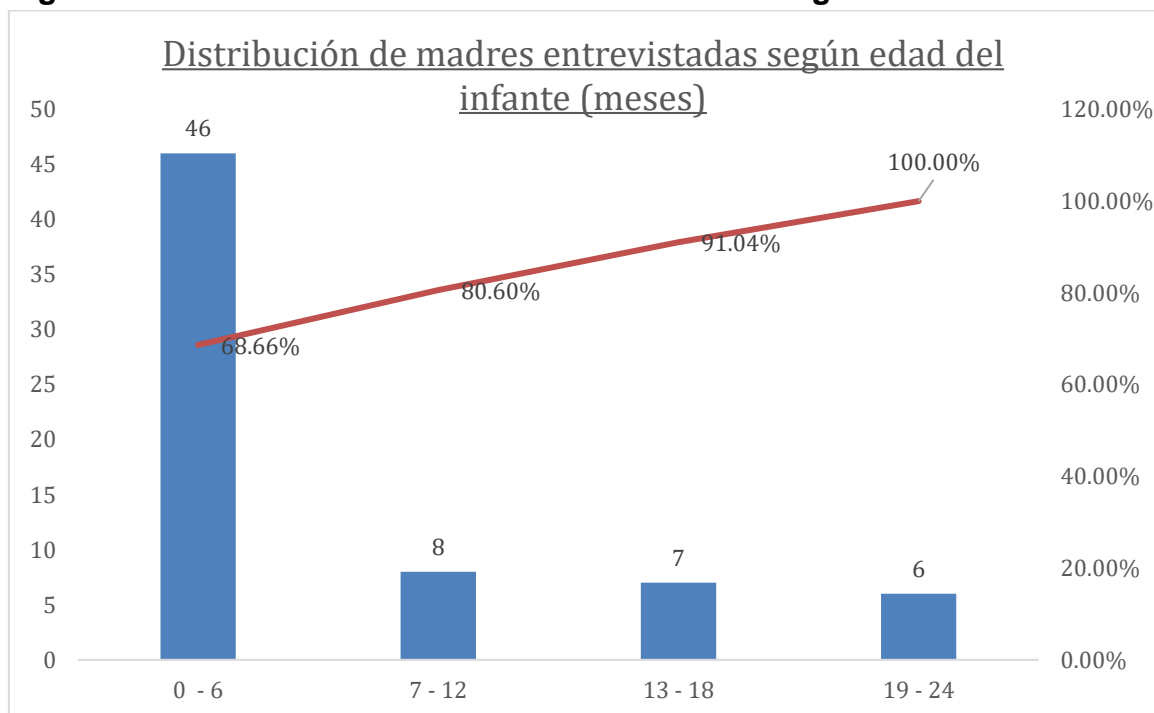
En la figura N° 3 observamos que, en su mayoría, las madres entrevistadas han sido atendidas en el Hospital “Las Mercedes” (28.4%), en segundo lugar, en diversas clínicas del departamento de Lambayeque (25.4%).

**Figura N° 4. Distribución de madres entrevistadas según tiempo de espera para alimentar a su bebé.**



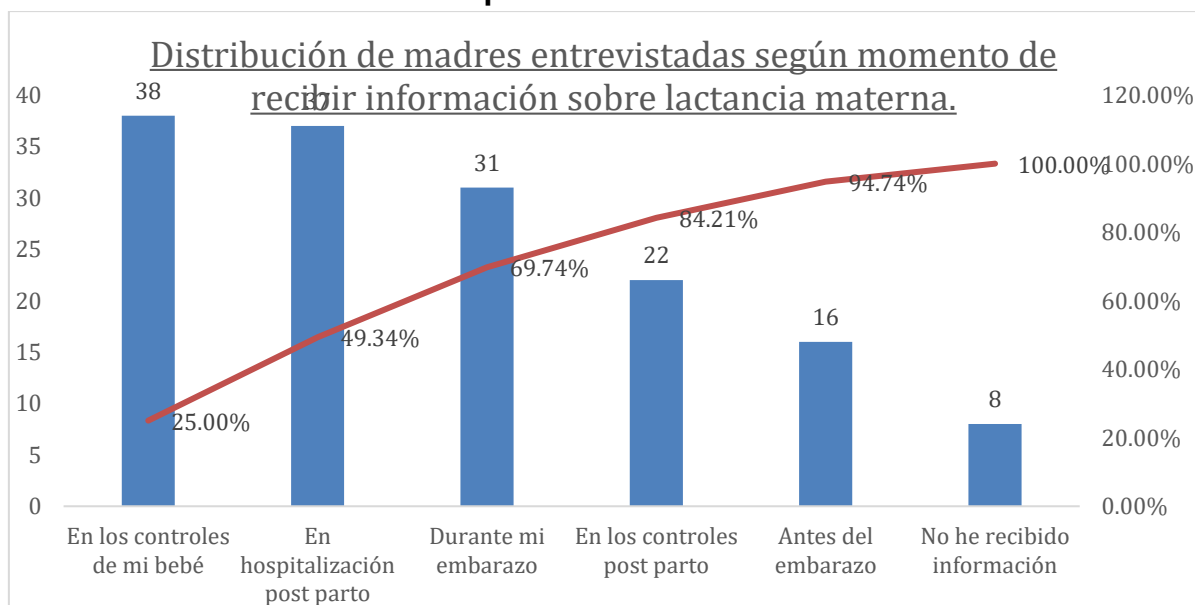
En la figura N° 4 se observa que 36 madres (53.7%) recibieron a su bebé para alimentarlo dentro de la primera hora del nacimiento.

**Figura N° 5. Distribución de madres entrevistadas según edad del infante**



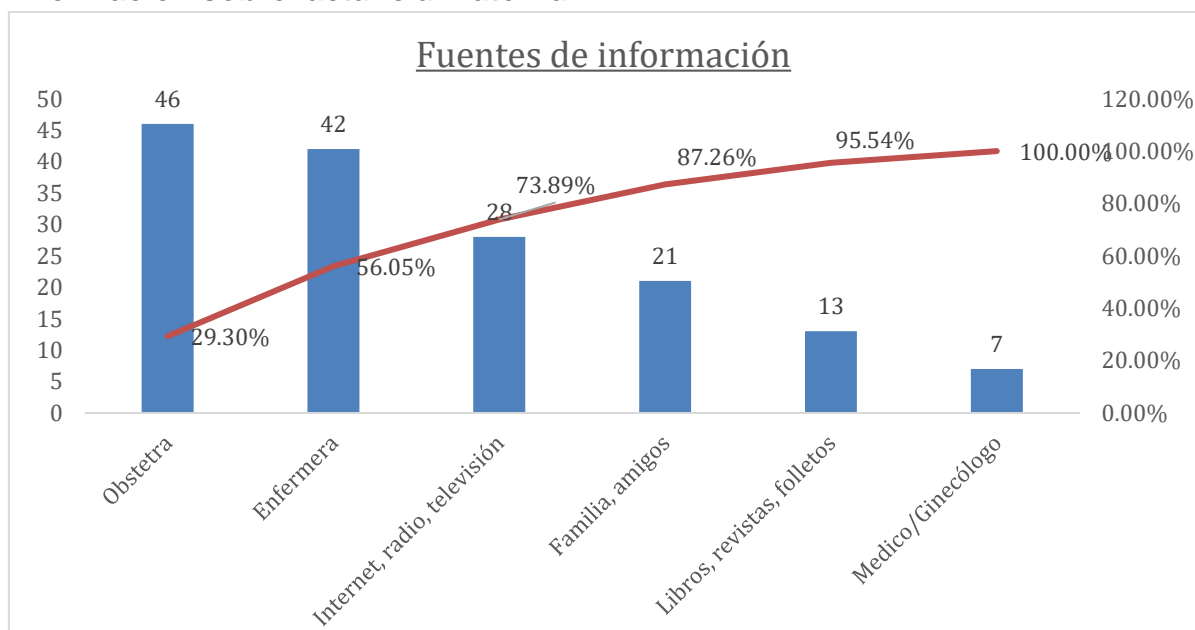
En la figura N° 5 observamos que la mayoría de las madres entrevistadas (68.7%) tienen bebés entre los 0 a 6 meses de edad.

