

**UNIVERSIDAD DE HUANUCO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUANUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

**TESIS**

**“TIEMPO DE ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA DE LACTANCIA  
MATERNA EN NIÑOS NACIDOS POR PARTO EUTOCICO Y  
PARTO DISTOCICO EN EL HOSPITAL TINGO MARIA- 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**TESISTA**

**Bach. Andhia Lucía, DAZA OYIYA**

**ASESOR**

*Mg. Walter Hugo, MASGO CASTRO*

**HUÁNUCO – PERU**

**2019**



UNIVERSIDAD DE HUANUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las 11:00 horas del día 17 del mes de octubre del año dos mil diecinueve en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- DRA. AMALIA VERÓNICA LEIVA YARO PRESIDENTA
- LIC. ENF. CRISTOBAL ALEGRÍA SALDAÑA SECRETARIO
- LIC. ENF. CARMEN MERINO GASTELÚ VOCAL
- ASESOR DE TESIS. MG. WALTER HUGO MASGO CASTRO

Nombrados mediante Resolución N°1716-2019-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis titulada. "TIEMPO DE ADAPTACION Y TOLERANCIA DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS NACIDOS POR PARTO EUTOCICO Y PARTO DISTOCICO EN EL HOSPITAL TINGO MARIA - 2018". Presentada por la Bachiller en Enfermería. Señorita. **Andhia Lucía, DAZA OYIYA**; Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobado por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de LC y cualitativo de Buena

Siendo las 12<sup>15</sup> am Horas del día 17 del mes de Octubre del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

  
PRESIDENTA

  
SECRETARIO

  
VOCAL

## DEDICATORIA

A **Dios** por darme la vida, por bendecirme día a día y ayudarme a ser fuerte frente a las adversidades de la vida, sobre todo por ser la luz y guía en mí caminar.

En especial a mis padres y hermanos por su amor y paciencia en todo momento, por confiar en mí como persona, hija y sobretodo como profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco infinitamente a nuestro creador por darme la vida y la salud y permitirme culminar con éxito mi carrera universitaria.

Agradecer a mis padres, familiares y amigos por su confianza y apoyo incondicional.

A las autoridades de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, por su disposición de brindarnos todas las facilidades administrativas, para cumplir con los requisitos pertinentes en el desarrollo de la tesis.

A las autoridades del Hospital de Tingo María, por la autorización y todas las facilidades que nos han brindado para la recolección de los datos.

A los Miembros del Jurado Calificador, conformado por Mg. Amalia Verónica Leyva Yaro, Lic. Cristóbal Alegria, Lic. Carmen Merino Gastelu.

A cada uno de los docentes de la facultad, por las enseñanzas brindadas a lo largo de mi formación profesional universitaria.

A todo el personal administrativo de la Facultad de Enfermería, por brindarnos su apoyo y todas las facilidades de acuerdo a nuestros requerimientos

A todos mil gracias.

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCION.....	ix

## CAPÍTULO I

### 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	13
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	15
1.2.1 Problema general:.....	15
1.2.2 Problemas específicos:.....	15
1.3 OBJETIVO GENERAL .....	15
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
1.5 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION .....	16
A nivel teórico: .....	16
A nivel práctico .....	16
A nivel metodológico .....	16
1.6 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:.....	17
1.7 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN: .....	17

## CAPITULO II

### 2 MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	18
2.1.1 A nivel internacional:.....	18
2.1.2 A nivel nacional:.....	20
2.1.3 A nivel Regional y Local:.....	22
2.2 BASES TEORICAS QUE SUSTENTA AL ESTUDIO: .....	22
2.3 BASES CONCEPTUALES .....	23
2.4 HIPOTESIS GENERAL.....	35

2.5 VARIABLES .....	35
Variables de relación.....	35
Variables de caracterización .....	35
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	36

CAPITULO III  
MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACION:.....	37
3.1.1. Enfoque:.....	37
3.1.2. Nivel: .....	37
3.1.3. Diseño: .....	37
3.2 POBLACION Y MUESTRA: .....	38
3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión: .....	38
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	40
3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
3.3.2. PARA LA PRESENTACION DE LOS DATOS: .....	41
3.3.3. PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.-	42
3.7. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	42

CAPITULO IV  
4. RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO .....	44
I. Datos socio demográficos .....	44
II. Relacionado a la Adaptación .....	52
III. Relacionado a Tolerancia.....	59
IV. Resultados Inferenciales .....	65

CAPITULO V  
5. DISCUSIONES

5.1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS.....	66
5.2. RELACIONADO A LA ADAPTACIÓN.....	68
5.3. RELACIONADO A TOLERANCIA.....	73

CONCLUSIONES .....	77
RECOMENDACIONES.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	80
ANEXOS.....	87
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	88
INSTRUMENTOS DE VERCIÓN ANTES.....	89
INSTRUMENTOS DE VERCIÓN DESPUÉS.....	91
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	93
TABLA DE VALIDACIONES DEL INSTRUMENTO.....	94
CONSTANCIAS DE VALIDACIONES.....	95
PERMISO DE EJECUCIÓN DEL ANTES.....	103
PERMISO DE EJECUCIÓN DEL DESPUES.....	104
BASE DE DATOS DE INFORME DE INVESTIGACIÓN.....	105

## RESUMEN

La lactancia materna es la forma más eficaz para proporcionar los nutrientes necesarios para el adecuado crecimiento y el desarrollo de los lactantes, la adaptación y tolerancia va depender mucho de una buena práctica de amamantamiento durante los primeros minutos u horas del recién nacido. Es así que esta investigación tuvo como **objetivo:** Determinar el tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna que presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María-2018. **Material y método:** el diseño fue observacional nivel descriptivo. La población estuvo conformada por 80 binomios (madre-hijo). Para la obtención de datos se utilizó como técnica la encuesta; y como instrumento el cuestionario. **Resultados:** Los datos sociodemográficos indican: la edad predominante de las madres fue de 21 a 30 años, refirieron el 51.25% parto eutócico y 48.75% de tipo distócico, el 58.75% tuvieron estudios secundarios, el sexo de los nacidos fue de 50% para femeninos y masculinos, el 73.75% proceden de la zona urbana, el 82.5% son ama de casa y el 78.75% son convivientes. Relacionado a la adaptación y tolerancia se pudo observar que todos los lactantes realizaron la lactancia materna dentro del tiempo esperado sin dificultades, tuvieron contacto piel a piel, mostraron reflejos de succión, no hubo presencia de vomito ni problemas digestivos. **Conclusión:** se determinó el tiempo de adaptación y tolerancia de los recién nacidos entre 1 a 2 horas después del parto.

**Palabras claves:** lactancia materna, adaptación, tolerancia, parto eutócico, parto distócico.



## **ABSTRACT**

Breastfeeding is the most effective way to provide the nutrients necessary for the proper growth and development of infants, adaptation and tolerance will depend a lot on good breastfeeding practice during the first minutes or hours of the newborn. Thus, this research aimed to: Determine the time of adaptation and tolerance of breastfeeding presented by children born by eutocic delivery and dystocic delivery in the Tingo María-2018 hospital. Material and method: the design was observational descriptive level. The population consisted of 80 pairs (mother-child). To obtain data, the survey was used as a technique; and as an instrument the questionnaire. Results: The sociodemographic data indicate: the predominant age of the mothers was 21 to 30 years, they reported 51.25% eutocic delivery and 48.75% of the dystocic type, 58.75% had secondary education, the sex of the children was 50% female and male, 73.75% come from the urban area, 82.5% are housewives and 78.75% are cohabitants. Related to adaptation and tolerance, it was observed that all infants performed breastfeeding within the expected time without difficulties, had skin-to-skin contact, showed suction reflexes, there was no vomiting or digestive problems. Conclusion: the time of adaptation and tolerance of newborns between 1 and 2 hours after delivery was determined.

Key words: breastfeeding, adaptation, tolerance, eutocic delivery, dystocic birth.

## INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la lactancia materna un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo adecuado de los lactantes, también es parte integrante del proceso reproductivo, con resultados importantes en la salud de las madres. La lactancia materna a su vez es un acto natural, por ello las madres necesitan un apoyo activo para establecer, practicar y mantener un amamantamiento adecuado, debido que la leche materna es el único alimento natural de los niños nacidos.

La leche materna es el alimento adecuado que una madre puede brindar a su hijo. teniendo en cuenta su composición y el aspecto emocional, porque el vínculo entre una madre y su hijo se establece amamantado logrando una experiencia especial e intensa. Existen bases científicas que confirman que la lactancia materna tiene mucho beneficio tanto para el niño, la madre y sociedad.

Los recién nacidos necesitan tiempo para adaptarse a la vida extrauterina. Durante el transcurso de adaptación al medio ambiente, el recién nacido tiene un rápido crecimiento, por lo cual requiere elevados porcentajes nutricionales. las indicaciones de alimenticias dentro del primer año de vida además de considerar los requerimientos nutritivos de esta edad, se debe tomar en cuenta las características de maduración y desarrollo de los sistemas neuromuscular, gastrointestinal, renal e inmunológico, con el objetivo de lograr una evolución gradual desde el inicio de la lactancia materna hasta la alimentación habitual complementaria del niño mayor. El niño es capaz de lactar e ingerir únicamente líquidos en los primeros meses de vida por la presencia de los reflejos de succión y deglución que por definición son involuntarios y condicionan al lactante solo para ingerir líquidos.

Al respecto, en América Latina y el Caribe, a pesar de que se identifica los beneficios del inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida para disminuir la mortalidad neonatal, solo 50% de los recién nacidos reciben este beneficio, incluso en tasas de tan solo 26,4% muy diferente a las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS. Así el año 2013, los países con niveles más altos de lactancia materna fueron: Perú con 71%, Uruguay con 65% y Bolivia con 60%, e incluso algunos países aún se resisten al cambio, como México con 19%, Paraguay con 24%, Honduras y El Salvador con 31%, Haití con 40%, Brasil con 41% y Colombia con 43%. (OMS, 2006).

Por otro lado, en el Perú la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES, 2015), reporta 36,655 mujeres en edad fértil (15 a 49 años), 99% de niños de ambos sexos que han lactado alguna vez, 99,2% del sexo masculino y 98,9% femenino, 99,3% en el área rural y 98,9% en la urbana, es decir que la lactancia materna sigue siendo una práctica generalizada con muy alta prevalencia en el país.

En ese sentido, el Ministerio de Salud cree que la lactancia materna es una práctica fundamental en la nutrición infantil. Con el propósito de contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas, el Comité Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, enfatiza la importancia de la lactancia materna exclusiva desde la primera hora de vida hasta los 6 meses.

El medio en el que un bebé se encuentra antes, durante e inmediatamente después del nacimiento tiene un efecto en la lactancia a través de diversos mecanismos. Los reflejos y succión en un nacido pueden verse comprometidos por la medicación que la madre recibe durante el proceso del parto, la instrumentación podría afectar la mecánica del amamantamiento, así como también la separación, la suplementación y las prácticas agresivas pueden influir sobre el establecimiento de la lactancia. Por todo ello, la progresiva medicalización de la atención al parto y al nacimiento influyen negativamente sobre los comportamientos de amamantamiento temprano, y esto sucede mayormente con la cesárea.

El contacto físico madre-bebé y el amamantamiento frecuente se realizan en su mayoría por contacto mínimo, separación temprana, suplementación evitable, medicación, dolor y desinformación. Todo ello lleva con demasiada frecuencia a la alteración o retraso del establecimiento del vínculo materno filial, a la alimentación con sustitutos y, en muchos casos, al fracaso o al no inicio de la lactancia materna (Aguayo M. J. Romero E. D. Hernández A., 2011)

Se puede disfrutar de una lactancia feliz desde el primer momento a pesar de haber vivido un parto natural o una cesárea. Del mismo modo, se puede tener problemas para amamantar tras un parto respetado, tranquilo y maravilloso. Por lo tanto, el parto influye en el establecimiento de la lactancia y puede decirse que cuanto menos intervenido sea un parto facilite que la lactancia se desarrolle sin dificultades.

Cuanto más se interfiere en un proceso fisiológico, ocasiona con frecuencias alteraciones y desviaciones de la normalidad. Lo natural en el ser humano, que es mamífero, es poder amamantar a sus crías, pero cuando el parto llega ser manipulado, la lactancia, puede verse afectada de múltiples formas.

Las múltiples intervenciones que pueden darse en el parto tienden a tener efectos negativos tanto en la madre como en el bebé, pudiendo suponer un obstáculo importante durante la lactancia, que incluso puede conducir a su fracaso. Disminuir intervenciones innecesarias aumentará las posibilidades de conseguir dar el pecho en forma natural, agradable y sin complicaciones. La inmovilidad de la mujer que provoca la epidural y la falta de verticalidad hacen que se disparen las cifras de bebés que no bajan, bebés que no giran y no se colocan bien, con lo cual aumenta la cifra de distocias y partos quirúrgicos. Los partos por cesárea afectan a la lactancia, ocasionan dolor y molestias a la madre, que en muchas ocasiones les es difícil encontrarse cómoda para amamantar. Por otro lado, a nivel emocional, puede resultar traumático tanto para la madre como para el lactante dificultando así la creación del vínculo (González R., 2006).

Los resultados obtenidos, establecen aportes valiosos en primer lugar para los profesionales de la salud que atienden a la mujer gestante y su niño por nacer para fortalecer la consejería sobre lactancia materna y contribuir a su éxito con el incremento de la lactancia materna; a la facultad de enfermería para aplicarlos en la formación profesional; y a los investigadores para que lo utilicen como marco de referencia y antecedentes para otras investigaciones. Por lo expuesto, nos motivamos a plantear la siguiente interrogante: ¿Qué tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María- 2018?