**Figura N° 6. Distribución de madres entrevistadas según momento en que recibió información sobre la importancia de la lactancia materna**



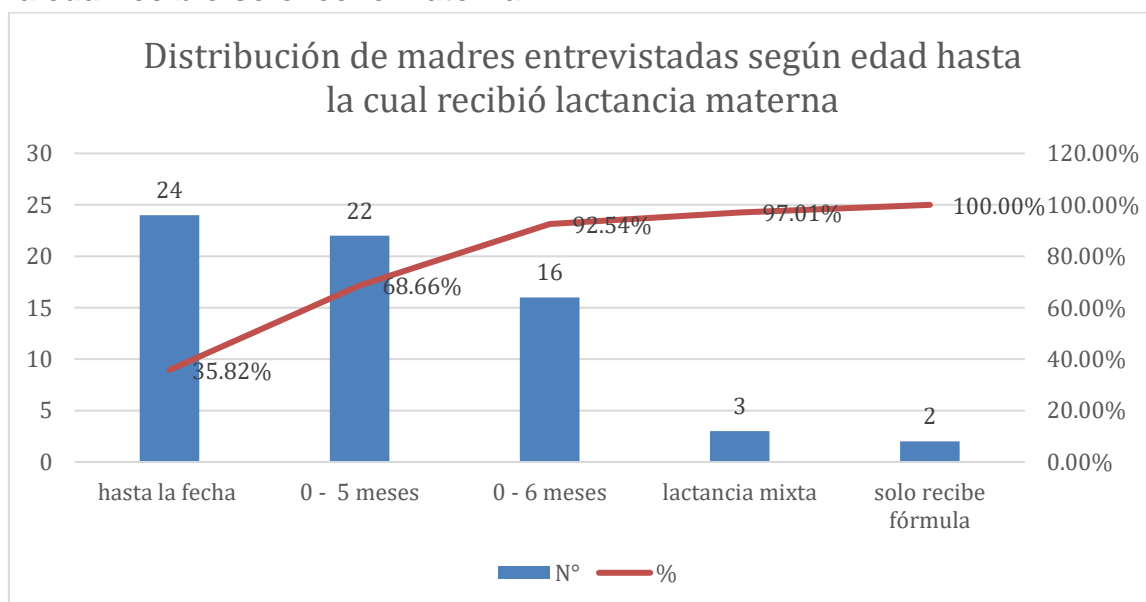
En la figura N° 6 observamos que la información recibida sobre lactancia materna fue en su mayoría posteriores al nacimiento.

**Figura N° 7. Distribución de madres entrevistadas según fuentes de información sobre lactancia materna.**



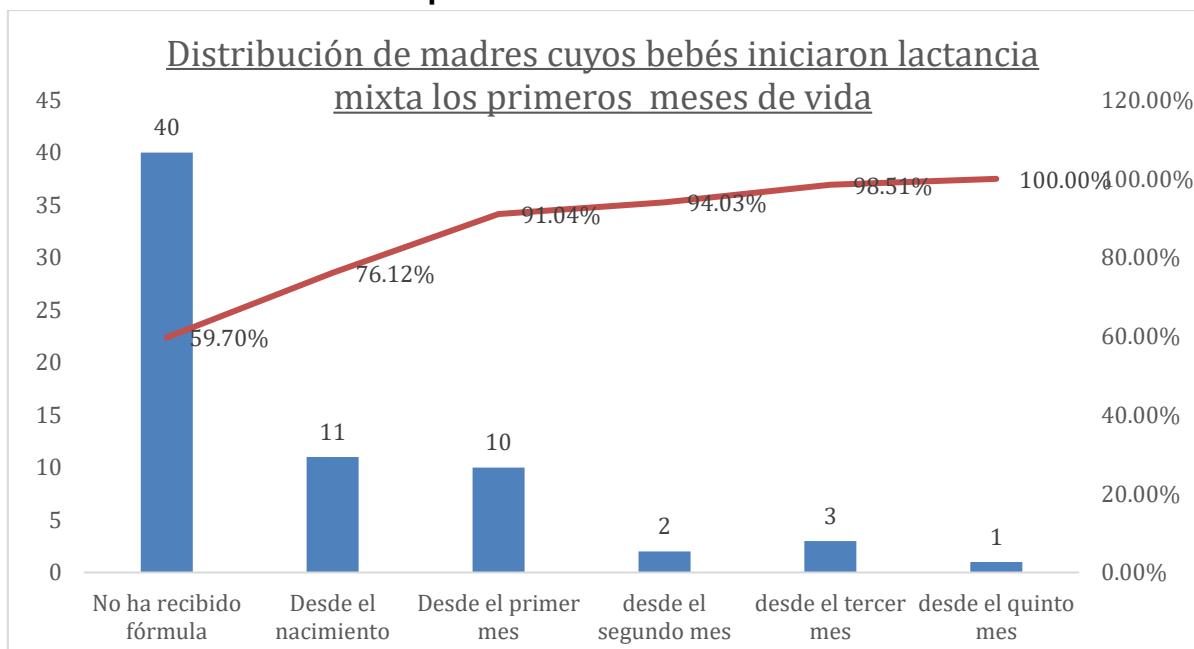
En la figura N° 7 observamos que tanto obstetras 29.3% como enfermeras 26.8% son el personal de salud que en su mayoría informan a las madres sobre la importancia de la lactancia materna.