# CAPÍTULO I

## 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

### 1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El nacimiento es uno de los acontecimientos de la vida más significativos y de un gran impacto en la mujer. El alojamiento conjunto viene hacer la estabilidad de la madre junto a su recién nacido en la misma habitación durante los días que se encuentren en el establecimiento de salud no hay motivo para alejar a la madre y su bebé después del nacimiento, si ambos están sanos. El vínculo afectivo entre madre y bebé facilita el amamantamiento frecuente del recién nacido y el éxito de la Lactancia Materna <sup>1</sup>

Olza Ivonne (2006). Dice: “Después del nacimiento, necesitan estar juntos, es lo mejor para ambos, es decir que durante la estancia en el hospital el bebé permanezca el mayor tiempo posible junto a su madre y que sean tratados ambos como un binomio madre-hijo el estar juntos les permite conocerse y reconocer las demandas del pequeño, entender sus ruidos y movimientos y así poder proporcionarle atención a sus necesidades de la mejor manera”<sup>2</sup> La Organización Mundial de la salud con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia en el año 1990, establece que “todos los gobiernos deberán desarrollar políticas nacionales sobre lactancia materna” e insta a las autoridades de cada país a integrarlas con sus políticas generales de salud y desarrollo. Proponiendo “los 10 pasos para la lactancia materna exitosa “generando “Instituciones hospitalarias Amigos de la madre y el niño”. y por ende poniendo en vigencia el Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la leche materna OMS/UNICEF <sup>3</sup> Un estudio sobre “Alimentación del recién nacido en el periodo posparto inmediato”. Los resultados fueron que: Recibieron lactancia materna exclusiva el 60,4% de los nacidos en instituciones públicas y el 2,9% de los nacidos en instituciones privadas. El riesgo de no tener lactancia materna completa en las instituciones públicas durante el posparto inmediato fue significativamente mayor cuando los niños recibieron un primer

alimento diferente de leche materna (OR):149; Intervalo de confianza (IC) 95%: 16,7- 1332)], el primer contacto se retrasó más de 45 minutos (OR:4;43; IC 95%: 1,02- 19,20) y la intención de la madre fue amamantar menos de 6 meses (OR:5,80; IC95%: 1,32- 25,52); y, en las privadas, cuando los niños recibieron un primer alimento diferente de leche materna ( OR:9,88; IC 95%: 1;07-91,15) <sup>4</sup>

La atención del parto y el puerperio no es acorde a las recomendaciones actuales e influye en la modalidad de alimentación del recién nacido independientemente de otros factores estudiados. Debido a que la cesárea es considerada una cirugía mayor, el contacto madre e hijo puede tardar, lo cual va depender del tipo de anestesia que haya recibido la madre. Por tanto, la madre que haya tenido una cesaría necesita ayuda en el cuidado de su bebé, para ponerlo al pecho y para cambiarlo <sup>5</sup> por otra parte existen factores que pueden afectar negativamente el amamantamiento en estos casos son el alejamiento de la mamá y el bebé, por muchas horas, la disminución de ayuda de personal especializado y/o familiar inmediatamente después del parto y la intervención de personal sin experiencia. El nacimiento de un bebé es un hecho vital más importante de la vida de una mujer. Una gran parte de las mujeres gestantes prefieren dar a luz por parto natural, porque no se imaginan que su hijo/a tendrá que venir al mundo en un quirófano y que pasen sus primeros minutos u horas con personas desconocidas. Según la organización mundial de la salud (OMS) señala que en ningún país se deberá superar el 10-15% de nacimientos por cesárea. Define la lactancia materna exclusiva (LME) como la sola ingesta de leche materna, lo que descarta el consumo de múltiples alimentos que no sea el que se deriva del pecho de la madre y sugiere su continuidad hasta los 6 meses y luego, junto con otros alimentos, hasta los 2 años de vida <sup>6</sup> . se reconoce los beneficios en la madre como en el niño puesto que se han justificado ventajas nutricionales, inmunológicas, económicas e importantes ayuda en el desarrollo psicosocial del niño, lo que ayuda también a la sociedad<sup>7</sup>. Las madres partas por cesárea tienen menores tasas de lactancia materna a diferencia de las madres que tienen por parto vaginal. Se cree deberse a

creencias equivocadas del entorno familiar y/o prácticas inadecuadas del hospital, y no tanto a la intervención en sí misma.

Los resultados del efecto de lactancia materna exclusiva en los bebés nacidos con cesárea y sin cesárea, son útiles para la identificación de tiempo que va a transcurrir para que el bebé se adapte y tolere la leche materna.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 Problema general:**

¿Qué tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María- 2018?

### **1.2.2 Problemas específicos:**

- ¿Qué características sociodemográficas presentan las madres de niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María- 2018?
- ¿Qué tiempo de adaptación de lactancia materna presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María- 2018?
- ¿Qué tiempo de tolerancia de lactancia materna presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María- 2018?

## **1.3 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna que presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María-2018.

## **1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características sociodemográficas que presentan las madres de niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María-2018.
- Determinar el tiempo de adaptación de lactancia materna que presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María-2018.



- Determinar el tiempo de tolerancia de lactancia materna que presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo Maria-2018.

## **1.5 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

- **A nivel teórico:**

La Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, brinda múltiples beneficios creando un vínculo madre e hijo. En el contexto del estudio se contribuirá a fortalecer la importancia de la lactancia materna ya que tiene múltiples beneficios para el futuro del niño teniendo como resultado un buen auto estima, buen crecimiento y desarrollo para el desempeño en la sociedad. Este estudio permitirá conocer el tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna en los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico.

- **A nivel práctico**

El presente proyecto de investigación se encuentra dentro del área de la promoción de la salud y prevención de enfermedades que corresponde a la línea de investigación educación para la salud. es muy importante en lo practico porque va servir como aporte didáctico y científico para la institución, Lo cual dar pecho materno debería ser una práctica común ya que requiere el desarrollo de su instinto natural de protección creando la relación binomio madre-niño.

En el contexto de lo pragmático a través del tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna resultara cada vez más importante para el desarrollo humano, asimismo este mecanismo practico al final ayudara a resolver problemas como la desnutrición infantil, niños inseguros, prevalencia de enfermedades y otros.

- **A nivel metodológico**

Mediante la investigación realizada aportamos con una sustancial base metodológica con énfasis en los partos eutócico y distócicos, así mismo conocer el tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna, haciendo extensivo los resultados a los responsables de los servicios maternos, a la institución misma para incorporar acciones en incentivar la lactancia materna.

De este modo la investigación persigue proponer la Metodología de conocimientos en este estudio. Siendo en un tiempo futurista un aporte significativo para investigaciones relacionado con el tema, creándose espacio de conocimiento y cultura en nuestro medio.

#### **1.6 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:**

En este estudio tenemos una limitación de base teórica, sobre el particular no se encontró estudios a nivel local y regional. Vale decir también hubo limitaciones temporales sobre las coordinaciones con el servicio a trabajar, durante la elaboración del presente estudio, los resultados solo están limitados para la población en estudio.

#### **1.7 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN:**

El estudio de investigación fue viable por el propósito de educación social, se contó con estudios de antecedentes a nivel nacional e internacional, lo cual sirvieron de base para ver el tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico y distócico. Se considerará viable el estudio porque se cuenta con el instrumento que identifica las variables de estudio, dicho estudio se desarrolló teniendo en cuenta la disponibilidad económica del investigador.

## CAPITULO II

### 2 MARCO TEORICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

##### 2.1.1 A nivel internacional:

**España 2012, S. Otal y et al,** <sup>8</sup> realizaron un estudio en con el título de: “El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea”, fue un estudio analítico que incluyó un total de 241 pacientes. Entre los resultados más importantes se observó una edad media de las madres de 31,5 años y una edad gestacional media al momento del parto de 38,9 semanas. Asimismo, el 26,4% habían dado de lactar previamente, el 79,6% habían recibido información previa sobre lactancia, la mayoría eran primíparas (65,8%) y solo un 36,4% recibió contacto precoz piel a piel. Por otro lado, entre las variables predictores se encontró al contacto precoz, problemas en lactancias anteriores, nacionalidad, edad materna y edad gestacional son las que muestran una significación estadística ( $p < 0,05$ ). Concluyeron que la lactancia materna estuvo relacionada con el contacto precoz entre el recién nacido y la madre.