**Figura N° 8. Distribución de madres entrevistadas según edad del bebé hasta la cual recibió solo leche materna.**



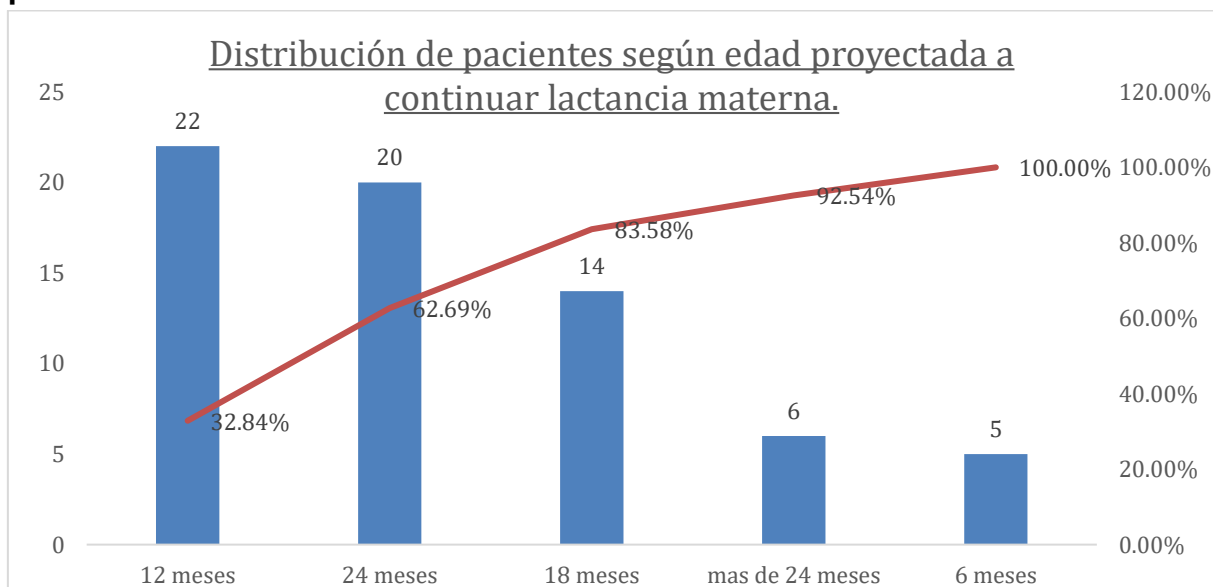
En la figura N° 8 observamos que 40 madres entrevistadas (59%) practicaron lactancia materna exclusiva, el grupo que respondieron hasta la fecha corresponde a las madres con bebés menores de 6 meses.

**Figura N° 9. Distribución de madres entrevistadas, cuyos bebés iniciaron lactancia mixta durante los primeros 6 meses de vida**



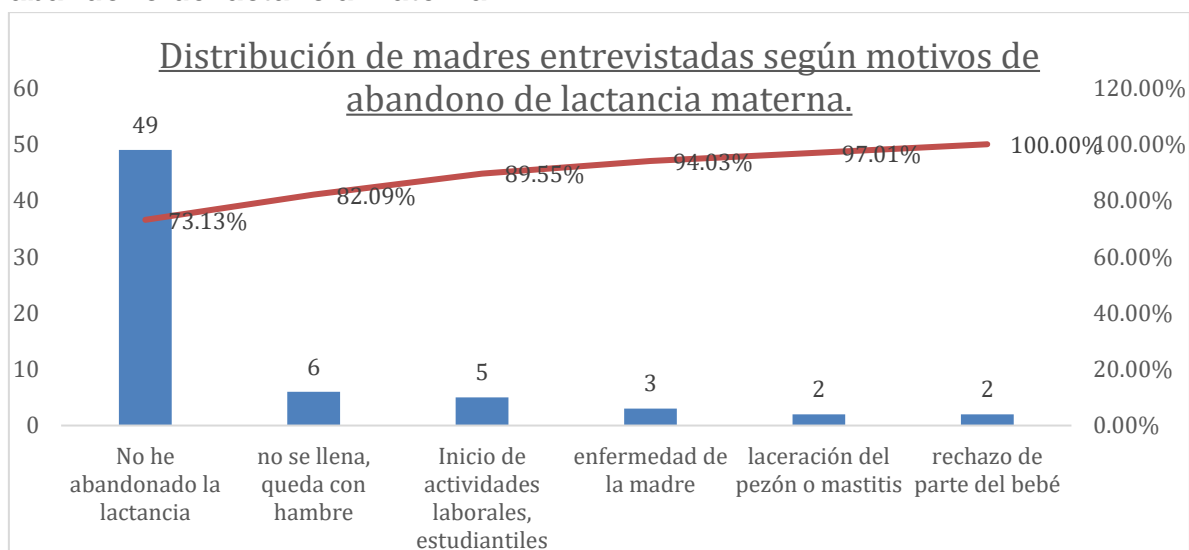
En la figura N° 9 observamos que el 59.7% de los bebés no tuvieron lactancia mixta los primeros 6 meses de vida.

**Figura N° 10. Distribución de madres entrevistadas según edad proyectada para continuar con la lactancia materna.**



En la figura N° 10 observamos que 22 madres entrevistadas (32.8%) han proyectado continuar la lactancia hasta los 12 meses, mientras que 20 madres (29.9%) piensan continuar la lactancia materna hasta los 24, conforme a lo recomendado por la OMS.

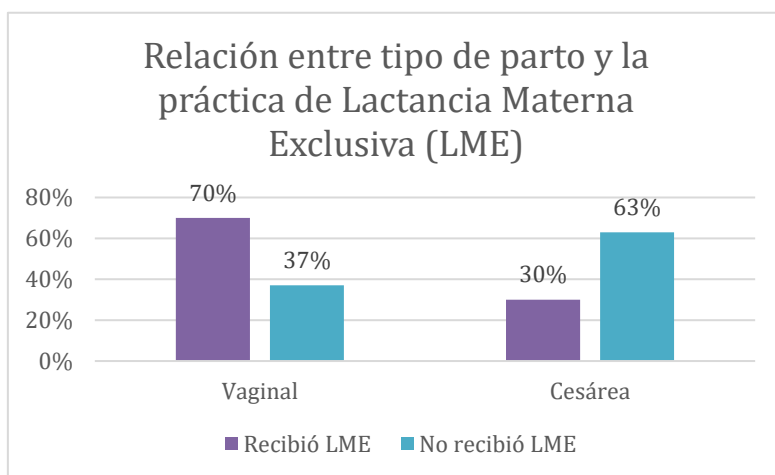
**Figura N° 11. Distribución de madres entrevistadas según motivos de abandono de lactancia materna.**



En la figura N° 11 observamos que la mayoría de las entrevistadas (73.13%) no ha hecho abandono de la práctica de lactancia materna. Las causas de abandono mas relevantes fueron la sensación de falta de llenura y el inicio de actividades laborales y estudiantiles.

**Figura N° 12. Distribución de madres entrevistadas según tipo de parto y su relación con la práctica de Lactancia Materna Exclusiva (LME)**

<i>Lactancia materna exclusiva (LME)</i>	Si recibió	No recibió	Total	Recibió LME	No recibió LME
<b>Tipo de parto</b>					
<i>Vaginal</i>	28	10	38	70%	37%
<i>Cesárea</i>	12	17	29	30%	63%
<b>TOTAL</b>	40	27	67	100%	100%



De las madres entrevistadas que tuvieron parto vaginal, el 70% practicaron lactancia materna exclusiva frente a un 30% que no practicó LME. Mientras que entre quienes tuvieron un parto por cesárea, solo el 30% practicaron la lactancia materna exclusiva.