Esta investigación aporta que tiene significación directa con el tema en estudio, Hubo 2,3 veces más probabilidad de lactancia materna tras establecer contacto precoz.

**En España 2011. Montañez y Sánchez** <sup>9</sup> realizo un estudio Sobre los niños nacidos por cesárea toma menos lactancia materna”. La prevalencia de lactancia materna exclusiva en la sala de partos fue significativamente superior después del nacimiento por parto vaginal comparado con el nacimiento por cesárea (71,5% vs. 3,5% 0,001) y también hubo un intervalo de tiempo significativamente mayor entre el nacimiento y el primer amamantamiento entre los nacidos por cesárea (10,4 horas; desviación estándar [DE]:9 horas vs. 3,1horas; DE 6 horas; p 0,05). No se encontraron diferencias en las tasas de lactancia materna entre los nacidos por cesárea programada (85,95% vs. 74,5%; riesgo relativo [RR]:1,19 intervalos de confianza del 95% [IC95%]:1,06 a 1,30 a los siete días; 69.9% vs. 55,1%; RR: 1,26; IC 95%: 1,13 a 1,42 a los tres meses; y 59% vs. 46,6%; RR: 1,26; IC

95%: 1,10 a 1,44 a los seis meses. Conclusión: Tanto la cesárea programada como la de la urgencia están asociadas a una disminución a las tasas de lactancia materna exclusivas comparadas con el parto vaginal.

Acá nos aporta relaciona que los partos distócicos tiene menos adaptación a la lactancia materna exclusiva que los partos eutócicos.

**España 2011, J Aguayo M. Romero E.D. Hernández A.** <sup>10</sup> Realizaron un estudio sobre “Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas” Refieren que el estudio Demuestra que el parto por cesárea, sea electiva o urgente, dificulta el amamantamiento al retrasar el inicio de la lactancia materna, de forma significativa por diversos factores como el dolor, toma de medicación etc. dificultando la primera toma en el posparto inmediato en comparación con el parto vaginal observándose que el apego es inmediato creando afecto teniendo como resultados que la lactancia materna exclusiva fue superior (71.5% vs. 3.5%) y esto influye en la duración posterior de la lactancia.

De igual forma que Montañez y Sánchez refieren que las cesáreas dificultan a la madre a la lactancia materna habiendo menos apego que en los partos eutócicos.

**En Málaga España 2010, Zanardo et al** <sup>11</sup> estudiaron el efecto de la cesárea sobre la lactancia materna y observaron que la prevalencia de la lactancia materna en la sala de parto fue significativamente más alta después del parto vaginal en comparación con el de después de un parto por cesárea (71,5% frente al 3,5%,  $p < 0,001$ ). En los recién nacidos por cesárea se produjo un intervalo más largo entre el nacimiento y el inicio de la lactancia materna (media  $\pm$  SD, horas,  $3,1 \pm 5$  vs  $10,4 \pm 9$ ,  $p < 0,05$ ). No se encontraron diferencias en las tasas de lactancia materna entre la cesárea electiva y los grupos de cesárea urgente. En comparación con la cesárea electiva, el parto vaginal se asoció con una mayor tasa de lactancia materna al alta hospitalaria y en el seguimiento posterior de los pasos (7 días, 3 meses y 6 meses de vida). La incapacidad de las mujeres que han sufrido una cesárea para amamantar cómodamente en la sala de 29 partos y el puerperio inmediato parece ser la explicación más probable para esta asociación.

Por tanto, la cesárea electiva y la emergente son igualmente asociadas con una menor tasa de lactancia materna exclusiva en comparación con el parto vaginal.

### **2.1.2 A nivel nacional:**

**Cusco 2018, Visa R.** <sup>12</sup> realizó un estudio sobre “factores asociados a la pérdida de peso excesiva en recién nacidos. Métodos: el tipo de estudio es analítico, longitudinal de casos y controles cuyo diseño es no experimental -correlacional. La población fue todos los recién nacidos a término, sanos del 2018 hasta completar la muestra determinada del hospital Antonio Lorena del Cusco. Los recién nacidos seleccionados deberán cumplir los criterios de inclusión según sea casos o controles. Resultados: se obtuvo una muestra de 228 recién nacidos divididos en 76 casos y 152 controles. Dentro de los factores asociados se observa: cesárea p: 0.002 OR: 2.42, primípara p: 0.0101 OR: 2.07, adolescencia p: 0.0314 OR: 2.68 y secundaria incompleta p: 0.0103 OR: 2.26. Conclusiones: los factores asociados para la pérdida de peso excesiva en recién nacidos sanos del Hospital Antonio Lorena Cusco 2018 son la cesárea, primiparidad, adolescencia y secundaria incompleta. Este estudio aporta que hay factores que influyen en lactancia materna afectando a los recién nacidos.

**En Lima 2016, Vilca, Campos y Silva** <sup>13</sup> realizaron un estudio sobre factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva en el recién nacido sano. Realizaron una revisión sistemática observacional y retrospectivo, en la que eligieron 15 artículos de texto completo. De los resultados, el 53% (n=15/8) señala a la cesárea como principal factor para retrasar el inicio de la lactancia. También encontramos que los factores negativos para la duración de la lactancia son: uso de biberón (40%), hipogalactia (33%), heridas en los pezones (20%), retorno de la madre al trabajo (20%), edad materna < 25 años, falta de control prenatal, bajo nivel educativo y primiparidad. Son factores positivos para la duración de la lactancia: el inicio precoz de la lactancia, el contacto piel a piel, la multiparidad, mayor nivel educativo y la orientación sanitaria que reciba la madre sobre lactancia. Conclusiones: La cesárea constituyó el principal factor negativo

para el inicio de la lactancia. El contacto piel a piel, el alojamiento conjunto, la orientación sanitaria a la madre son factores positivos para el inicio y la duración de la lactancia.

Acá nos aporta que los factores negativos para la duración de la lactancia: uso del biberón, hipogalactia, heridas en los pezones, retorno de la madre al trabajo, primiparidad y el bajo nivel educativo.

**En Iquitos 2016, Vargas y Villacorta** <sup>14</sup> realizaron un estudio de investigación "Conocimientos y éxito en inicio de lactancia materna, en madres puérperas atendidas en el Hospital III Es salud, objetivo; determinar la asociación que existe entre conocimiento sobre lactancia materna y éxito en el inicio de la lactancia materna, en madres en etapa de puerperio inmediato, atendidas en el servicio de ginecobstetricia del hospital III Es salud, Puchana 2016. Se empleó el método cuantitativo, el diseño no experimental, descriptivo, correlacional, transversal. La población fue de 150 madres y la muestra de 80, aplicando dos instrumentos para la recolección de datos, el Cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna, con una validez de 89,48% y confiabilidad de 86% y la Ficha de registro del inicio de lactancia materna con validez de 98,21% y confiabilidad de 81,9%. El programa estadístico fue el SPSS, versión 22 para Windows XP, con nivel de confianza de 95% y nivel de significancia de 0,05 ( $p < 0,05$ ) para aceptar la hipótesis planteada. Se utilizó la prueba no paramétrica de libre distribución Chi cuadrado ( $X^2$ ), obteniendo como resultados: en conocimiento sobre lactancia materna de las madres puérperas: 46,2% presentaron conocimiento alto, 40,0% conocimiento medio y 13,8% bajo; en éxito en el inicio de la lactancia materna en las madres fue del 61,2% (el recién nacido lactó en la primera hora o dentro de las primeras 24 horas) y 38,8% no iniciaron lactancia materna incluso dentro de las primeras 24 horas. Conclusión: Al asociar ambas variables, se obtuvo asociación estadística significativa entre conocimiento y éxito en el inicio de la lactancia materna ( $p = 0,007$ ;  $p < 0,05$ ).

Este estudio aporta que la promoción de la salud tiene nivel de significancia en la lactancia materna.

**Lima 2015, Guzmán L.** <sup>15</sup> en el año desarrollaron una investigación titulada "Calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal

en el mes de mayo del año 2015". El objetivo fue Describir la calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso. Fue un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal; que incluyó a 100 diadas madre-hijo. Entre los resultados más importantes se observó que el 100,0% presentaron una calidad adecuada en la inmediatez del contacto piel a piel, lo mismo para la forma de entrega del recién nacido y para la presentación del pecho materno desnudo. Sin embargo el 96,0% de las pacientes presentaron una calidad no adecuada del tiempo de permanencia del recién nacido en el pecho materno. Respecto al tiempo de inicio de la lactancia, el 70,0% de los recién nacido fueron amamantados entre la 1era y 2da hora de vida, un 20,0% inicio su lactancia después de 2 horas de su nacimiento. La atención de la madre fue uno de los motivos más frecuentes para terminar el contacto piel a piel (53,0%), seguido de la toma de la huella pelmatoscópica en cuna (34,0%). Concluyeron que la calidad del contacto precoz piel a piel entre las madres y sus recién nacidos a término fue no adecuada, debido a que el tiempo de permanencia del recién nacido en el pecho materno fue menor de 15 minutos en el 96% de las pacientes.

Acá nos aporta que apego prolongado del recién nacido favorece a una buena lactancia materna en los recién nacidos.

### **2.1.3 A nivel Regional y Local:**

Se realizó la búsqueda exhaustiva de estudios similares al nuestro no encontrándose ningún tipo de estudio por el momento.

## **2.2 BASES TEORICAS QUE SUSTENTA AL ESTUDIO:**

### **Kathrin E. Barnard "Teoría de la interacción padres-hijos" <sup>16</sup>**

Esta teoría esta basada en la psicología y del desarrollo humano y se centra en el comportamiento madre-niño con el entorno. características del niño para participar en una relación coincida, el niño debe enviar señales al cuidador. El acierto y la claridad con que se demuestren estos mensajes ayudaran o dificultará su interpretación por los cuidadores e estimulará los cambios oportunos en su actitud, esta teoría se asemeja al estudio realizado sobre tiempo de adaptación y tolerancia del recién nacido por cesárea y sin cesárea, porque trata de ver como el recién nacido interactúa con sus padres.

En esta teoría hace ver la importancia de la interacción de una madre e hijo y el entorno dentro de los 3 primeros años de vida, logrando el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas.

### **Nola Pender Teoría de promoción de la salud <sup>17</sup>**

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos perceptuales porque las personas adoptan características situacionales como respuesta la participación conductas favorecedoras para salud, teniendo como base la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Las personas adoptan conductas saludables cuando su entorno les inculca a realizarlo, lo cual los profesionales de la salud son potencias de influencias interpersonales que podrían aumentar y disminuir el compromiso en la vida saludable.

## **2.3 BASES CONCEPTUALES**

### **Periodo de adaptación y tolerancia**

#### **Adaptación**

Es el proceso por el cual lo desconocido se transforma en conocido, implica salida de su entorno donde desempeña un rol determinado en un espacio conocido que brinda seguridad y en donde se siente protegido. la adaptación de un ser vivo, en cambio, es organismo que ha podido adaptarse a las condiciones del medio ambiente. la adaptación se da cuando el individuo empieza a habituarse a las diferentes condiciones y circunstancias que se le presenta. <sup>18</sup>

#### **Adaptación a la lactancia materna**

La leche madre comienza a originarse durante el segundo trimestre de embarazo, puesto que, en las horas siguientes al parto, comienza la producción a gran escala para satisfacer las necesidades del recién nacido.

#### **Percepción gustativa y olfativa**

Se encuentran presentes en el nacido, aunque no están totalmente desarrollados. Así un RN tiene la capacidad de reconocer el olor del líquido amniótico y leche materna de la madre. Por lo cual el sistema olfativo se considera importante para la vida del RN, los olores ocasionan diferentes perspectivas en su cerebro. <sup>19</sup>



## **Adaptación según el tiempo Lactancia**

En los primeros días, el pecho de la madre logra producir el “calostro”, lo cual se considera un alimento ideal durante los primeros días de vida del recién nacido. Puesto que la porción de calostro que produce la madre es pequeña, suele ser lo suficiente para el recién nacido, que debe lograr la preparación de su tubo digestivo para continuar a los 3 ó 4 días con la “leche de transición”, luego a los 10 días la leche madura. Si existe pérdida de peso fisiológica, se considera, natural y necesaria.

El peso se debe recuperar dentro de una semana hasta los 10 días; el calostro brinda numerosas proteínas, aunque en menor cantidad grasas y azúcares que la leche madura, fundamentalmente inmunoglobulinas incluyendo sustancias de con poder anti infeccioso.

Además de ello tiene un poder laxante que, al favorecer la eliminación del meconio, realiza la limpieza del intestino y lo prepara para una adecuada absorción de la leche materna. <sup>20</sup>

## **La Adaptación neonatal inmediata**

Se le considera un conjunto de modificaciones cardio-hemodinámicas, respiratorias y de todo orden ocurrido que procura el acomodamiento del ser humano al entorno atmosférico al nacer. El éxito de recién nacido va depender de un apropiado y exitoso tránsito de las condiciones dentro del vientre de la madre hacia la vida en el ambiente externo. Esto va Requerir de la atención inmediata en sala de partos/nacimientos.

## **Adaptación neonatal exitosa**

En resumen, una evolución exitosa del proceso fetal al neonatal se caracterizada por:

Pérdida del líquido pulmonar fetal, estabilidad adecuada del patrón respiratorio continuo, secreción de surfactante, estabilidad adecuada de la capacidad residual funcional, caída en la resistencia vascular pulmonar, aumento en la presión sistémica después de mover la placenta de baja resistencia del circuito sistémico, cierre del ductus arterioso y el foramen ovale (dos cortocircuitos), incremento en el flujo sanguíneo de la arteria pulmonar, iniciación de la termogénesis por parte de la grasa parda (termogénesis no

asociada a escalofríos), movilización del glucógeno hepático e inicio de la gluconeogénesis.

En la mayoría de circunstancias, el grado leve de la asfixia asociada con el inicio del parto no es lo suficiente como para interferir con este proceso. Sin embargo, la transición puede llegar a ser alterada significativamente por diferentes eventos durante el intraparto que puede desencadenar una depresión cardiorrespiratoria, asfixia o ambos.