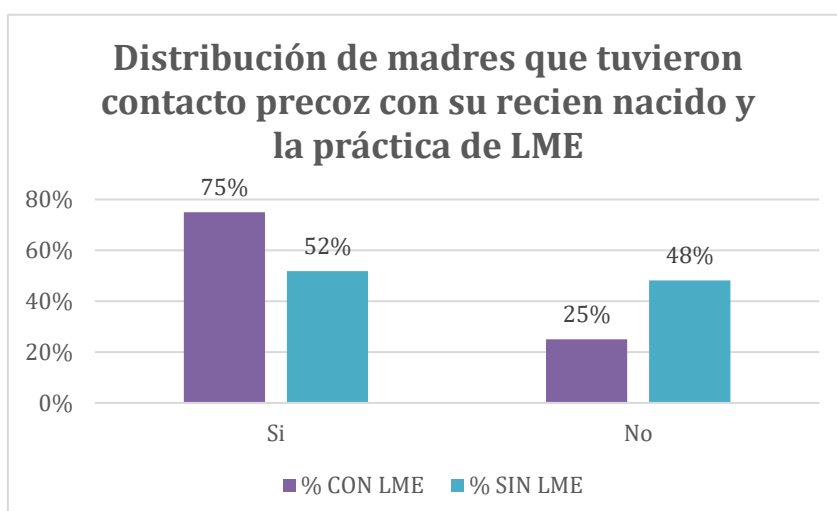
**Odds ratio = 3.94**

**$X^2 = 3.83$**

Luego de aplicar la fórmula de la inversa de Chi cuadrado para el 5% de probabilidad estadística, el valor crítico encontrado fue de 0.004 y al ser el resultado de chi cuadrado mayor que este valor, se rechaza la hipótesis nula y entonces existe relación entre el tipo de parto y la práctica de la lactancia materna exclusiva.

**Figura N° 13. Distribución de madres entrevistadas que tuvieron contacto precoz con su recién nacido y la práctica de lactancia materna exclusiva.**

<i>Recibió lactancia materna exclusiva</i>	Si recibió	No recibió	Total	%	%
<b>Contacto precoz</b>				<b>CON LME</b>	<b>SIN LME</b>
Si	30	14	44	75%	52%
No	10	13	23	25%	48%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>27</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>



En la figura N° 13 observamos que de las madres entrevistadas que tuvieron contacto piel con piel con su recién nacido, el 75% practicó la lactancia materna exclusiva.



## V. DISCUSIÓN

¿El tipo de parto condiciona el éxito de la práctica de la lactancia materna exclusiva? Aplicando la herramienta estadística Odds Ratio (OR), dio como resultado 3.94 y según su interpretación, si el resultado es mayor a 1 ( $OR > 1$ ), indica que hay una asociación, y ésta es más fuerte cuanto mayor es el número. Asimismo, la prueba del Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ), para un valor de  $p = 0.05$  dio como resultado 3.83, luego de aplicar la fórmula de la inversa de  $\chi^2$  se obtuvo un valor crítico de 0.004, considerando que el valor de Chi cuadrado (de 3.83) es superior al valor crítico se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe asociación entre las variables en estudio; es decir, entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva. Esto se traduce a la realidad debido a las diferentes condiciones que afrontan las madres en cada tipo de parto. El contacto precoz es parte del proceso de atención en una sala de partos, a diferencia de una sala de operaciones. En la sala de partos, el contacto piel con piel se produce mientras se espera el pinzamiento del cordón; asimismo, se transfiere la microbiota materna, como se mencionó anteriormente, son bacterias que colonizan el organismo del recién nacido, fundamentalmente al momento del nacimiento por vía vaginal, lo que beneficia su inmunidad y una mejor maduración de su aparato digestivo. En ese instante, el bebé es colocado sobre el abdomen de la madre y mediante el sentido del olfato busca el pezón materno y así se inicia de manera espontánea la lactancia materna y el fortalecimiento del vínculo entre ambos.

El efecto de la cesárea sobre la lactancia podría explicarse porque durante ella se realizan procesos que retrasan el inicio de la misma, separando al bebé y a su madre para este ser trasladado a una sala de Neonatología en el lapso que la atención de la madre en sala de operaciones aún continúa hasta su traslado a la sala de recuperación post operatoria. Tiempo valioso que se pierde, ya que según lo manifestado por la OMS la lactancia materna debe iniciarse dentro de la primera hora del post parto y el tiempo transcurrido hasta que el bebé es entregado a su madre en el caso de la cesárea es en promedio de 2 a 3 horas, considerando el tiempo en la sala de operaciones y sala de recuperación del postoperatorio hasta el traslado de la madre al servicio de hospitalización que es cuando recién el bebé le es entregado para amamantarlo.

En comparación con los hallazgos de Silva y col (2018), se ha evidenciado que los resultados son similares con los del presente estudio, donde el 54% de las madres entrevistadas que tuvieron un parto por vía vaginal, han mantenido la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. No obstante, el trabajo de estos investigadores contó con una población más grande y aplicada en distintos nosocomios. En nuestro caso se ha aplicado a un solo establecimiento, pero el parto de las madres entrevistadas fue atendido en hospitales de referencia en su mayoría y se ha incluido a las madres con bebés de 0 a 6 meses que se encuentran dentro del proceso de LME, como se puede evidenciar en la figura N° 5. A diferencia del estudio de Silva que incluía madres con infantes mayores de 6 meses de edad.

Como se observa en la figura N° 3, las madres entrevistadas han sido atendidas en distintos establecimientos de nuestro medio, tanto del sector público como privado, toda vez que el Establecimiento de salud, según su categoría, donde se aplicó el estudio no cuenta con sala de maternidad y actualmente ofrecen solo los servicios de consulta externa, entre ellos se encuentra el consultorio de obstetricia, a cargo de profesionales obstetras y el consultorio de control de crecimiento y desarrollo del infante, a cargo de profesionales de enfermería. Según los resultados de este estudio, los establecimientos de salud con mayor número de madres entrevistadas y en donde fueron atendidos sus partos, fueron en primer lugar el Hospital Las Mercedes con 19 gestantes (28.4%), seguido de los establecimientos privados con 17 gestantes (25.37%) y en tercer lugar el hospital Regional con 14 gestantes (20.9%), entre otros. Asimismo, en la figura N° 6 denominado "Distribución de madres entrevistadas según momento en que recibió información sobre la importancia de la LME", se puede evidenciar que en su mayoría las madres recibieron esta información después del nacimiento de su bebé. Se sugiere investigar en el futuro si existe diferencia en el protocolo de prácticas de consejería en Lactancia materna en el puerperio inmediato y mediano por parte de los profesionales de la salud de cada establecimiento que tienen contacto con las madres internadas en el servicio de hospitalización. De manera que se conozca si ellos brindan soporte a la puérpera con una asesoría eficaz que contribuya al éxito de la práctica de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, tal como la recomienda la OMS.

Lo anteriormente mencionado, también fue descrito en el estudio prospectivo desarrollado por Dos Santos y otros (2020), desarrollado en Sao Paulo, Brasil. Quienes promueven la importancia de mejorar la calidad de atención de los servicios de obstetricia y la disminución de las cesáreas electivas, así como el incremento de las tasas de parto normales; porque, favorece la construcción de una autoeficacia materna, entendiéndose esta como una buena disposición de la madre para la práctica de la lactancia materna exclusiva en el primer semestre de vida de su bebé.