### **Características clínicas del período de transición**

Para lograr la detección de desórdenes en la adaptación neonatal se debe identificar las características adecuadas del período transicional. Durante el inicio de parto y el nacimiento existe muchos estímulos sensoriales al feto que intervienen en su adaptación al ambiente. Estos eventos son el resultado en una descarga simpática que ocasiona cambios en la frecuencia cardíaca, color, respiración, actividad motora, función gastrointestinal y temperatura del recién nacido.

Existen 3 fases consecutivas en el período de transición: primer período de reactividad, intervalo de reposo segundo período de reactividad.

#### **1. Primer período de reactividad.**

Dura de 15 a 30 minutos y inicia con cambios de predominio simpático. Durante los últimos procesos del trabajo de parto, la frecuencia cardíaca fetal oscila normalmente, con un grado de variabilidad, alrededor de 120 a 140 latidos por minuto. Luego del nacimiento existe incremento rápido de la frecuencia cardíaca en un rango de 160 a 180 por minuto, que dura 10 a 15 minutos, y luego baja gradualmente hacia los 30 minutos de vida entre 100 a 160 latidos por minuto.

En los primeros 15 minutos de vida las respiraciones se encuentran irregulares; la frecuencia respiratoria suele variar entre 60 a 80 por minuto. Pueden encontrarse estertores a la auscultación, quejido, aleteo nasal, retracciones y períodos breves de apnea. Se observa al recién nacido alerta y el comportamiento se muestra con reacciones de sobresalto, movimientos gustatorios, temblores, llanto y movimientos cefálicos de un lado a otro. Este comportamiento suele estar acompañado por una disminución en la temperatura corporal y aumento generalizado en su actividad motora con incremento en el tono muscular.

Aparecen sonidos intestinales como manifestaciones gastrointestinales, la descarga parasimpática da como resultado el paso de meconio y La producción de saliva

En recién nacidos a término por trabajo de parto o nacimiento anormales o presentan patologías, y en prematuros normales, el 1<sup>er</sup> período de reactividad suele de 30 minutos a más.

## **2. Intervalo de reposo.**

Suele darse entre 60 a 100 minutos y hay disminución marcada en su actividad motora o sueño; la frecuencia cardiaca disminuye entre 100 a 120 latidos por minuto, la frecuencia respiratoria aumenta, pero esto pueden tener variaciones aceleradas sin necesidad de presentar dificultad respiratoria, aunque en ocasiones puede permanecer acelerada, pero sin dificultad respiratoria. A veces es marcado el peristaltismo intestinal.

## **3. Segundo período de reactividad.**

Aparece de 10 minutos a varias horas, durante las primeras 6 horas de vida. Su característica se pare al primer periodo, pero más llamativos. Existe cambios en el tono muscular, taquicardia, taquipnea, producción de moco, color, tendencia a náuseas y vómito, y aparición de respuestas a estímulos exógenos o endógenos. se expulsa meconio con mayor continuidad. A medida que termina este período, el recién nacido aparenta más estabilidad.

## **Factores que afectan la adaptación neonatal.**

Existe modificaciones cardio-hemo-dinámicas, respiratorias además de ordenes sucedidos con la procuración adecuar al ser humano en el entorno atmosférico al momento de nacer.

Un recién nacido podría estar comprometido a causa de problemas iniciados en el útero de la madre, placenta, incluso el mismo feto. Un evento iniciado en el útero puede expandirse al período neonatal, y puede altera la transición normal. Un hecho asfíctico también puede ser originado postnatalmente; el recién nacido parece bien hasta tener la necesidad de respirar por sí mismo.

La presencia de disminución flujo sanguíneo uterino altera el transporte de oxígeno a la placenta. puede resultar de trastornos

hipertensivos del embarazo, hipotensión materna, anestesia regional, o contracciones uterinas anormales.

Problemas placentarios tales como infartos, desprendimiento prematuro, edema o cambios inflamatorios, pueden afectar el intercambio gaseoso. El feto también puede estar comprometido debido a problemas relacionados con compresión del cordón umbilical, como en casos de nudos del cordón, prolapso del cordón, o presentación de nalgas con compresión del cordón durante el nacimiento.

Un recién nacido puede no respirar después del nacimiento a causa de un número de problemas, entre ellas la depresión del sistema nervioso central ocasionada por medicamentos, anomalías incluyendo las lesiones del sistema nervioso central, lesión de la medula espinal de las vías aéreas, deformidades, obstrucción mecánica, neumonía o anomalías congénitas, inmadurez

Existen algunas situaciones en las cuales el recién nacido puede iniciar de manera normal sus respiraciones, luego disminuirlas o detenerlas al poco tiempo su nacimiento, a consecuencia de depresión inducida por medicamentos, hernia diafragmática congénita y neumotórax espontáneo.<sup>21</sup>

**Tolerancia.** - Es la capacidad que tiene el organismo para resistir y aceptar el aporte de determinadas sustancias.

La leche materna es única e inigualable. A pesar de muchos esfuerzos por imitarla, no existe alimento que, por sí solo, tenga la capaz de cubrir todas las necesidades energéticas y nutricionales como lo hace la leche materna dentro de los primeros meses de vida.

La leche materna contiene un excelente soporte en nutrientes y anticuerpos que alimentan y protegen al bebe ayudando a su desarrollo, la leche materna es un líquido vivo que se adapta a las necesidades de cada niño cambiando su composición según la edad, la hora del día e incluso durante una misma toma. La capacidad de adaptación y tolerancia a la leche humana va depender de factores relacionados a la madre que tenga voluntad y mucha paciencia de amamantar a su recién nacido.

## **¿Cómo cambia la leche materna para adaptarse a tu bebé?**

La leche materna comienza a originarse durante el segundo trimestre de embarazo, pero es en las horas siguientes al parto, cuando comienza la producción a gran escala para poder satisfacer las necesidades del recién nacido.

La primera adaptación suele ocurrir muy rápido, más cuando la madre le brinda su calor y olor, que se parece tanto al del líquido amniótico. Si algo va mal, si se interrumpen estos complejos mecanismos de adaptación, puede que el recién nacido tenga dificultad para respirar, no consiga oxigenar su sangre o tenga hipoglucemia. Puede ser el inicio de un problema grave.

El mecanismo de adaptación puede verse alterado y ocasionar hipotermia o dolor intenso. El llanto intenso en esta fase precoz podría manifestarse como una respuesta de protesta o desesperación si el recién nacido se encuentra separado de su madre. Por eso se debe procurar que permanezca con su madre, en lo posible piel con piel, caliente y seco, cómodo y con acceso al pecho de la madre por si quiere mamar.