En referencia a la figura N° 2, de los resultados del presente estudio, denominada: Distribución de madres entrevistadas según número de partos, se observa que la diferencia es mínima entre las entrevistadas sin experiencia previa en lactancia materna, siendo el caso de las primíparas y las entrevistadas que ya contaban con esta experiencia, como es el caso de las multíparas. No obstante, el tener experiencia previa no garantiza que la Lactancia haya sido exitosa. El estudio de Silva y col. (2018), determinó mediante análisis multivariado, que constituye factor de riesgo para el abandono de la LME el haber tenido una experiencia previa negativa en lactancia materna o el no contar con experiencia previa, como es el caso de las primíparas. Probablemente una limitación de este estudio es no haber incluido ese ítem para poder determinar esa relación, toda vez que, según manifiesta Silva, estas dos condiciones incrementan casi 4 veces el riesgo de interrupción de LME. El mismo autor además sugiere la implementación de instrumentos de evaluación simples para ser aplicados en los servicios de Obstetricia, donde las madres indiquen cómo fue la experiencia anterior en lo referente a LME.

Según la figura N° 4, el 53.7% de las madres entrevistadas recibieron a su bebé para alimentarlo dentro de la primera hora, siendo este el caso de las madres cuyo parto terminó por vía vaginal, debido a que en nuestro medio los bebés de madres atendidas por cesárea en su mayoría son entregados pasadas las 2 horas de su nacimiento. En referencia al riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva, Figueroa K. y Menéndez D. (2019), concluyeron que existe un declive en el mantenimiento de la LME a los cinco meses de edad del lactante entre las madres cuyo parto culminó en cesárea y llevaron un embarazo de alto riesgo obstétrico.

Finalmente, en la figura N° 11 “Distribución de madres entrevistadas según motivos de abandono de lactancia materna”, se observa que la mayoría de entrevistadas (73.13%) no ha abandonado la lactancia materna. Entre los casos que han hecho abandono de LME, las principales causas fueron por sensación de falta de llenura y el inicio de actividades laborales y estudiantiles.

## **V. CONCLUSIONES**

1. En su mayoría, las madres entrevistadas que acuden al establecimiento de salud donde se aplicó el estudio, son jóvenes menores de 30 años (70.1%). Además, el 45% de ellas son primíparas
2. Al relacionar las variables en estudio, se observa que hay una diferencia significativa entre las madres que tuvieron un parto vaginal y parto por cesárea en cuanto a la práctica de lactancia materna exclusiva. Toda vez que el estudio demuestra que el 70% de las madres que culminaron su parto por la vía vaginal, practican la lactancia materna exclusiva.
3. Es importante también el contacto precoz para contribuir con la práctica de la lactancia materna exclusiva, no obstante, aún no se siguen los lineamientos indicados por la OMS, que recomienda el corte del cordón umbilical en el momento correcto y durante esa espera se debe producir el contacto piel con piel entre madre y recién nacido, para luego continuar con el reptado del bebé en búsqueda del pezón materno y así iniciar, en ese instante, la lactancia materna. Para el presente estudio, en su mayoría la alimentación del bebé con el pecho materno ha iniciado dentro de la primera hora de vida (53.7%) y ello contribuye significativamente a la práctica de la lactancia materna exclusiva.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Durante la atención del parto por vía vaginal, se deben desarrollar los lineamientos indicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), respecto al contacto piel con piel, pinzamiento del cordón umbilical en el momento correcto (cuando éste deje de latir) y el inicio de la lactancia materna en la sala de partos, si es que el estado de salud de la madre y del recién nacido lo permite.

2. Realizar el contacto piel con piel también en el quirófano, durante la cesárea, donde los recién nacidos por vía abdominal sean colocados en el pecho de la madre y cubierto con campos tibios, mientras que a la madre se le liberan los brazos para que pueda abrazar a su bebé y se puede dar inicio a la lactancia materna en ese instante, siempre y cuando el estado de salud de la mamá y el recién nacido lo permitan.

3. Considerando que existe un mayor porcentaje de madres que practican la lactancia materna exclusiva entre aquellas cuyo parto culminó por la vía vaginal, se recomienda promover el parto vaginal como la mejor vía para la culminación del embarazo, exceptuando los casos de cesáreas necesarias para salvaguardar la vida y salud de la madre y su bebé. Asimismo, el parto natural genera menos costos en atención de salud y minimiza el riesgo por ser por intervención quirúrgica.

## REFERENCIAS

- Alania, D.S.M.R. (2020). Tipo de parto y la Influencia en la Lactancia. *Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna*, 13(1), 49-52.  
<http://www.revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/article/view/133>
- Aguilar Cordero, M., Sáez Martín, I., Menor Rodríguez, M., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., Hervás Pérez, A., & González Mendoza, J. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutrición Hospitalaria* (28), 920-926. doi:DOI:10.3305/nh.2013.28.3.6395
- Barsallo, J., & Isla, G. (2002). *Parto seguro, parto feliz, niño sano*. Lima: Impresiones Dennis Morzan.
- Caballero, V., Caballero, I., Ruiz, M., Caballero, A. & Michuli, Y. (2013). Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. *Medisan*, 17(3), 455-461. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=43329>
- Cabedo, R., Manresa, J., Cambredó, M., Montero, L., Reyes, A., Gol, R., & Falguera, G. (2019). Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. *Matronas Profesión*, 2(20), 54-61. Obtenido de <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/05/54-ORIGINAL-TIPOS-LACTANCIA.pdf>
- Cabrera, J., Cruz, G., Cabrera, C., Cisternas, M., Soto, C., Sepúlveda, K., . . . Araneda, H. (2006). Características del peso, edad gestacional y tipo de parto de recién nacidos en el sistema público y privado. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(2), 92-97.
- Carvajal, J., & Ralph, C. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología* (Octava ed.). Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Castan, A. (2014). Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. *Duazary*, 11(2), 115-125.
- Chumpitaz, L. & Rada, Y. (2018). Factores condicionantes del abandono de lactancia materna exclusiva en madres de niños de 6 meses. Tesis. Universidad Nacional de San Agustín – Arequipa.  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8093>

- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., . . .  
Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes. *Acta  
Pediátrica* (104), 96-113. doi:10.1111/apa.13102
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL (2018). *La Agenda  
2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Una oportunidad para  
América Latina y el Caribe*. [https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-  
la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-  
caribe](https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe)
- Cuadrón Andres, L., Samper Villagrasa, M., Alvarez Sauras, M., Lasarte Velillas, J.,  
Rodríguez Martínez, G., & Grupo Colaborativo CALINA. (November de  
2013). Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en  
Aragón. Estudio CALINA. *ScienceDirect*, 79, 312-318. Obtenido de  
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.03.010>
- Cuestas Montañés, E., & Aparicio Sanchez, J. (2011). Los niños nacidos por  
cesárea toman menos lactancia materna. *Evidencias en Pediatría*, 7-15
- Cunningham, F., Mc Donald, P., Gant, N., Leveno, K., Gilstrap, L., Hankins, G., &  
Clark, S. (1997). *Williams Obstetricia* (20 ed., Vol. 1). Buenos Aires, Buenos  
Aires: Panamericana.
- Domingues, R., Dias, M., Nakamura-Pereira, M., Torres, J., d'Orsi, E., Pereira , A.,  
& Leal, M. (2014). Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da  
preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde  
Pública*, 30, S101-S116. Obtenido de [https://doi.org/10.1590/0102-  
311X00105113](https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113)
- Espinoza, C., Zamorano, C., Graham, S. & Orozco, A. (2014). Factores que  
determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros  
meses de vida. *Anales Médicos ABC*. 59(2). 120-126.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc142i.pdf>
- Figuroa, K., & Menendez, D. (12 de 09 de 2019). *Repercusión del riesgo obstétrico  
sobre la lactancia materna exclusiva en puérperas y lactantes atendidos en  
los centros de salud Andrés de Vera, San Pablo, Portoviejo, Colón, La  
Piñonada, San Antonio, Jipijapa y Santa Rita y en el hospital Verdi Cevallos*.  
Obtenido de Repositorio de Tesis de Grado y Posgrado Pontificia



- Gale, S. & Erazo, K. (2015). Lactancia Materna Exclusiva: expectativa versus realidad. *Acta Pediátrica Hondureña*, 5(1), 355-360.  
<https://www.lamjol.info/index.php/PEDIATRICA/article/view/2256>
- Giménez López, V., Jimeno Sierra, B., Valles Pinto, M., & Sanz de Miguel, E. (2015). Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios que la condicionan. *Revista pediátrica de atención primaria*, 17-26.
- Gonzales Jesús, A.A. & Trucios Bayton, L.F. (2018). Percepciones sobre lactancia materna exclusiva y razones de su abandono en madres primerizas del Hospital María Auxiliadora.  
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/648701>
- Gonzales, R. (1990). A large scale rooming-in program in a developing country: the Dr. Jose Fabella Memorial Hospital experience. *International journal of gynecology and obstetrics*(31), 31-34
- Guevara, R. (2018). Influencia de Factores Sociales y Obstétricos en el Abandono Precoz de la Lactancia Materna Exclusiva. Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Universidad Nacional de Cajamarca.  
<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2112>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. P. (2014). Metodología de la investigación. McGraw Hill.  
<https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Horta, B., Loret de Mola, C., & Victora, C. (21 de 07 de 2015). Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*(104), 20-29. doi:10.1111/apa.13139
- Juy Mori, M., Toralva Aranda, R., Dámaso Mata, B., Luján Pachas, M. & Dueñas Carbajal, D. (2017). Factores maternos que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva en un hospital público. *Revista Peruana de Investigación en Salud*. 1(1):34-39.  
<http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/198>

- Lodge, C., Tan, D., Lau, M., Dai, X., Tham, R., Lowe, A., . . . Dharmage, S. (07 de 2015). Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*(104), 38-53. doi:10.1111/apa.13132
- Mendez, N., García, L., Reyes, D. & Trujano, L. (2014). Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. *Nutrición Hospitalaria*, 32(6), 2618-2621.  
<http://www.aulamedica.es/nh/pdf/9524.pdf>
- Mongrut, A. (2000). *Tratado de Obstetricia normal y patológica* (Cuarta ed.). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Monteiro, J., Guimarães , C., Melo, L., & Bonelli, M. (2020). Autoeficacia en el amamantamiento en mujeres adultas: relación con la lactancia materna exclusiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*(28), e3364. doi:DOI: 10.1590/1518-8345.3652.3364
- Navarro-Cáceres, W. (2011). La lactancia materna y sus propiedades microbioinmunológicas. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 4(1), 63-66.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4060147>
- Niño, R., Silva, G. & Atalah, E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(2), 161-169.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062012000200007](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007)
- Ocampo, P., Vargas, N., León, N., Agüero, S., Araya, M., Rudman, J., & Muñoz, G. (24 de 02 de 2018). El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva? *Revista Española de Nutrición comunitaria*, 24(2), 48-52.
- Odent, M. (2011). *El Bebé es un Mamífero*. (1er Ed.). Buenos Aires, Editorial Madreselva.
- Olaya, Y. (2020). *Factores asociados con el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres del centro de salud de Pampa Grande*. Universidad Nacional de Tumbes:  
<http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/123456789/2190>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Documento normativo sobre lactancia materna*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255731>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *La Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2010). El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo.  
<https://www.paho.org/es/documentos/inicio-temprano-lactancia-materna-clave-para-supervivencia-desarrollo>
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *La lactancia Materna en el siglo XXI*.  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/LactanciaMaternaEnSigloXXI-April15.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (07 de 06 de 2010). *OPS Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/noticias/7-6-2010-leche-materna-primer-alimento-para-campeones>
- Osorio, L. M., & Umbarila, A. S. (2015). Microbiota de la glándula mamaria. *Pediatría*, 48(1), 1-8.
- Righard, L., & Alade, M. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*(336), 1105-1107
- Sacristán Martín, A., Lozano Alonso, J., Gil Costa, M., Vega Alonso, A., & Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. (23 de 02 de 2011). Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, XIII (49), 13;33-46.

- Salazar, G. (06 de 2013). Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. *Revista mexicana de Anestesiología*, 36(S1), 159-162.
- Sankar, M., Sinha, B., Chowdhury, R., Bhandari, N., Taneja, S., Martines, J., & Bahl, R. (07 de 2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica*(104), 3-13. doi:10.1111/apa.13147
- Thomson, M., Hartsock, T., & Larson, C. (1979). The importance of immediate postnatal contact: Its effect on breastfeeding. *Canadian family physician*(25), 1374-1378
- Valenzuela Galleguillos, S., Vásquez Pinto, E., & Gálvez Ortega, P. (2016). Factores que influyen en la disminución de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: revisión temática y contexto en Chile. *Rev. Int. Salud Materno Fetal - yo Obstetra*, 12-19.
- Velásquez, M. (2017). *Psicoprofilaxis prenatal: Tipo de parto en el Hospital Regional de Pucallpa*. (Tesis para optar el título de Médico Cirujano). Universidad Privada Antenor Orrego.
- Vila-Candel, R., Soriano-Vidal, F., Murillo-Llorente, M., Perez-Bermejo, M. & Castro-Sanchez, E. (2017). Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Atención Primaria* 51(2): 91-98.
- Villarreal-Verde, C., Placencia-Medina, M. & Nolberto-Sifuentes, V. (2020), Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro. *Revista de Medicina Humana URP*, 20(2), 287-294.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n2/2308-0531-rfmh-20-02-287.pdf>
- World Health Organization. (12 de 2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>

## ANEXO 1

### Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de valoración
Tipo de parto	Hay 2 tipos de parto que tienen relación con la vía por la cual el producto de la gestación sale del vientre materno a la vida extrauterina	El tipo de parto y lo que a él concierne se conocerá mediante un cuestionario aplicado a las mujeres que acuden con sus infantes al servicio de Control CRED e inmunizaciones del Centro de Salud Cruz de la Esperanza	Parto vaginal	Número de partos	Nominal
				episiotomía	
				Posición adoptada	
				Contacto precoz	
			Parto por cesárea	Inicio de lactancia	
				Motivo de cesárea	
Lactancia materna exclusiva (LME)	Según OMS, la LME es la práctica de alimentar al lactante sólo con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, excluyendo otros líquidos o alimentos	La lactancia materna exclusiva será evaluada mediante un cuestionario aplicado a las mujeres que acuden con sus infantes al servicio del control servicio de Control CRED e inmunizaciones del Centro de Salud Cruz de la Esperanza	Lactancia materna exclusiva	Conocimiento sobre LME	Nominal
				frecuencia	
				Duración	
				exclusividad	
				Edad del lactante	
			Lactancia mixta	Condición laboral	
				hipogalactia	
				Edad del lactante	
				Motivo de abandono de LME	

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO PARA CONOCER LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL TIPO DE PARTO Y LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES QUE ACUDEN AL EE.SS. CRUZ DE LA ESPERANZA

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer la relación que existe entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva, las respuestas que usted nos proporcionen se mantendrán en absoluta reserva y solo se utilizarán con fines estadísticos que contribuyen a la investigación científica. Gracias por su tiempo y participación.

#### INFORMACIÓN GENERAL

**1. Edad (años):**

1. 15 – 20                      2. 21 – 25                      3. 26 – 30                      4. 31 – 35  
5. 36 – 40                      6. 41 - 45

2. Nivel educativo	3. Ocupación	4. Estado civil
a) Primaria/ secundaria	a) Ama de casa	a) Soltera
b) Superior técnica	b) Estudiante	b) Conviviente
c) Superior universitaria	c) Labor remunerada	c) Casada
d) Post grado		d) Separada/divorciada

#### VARIABLE: TIPO DE PARTO

**5. Número de partos:**

1. Uno                      2. dos                      3. tres a más

**6. Su parto más reciente fue:**

1. parto vaginal                      2. parto por cesárea

Fue atendido en: \_\_\_\_\_

**7. Si el parto ha sido por cesárea, ésta fue:**

1. cesárea programada                      2. cesárea de emergencia

**8. ¿Recibió medicación durante la labor de parto?**

1. No recibió                      2. oxitocina                      3. otro \_\_\_\_\_

4. No aplica (fue cesárea)

**9. Qué posición adoptó al momento del parto:**

1. acostada                      2. semisentada                      3. de rodillas

**10. ¿Tuvo contacto piel con piel con su recién nacido(a)?**

1. SI                      2. NO

**11. Le entregaron a su bebé para alimentarlo...**

1. En la sala de partos                      2. luego de 30 minutos                      3. antes de 1 hora

4. luego de 2 horas                      5. Después de 6 horas                      6. al día siguiente

**12. Cuál es el sexo de su bebé:**

1. Masculino                      2. femenino

#### VARIABLE: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

**13. ¿Cuál es la edad de su bebé?**

\_\_\_\_\_ (meses)

- 14.** ¿Recibió información respecto a la lactancia materna, ventajas e importancia?  
1. Si 2. No
- 15.** ¿Cuándo las recibió? (marque 1 o más alternativas)  
1. Antes del embarazo 4. En los controles de salud  
2. Durante mi embarazo 5. En los controles de mi bebé  
3. Después del parto, en hospitalización
- 16.** Fuentes de información sobre lactancia materna  
1. Médico/ Ginecólogo  
2. Obstetra  
3. Enfermera  
4. medios masivos de comunicación  
5. Libros, revistas, folletos  
6. familia – amigos
- 17.** ¿Hasta qué edad recibió su bebé solo leche materna sin incluir agüitas, infusiones, ni fórmulas?  
1. \_\_\_\_\_ meses 2. hasta la fecha (menor de 6 meses)  
3. sólo ha recibido fórmula
- 18.** ¿Con qué frecuencia le da de lactar a su bebé?  
1. a libre demanda 2. cada 2 – 3 horas 3. sólo por las noches  
4. practico lactancia mixta 5. sólo recibe fórmula
- 19.** ¿Desde qué edad comenzó a darle leche artificial o fórmula a su bebé durante los primeros 6 meses de vida?  
1. desde el nacimiento 2. Desde 1 mes 3. Desde 2 meses  
4. a los 3 meses 5. A los 5 meses 6. No ha recibido
- 20.** ¿Por cuánto tiempo recibió fórmula para bebés?  
1. No ha recibido 2. solo el 1° día 3. sólo la primera semana  
4. sólo el primer mes 5. hasta la fecha (menor de 6 meses)
- 21.** ¿Hasta qué edad ha decidido dar de lactar a su bebé?  
1. seis meses 2. nueve meses 3. doce meses  
4. 18 meses (1.5 años) 5. 24 meses (2 años) 6. más de 24 meses.
- 22.** ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando le dio alimentos sólidos o papillas?  
1. Aún no ha recibido 2. Cuatro meses  
3. Cinco meses 4. Cumplidos los seis meses
- 23.** Si decidió dejar de lactar a su bebé, ¿cuál fue el principal motivo para abandonar la lactancia materna? (marque sólo 1 alternativa)  
1. enfermedad del bebé  
2. enfermedad de la madre (por fármacos que se secretan en la leche materna)  
3. laceración del pezón o mastitis  
4. el bebé rechaza el pecho  
5. no se llena, queda con hambre  
6. inicio de actividades laborales o estudiantiles  
7. ambiente familiar inadecuado  
8. no he abandonado la lactancia materna

### **ANEXO 3**

#### **VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO**

##### **I. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Dra. Marina Caján Villanueva
- 1.2. Institución donde labora: Docente de post grado de la Universidad César Vallejo.
- 1.3. Título de la investigación: **El tipo de parto y la lactancia materna exclusiva pacientes en madres que acuden al Establecimiento de Salud Cruz de la Esperanza.**
- 1.4. Nombre del instrumento motivo de evaluación: **Cuestionario para determinar la relación existente entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva.**
- 1.5. Autora: Dioses Zárate Sara Inés (ORCID: 0000-0001-6380-2199)

##### **II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

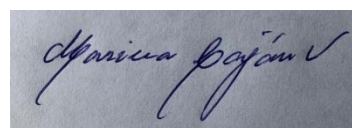
<b>INDICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	<b>Deficiente 0-20%</b>	<b>Regular 21- 40%</b>	<b>Bueno 41- 60%</b>	<b>Muy bueno 61- 80%</b>	<b>Excelente 81- 100%</b>
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				X	
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica				X	
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación				X	
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de las variables				X	
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.				X	
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.				X	
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación				X	
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se está investigando.				X	
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento				X	
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.				X	
PROMEDIO DE VALORACIÓN		75%				

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:** a) Regular    b) Buena    c) Muy buena    c) Excelente

**I. PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

75%

Chiclayo, 14 de mayo del 2021







PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

## CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Jefe (e) de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

### INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos	CAJAN VILLANUEVA
Nombres	MARINA
Tipo de Documento de Identidad	DNI
Numero de Documento de Identidad	16418878

### INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre	UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO
Rector	ORBEGOSO VENEGAS BRUALDO SIGIFREDO
Secretario General	SANTISTEBAN CHAVEZ VICTOR RAFAEL
Decano	MOYA RONDO RAFAEL MARTIN

### INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico	DOCTOR
Denominación	DOCTORA EN EDUCACION
Fecha de Expedición	09/03/2013
Resolución/Acta	1088-2013-UCV
Diploma	A1636180
Fecha Matrícula	Sin Información (****)
Fecha Egreso	Sin Información (****)

Fecha de emisión de la constancia:  
07 de Julio de 2022



CÓDIGO VIRTUAL 0000811148

JORGE MARTIN VEINTIMILLA VEGA  
JEFE (E)  
Unidad de Registro de Grados y Títulos  
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:  
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria  
Módulo: Servidor de Agente automatizado.  
Fecha: 07/07/2022 21:19:37-0800

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu ([www.sunedu.gob.pe](http://www.sunedu.gob.pe)), utilizando lectores de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde Internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 053-2006-PCM.