En este contexto los recién nacidos no lloran, no disipan excesiva energía en la termorregulación, no existe producción de hormonas de estrés y hay menos dificultades para mamar <sup>22</sup>

## **Intolerancia a la leche materna**

No se puede existir alergia a la leche materna, pero puede desarrollarse alergia a algún componente de la leche materna. Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, grasas, minerales, hidratos de carbono y vitaminas. Como también contiene elementos traza, hormonas y enzimas. La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, ayuda a mantener al bebé en un adecuado equilibrio electrolítico. Como también hay ciertas proteínas en los alimentos que suelen llegar a la leche materna y que suele causar problemas a los bebés con manifestaciones de alergias ya que basta una pequeña cantidad para causar una reacción de su sistema inmune. Puede llegar a presentar síntomas como: dolor de estómago, dolor abdominal, diarrea. Cuando se logra averiguar qué alimento produce la alergia, la madre puede optar por eliminarlo de su dieta, para evitar así que forme parte de su leche y ocasione reacciones alérgicas. Esta dieta deberá ser más estricta dependiendo del grado de alergia del bebé.<sup>23</sup>

## **El parto humano,**

Conocido también como nacimiento, es el término del embarazo humano hasta la salida del feto hacia la vida extrauterina. La edad de una persona se define por este acontecimiento en muchas culturas. Se piensa que una mujer logra iniciar el parto con la sensación de contracciones uterinas regulares, lo que va aumentando en intensidad y frecuencia, acompañadas con cambios fisiológicos del cuello uterino de la madre.<sup>24</sup>

### **Parto Eutócico:**

El proceso de trabajo de parto no se inicia en una fecha predeterminada, sino que aparece de manera habitual después de un suceso de signos premonitorios, que tampoco hay una secuencia idéntica en la mayoría de las mujeres. Por esto, se hace más difícil precisar un inicio con exactitud. En las semanas que anteceden al parto, las gestantes empiezan a notar las contracciones de BraxtonHicks de forma frecuente. Dichas contracciones inician en el momento apropiado para ejercer su función: madurar y ablandar el cuello uterino. Se logra así iniciar lo que se denomina pródromos del parto, que se manifiestan por:

Aumento de la contractilidad uterina, expulsión del tapón mucoso, descenso del fondo uterino, polaquiuria, leucorrea.

El inicio del trabajo de parto es producto de la combinación de varios factores.

**a.- Factores mecánicos.** - Tienen su origen en el feto, que se encuentra a término, el feto logra presionar el cuello del útero, la vagina e, indirectamente, va estimulando la fibra muscular uterina.

**b.- Factores hormonales.** - Se deben a un incremento de la producción de ACTH (hormona pituitaria adrenocorticotrópica) en la hipófisis materna. Esto determina a 20 su vez un incremento de la producción de cortisol en las glándulas suprarrenales del feto, cuya consecuencia es una modificación de los niveles de producción hormonal de la placenta, con el resultante incremento de estrógenos y disminución de la progesterona. En la decidua se incrementa la producción de prostaglandinas esto se debe al aumento de estrógenos. Así, se logra el inicio de las contracciones. La modificación que supone el aumento de estrógenos hace variar la relación de equilibrio existente entre estrógenos y progesterona, y eleva la producción de oxitocina,

el único desencadenante de las contracciones uterinas. El amnios también contiene receptores de oxitócica y ayuda en el aumento de las prostaglandinas: el líquido amniótico maduro tiene mucha prostaglandina E2, procedente del riñón fetal; el factor activador de las plaquetas producido en el pulmón también llega a pasar al líquido amniótico y logra estimular la producción de prostaglandinas. Se tiene en cuenta que las contracciones uterinas actúan de una forma traumática sobre la decidua y el amnios. Éstos responden a esta acción traumática con un aumento de la liberación de prostaglandinas, que desarrollan a su vez la contractilidad uterina hasta lograr desencadenar el parto. El trabajo de parto es un proceso en el cual el útero intenta expulsar el feto, la placenta y el saco amniótico; se logra realizar mediante contracciones rítmicas, que ocasiona un incremento de la presión de la cabeza fetal y saco amniótico sobre el cuello uterino, produciendo dilatación, que luego termina con la expulsión del feto a través del canal de parto. Los procesos comprendidos en trabajo de parto tienden a "la adaptación de los diámetros fetales", sobre todo de aquellos de la presentación, a los de la pelvis ósea y blanda materna, por intermedio de las contracciones uterinas. Estos fenómenos se dividen en activos y pasivos los cuales son 21 Los fenómenos activos: aquellas son las contracciones y los pujos.

La onda contráctil normal tiene una caracterización por un triple gradiente descendiente. Las contracciones del útero se producen en zonas determinadas. La onda entra totalmente el útero en el término de 10 a 20 segundos, continuando una dirección descendente. El sentido descendente o propagación de la onda logra permitir que las partes altas del útero, acorten y traccionen a las que se encuentran por debajo, levantándolas. Este paso se repite de arriba abajo hasta llegar al cuello, sobre el que ejerce la máxima tracción. La duración de la contracción descende progresivamente a medida que se va alejándose, logrando así que todas las partes del útero alcancen el tope de la contracción y aumenten sus efectos, desencadenando sobre el útero una fuerte tracción longitudinal y una presión excéntrica. La intensidad, la contracción también disminuye de arriba hacia abajo; en resultado, la contracción del cuerpo uterino se considera la más intensa, extiende el segmento inferior y dilata el cuello. Esta relación entre las distintas partes del útero se denomina dinámica normal. Las contracciones en el trabajo de parto

son constantes y regulares, con continuidad de 2-5 en 10 minutos, con una intensidad y duración similares y las caracteriza el dolor.

En su bajada por el canal del parto, el feto realiza múltiples movimientos para vencer los obstáculos que existen durante su progresión lo cual reciben el nombre de mecanismos del parto. La cabeza fetal y la pelvis materna logran modificar sus diámetros para adaptarse mutuamente. Este proceso recibe el nombre de modificaciones plásticas de la cabeza y de la pelvis y forman parte de los mecanismos del parto. La mecánica del parto está comprendida por: los múltiples movimientos que mediante ello efectúa el feto, la propulsión hacia delante y los cambios de actitud y posición. Las desiguales partes del feto avanzan siempre en el interior de los segmentos del conducto de la vagina y logra adaptarse del mejor modo, con la mínima constricción y los menores cambios de actitud.

En su recorrido, el feto atraviesa los tres estrechos de la pelvis, superior, medio e inferior. Para realizar este recorrido, es preciso que afronte sus diámetros cefálicos menores a la pelvis y que a la vez utiliza los diámetros mayores de cada uno de los estrechos de la pelvis durante su paso por lo que se denomina canal óseo del parto.

**Parto distócico.** - esto sucede cuando hay complicaciones que exigen la participación del médico. El parto distócico son aquellos partos en los que existen determinadas complicaciones que dependan de la intervención médica para que el parto logre producirse sin riesgos. Los sucesos que originan los problemas pueden ser de origen fetal, materno o de los anexos fetales (placenta, cordón umbilical, líquido amniótico).

### **Distocias maternas**

Suelen presentarse con anomalías dentro del organismo de la mujer que se encuentra en trabajo de parto. Estos pueden ser de dos tipos:

Las **distocias mecánicas son las que afectan a la estructura ósea de la pelvis.** Hay ocasiones en que después de la dilatación se diagnostica la falta de espacio en la zona pélvica que permita la salida del recién nacido. Hay otras distocias mecánicas que tienen que ver con el útero o el canal de parto. Afectan a las partes blandas.



Las **distocias dinámicas son las que afectan a la posibilidad del útero de contraerse**. Pueden perjudicar las contracciones en su frecuencia e intensidad. En ocasiones, estas distocias provocan contracciones demasiado fuertes. En otras son poco frecuentes. También se incluyen en estas distocias dinámicas las contracciones no rítmicas. Estos problemas pueden interferir también en el parto.<sup>25</sup>

### **Distocias fetales**

**Feto en situación transversal u oblicua.** Es un caso de distocia fetal. El niño no se ubica en situación cefálica. En lugar de introducir la cabeza en la pelvis materna, se presenta en situación transversa. Seguramente, en esta situación el obstetra decidirá realiza una cesárea.