(\*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

(\*\*\*\*) Ante la falta de información, puede presentar su consulta formalmente a través de la mesa de partes virtual en el siguiente enlace: <https://online.sunedu.gob.pe>



## **VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO**

### **I. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: DERLLY MYRIAM BALDERA CESPEDES
- 1.2. Institución donde labora: EE.SS. CRUZ DE LA ESPERANZA – CHICLAYO.
- 1.3. Título de la investigación: **El tipo de parto y la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Establecimiento de Salud Cruz de la Esperanza.**
- 1.4. Nombre del instrumento motivo de evaluación: **Cuestionario para determinar la relación existente entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Establecimiento de Salud Cruz de la Esperanza.**
- 1.5. Autora: Dioses Zárate Sara Inés (ORCID: 0000-0001-6380-2199)

### **II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

<b>INDICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	<b>Deficiente 0-20%</b>	<b>Regular 21- 40%</b>	<b>Bueno 41- 60%</b>	<b>Muy bueno 61- 80%</b>	<b>Excelente 81- 100%</b>
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica					X
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación					X
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de las variables					X
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.					X
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.					X
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación					X
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se está investigando.					X
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento					X
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.					X
<b>PROMEDIO DE VALORACIÓN</b>		<b>90%</b>				

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:** a) Regular    b) Buena    c) Muy buena    c) Excelente

**I. PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

90%

Chiclayo, 25 de noviembre 2021



**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos

## CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Jefe de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra previamente inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrado por la Sunedu.

### INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **BALDERA CESPEDÉS**  
Nombres **DERLLY MYRSAM**  
Tipo de Documento de Identidad **DNI**  
Número de Documento de Identidad **16775970**

### INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO S.A.C.**  
Rector **TANTALEÁN RODRÍGUEZ JEANNETTE CECILIA**  
Secretario General **LOMPARTE ROSALES ROSA JULIANA**  
Director **PACHECO ZEBALLOS JUAN MANUEL**

### INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **MAESTRO**  
Denominación **MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**  
Fecha de Expedición **16/06/21**  
Resolución/Acta **0490-2021-UCV**  
Diploma **062-123480**  
Fecha Matricula **02/04/2018**  
Fecha Egreso **19/01/2020**

Fecha de emisión de la constancia:  
06 de Julio de 2022



CÓDIGO VIRTUAL: 00000000

**JESSICA MARTHA ROJAS BARRUETA**  
JEFA  
Unidad de Registro de Grados y Títulos  
Superintendencia Nacional de Educación  
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:  
Superintendencia Nacional de Educación  
Superior Universitaria  
Unidad: Servicio de  
Agente autorizado  
Fecha: 06/07/2022 22:40:46-0508

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu ([www.sunedu.gob.pe](http://www.sunedu.gob.pe)), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 37268 - Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 062-2008-PCM.

(\*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del grado o título que se señala.



## **VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO**

### **I. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Mg. Lourdes del Rosario Tabory Villarreal
- 1.2. Institución donde labora: Universidad Privada del Norte
- 1.3. Título de la investigación: **El tipo de parto y la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Establecimiento de Salud Cruz de la Esperanza.**
- 1.4. Nombre del instrumento motivo de evaluación: **Cuestionario para determinar la relación existente entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Establecimiento de Salud Cruz de la Esperanza.**
- 1.5. Autora: Dioses Zárate Sara Inés (ORCID: 0000-0001-6380-2199)

### **II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

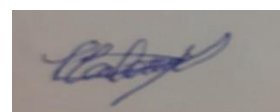
<b>INDICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	<b>Deficiente 0-20%</b>	<b>Regular 21- 40%</b>	<b>Bueno 41- 60%</b>	<b>Muy bueno 61- 80%</b>	<b>Excelente 81- 100%</b>
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				X	
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica				X	
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación				X	
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de las variables				X	
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.				X	
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.				X	
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación				X	
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se está investigando.				X	
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento				X	
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.				X	
<b>PROMEDIO DE VALORACIÓN</b>		<b>80%</b>				

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:** a) Regular    b) Buena    c) Muy buena    c) Excelente

**I. PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

80%

Lugar y fecha: Lima 07 de julio del 2021



**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos

## CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Jefe (e) de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

### INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos	TABORY VILLARREAL
Nombres	LOURDES DEL ROSARIO
Tipo de Documento de Identidad	DNI
Número de Documento de Identidad	25732431

### INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre	UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO
Rector	LLEMPEN CORONEL HUMBERTO CONCEPCION
Secretario General	SANTISTEBAN CHAVEZ VICTOR RAFAEL
Director	PACHECO ZEBALLOS JUAN MANUEL

### INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico	MAESTRO
Denominación	MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
Fecha de Expedición	03/07/17
Resolución/Acta	0214-2017-UCV
Diploma	052-012919
Fecha Matricula	02/01/2013
Fecha Egreso	31/12/2015

Fecha de emisión de la constancia:  
10 de Julio de 2022



CÓDIGO VIRTUAL 0090013783

JORGE MARTIN VEINTIMILLA VEGA  
JEFE (E)

Unidad de Registro de Grados y Títulos  
Superintendencia Nacional de Educación  
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:  
Superintendencia Nacional de Educación  
Superior Universitaria  
Módulo: Servidor de  
Agentes automatizado  
Fecha: 10/07/2022 07:46:13-0500

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu ([www.sunedu.gob.pe](http://www.sunedu.gob.pe)), utilizando lectores de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(\*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.







"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

EL JEFE DEL PUESTO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA, DEJA:

## CONSTANCIA

Que, la Lic. Obst. Sara Inés Dioses Zárate, con DNI 00257218, ha desarrollado la aplicación del instrumento denominado: "Cuestionario para determinar la relación existente entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Puesto de Salud Cruz de Esperanza – Chiclayo"

Dicho instrumento fue aplicado en el mes de abril de presente año a las madres que acudieron con sus infantes al servicio de control de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones de este establecimiento.

Chiclayo, 11 de julio del 2022



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
PUESTO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA  
Ytalo Cabrera Agutnaga  
MEDICO CIRUJANO - CMP 50505  
SE PATU H A

**Dirección: Av. Progreso con Isabel La Católica  
Chiclayo**