- **Presentación podálica o de nalgas.** Es cuando los pies o las nalgas los que se ubican en el canal de parto. Es probable que el médico opte por hacer una cesárea. Si las condiciones fueran óptimas, no se descartaría totalmente el parto vaginal.

### **Prevención de parto distócico:**

Las investigaciones indican que hay condiciones previas al parto que permiten anticipar posibles distocias. Entre ellas se encuentran la edad avanzada de la madre, y el tamaño y peso excesivos del bebé. También está el caso de un trabajo de parto muy prolongado. Se trata de alertas que determinarán la atención especial del médico para controlar posibles inconvenientes.

Se suele recomendar a las mujeres embarazadas que caminen antes del momento del parto. Cambiar de postura durante el parto puede ayudar al producto a tener una buena presentación y prevenir así los partos distócicos. Además, las técnicas de relajación y de respiración profunda pueden contribuir a aumentar la seguridad de la futura madre <sup>26</sup>

### **Separación temprana**

La separación precoz enlentece y dificulta el desarrollo del reconocimiento del olor de la madre en el lactante por tal motivo se puede explicar también que los recién nacidos separados prematuramente tengan

más problemas para amamantar correctamente, ya que es precisamente durante la toma al pecho materno cuando la nariz del bebé está más en contacto con el olor de su progenitora. Los bebés separados se recuperan más lentamente del estrés del parto. Los recién nacidos mantienen el cortisol salivar aumentado en las primeras 6 horas de vida, a diferencia de los que han permanecido en compañía de la madre, además a las 4 horas duermen menos y muestran más movimientos, actitudes en extensión y menos en flexión. Los niños nacidos tras cesárea electiva, en contacto con el madre lloran menos que los que permanecen en cuna, y se adormilan tras unos 60 minutos, los RN en la cuna permanecen despiertos 110 minutos durante los cuales están más inquietos, manifestando reflejos de succión y búsqueda hasta que se duermen <sup>27</sup>

Un estudio señaló que las madres cesareadas por urgencia presentaban niveles más bajos de oxitocina y prolactina, las hormonas de la lactancia, en las primeras 48 horas del posparto <sup>28</sup> Otros autores también han concluido que las madres cesareadas presentan un riesgo tres veces mayor de abandonar la lactancia en el primer mes <sup>29</sup>. Sin embargo, existe diferencias en la duración de la lactancia entre las madres que han dado a luz por parto vaginal y por cesárea. Por lo tanto, resulta evidente que después de una cesárea las madres necesitan un apoyo especial e individualizado y un seguimiento estrecho en el inicio de la lactancia.

### **Amamantamiento**

la leche materna es el alimento ideal y llega a ser suficiente si la succión es continuada, incluyendo en los casos donde al inicio parece insuficiente. Como también la lactancia ejerce un efecto beneficioso sobre la invocación del útero, logrando la estimulación repetida de los pezones lo que conduce mediante una liberación de oxitocina por la neurohipófisis, a una estimulación del miometrio.

El amamantamiento logra reducir el riesgo de contraer infecciones en los niños frente al medio que los rodea como pueden ser problemas gastrointestinales y alergias <sup>30</sup> La leche materna a ayuda a proteger a su hijo

de algunos problemas de salud, como eccema, obesidad, asma, diabetes y posiblemente presión arterial alta.

Los recién nacidos a término sanos utilizan conductas innatas específicas a la especie esto ocurre inmediatamente después del parto cuando se les coloca en contacto piel a piel con la madre. Inician localizando el pezón por medio del olfato y logran una mayor respuesta a las señales olfativas durante las primeras horas luego del nacimiento. Además, tienen la capacidad de “memorizar” sensaciones olfativas, de manera que pueden reconocer el olor corporal materno (Stevenson, 2010), al parecer por impulsos bioquímicos que se inician en el útero a través del líquido amniótico <sup>31</sup>

Porter & Winberg, 1999 Este "período de reconocimiento sensible" predispone o prepara a las madres y a los recién nacidos para que desarrollen pautas de interacción sincrónicas y recíprocas, siempre y cuando estén juntos y en contacto íntimo. Se ha visto cómo los recién nacidos que pasan más de 50 minutos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento, presentan hasta ocho veces más probabilidades de lactar de forma espontánea, poniendo de relieve cómo el tiempo de contacto piel a piel puede ser un componente crítico en lo que respecta al éxito de lactancia <sup>32</sup> (Gómez Papí et al., 1998). El contacto precoz piel con piel, consiste en la colocación del recién nacido desnudo en posición decúbito prono sobre el torso desnudo de la madre, o el padre, apenas nace al medio exterior.

**Tiempo que transcurre para el contacto madre- bebe:** se refiere al tiempo en horas que pasa desde el nacimiento tras la separación del bebe de su madre hasta que se vuelven reencontrar cuando la madre regresa a la unidad de internación y puede recibirle en sus brazos y quedarse junto a ella el recién nacido <sup>33</sup>

## **2.4 HIPOTESIS GENERAL**

**Ha:** El tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico es significativo en comparación de niños nacidos por parto distócico en el Hospital Tingo María-2018.

**Ho:** El tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico no es significativo en comparación de niños nacidos por parto distócico en el Hospital Tingo María - 2018.

## **2.5 VARIABLES**

### **Variables de relación**

- Adaptación
- Tolerancia

### **Variables de caracterización**

- Nivel educativo madre
- procedencia
- Edad de la madre
- Sexo del niño o niña
- ocupación
- Estado Civil
- Tipos de parto

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
Adaptación a la lactancia materna	Adaptación según el tiempo Lactancia	cuantitativo	Inmediata <30 minutos Tardía 1 a 2 horas	intervalo
Tolerancia a la lactancia materna	Tolerancia del recién nacido	cualitativo	tolerante <input type="checkbox"/> Si Tolera intolerante <input type="checkbox"/> No tolera	Nominal dicotómica
<b>Variables de caracterización</b>				
Características sociodemográficos	Edad	Cuantitativo	En años	razón
	Ocupación	Cualitativo	Estudiante Ama de casa Trabajo dependiente Trabajo independiente	Nominal dicotómica
	Procedencia	Cualitativa	Urbana Rural	Nominal Politómica
	Estado civil	Cuantitativa	Soltera Casada Conviviente	Nominal Dicotómica
	Nivel educativo	Cualitativa	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	ordinal
Recién nacido	Sexo	Cualitativo	Masculino Femenino	Nominal dicotómica
Tipos de parto	Parto	Cualitativa	Eutócico Distócico	Nominal dicotómica

## CAPITULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO DE INVESTIGACION:

- **Descriptivo simple.**- Se identificó la población en estudio, el cual me permitió recolectar datos y procesarlos en forma clara y ordenada las características relevantes del problema; es decir nos permitió determinar el tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna que presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo Maria-2018.
- **Transversal.**- El estudio fue realizado en una sola etapa determinada para recolectar datos.

##### 3.1.1. Enfoque:

Según el enfoque, la investigación tuvo un enfoque cuantitativo, ya que los datos obtenidos serán analizados haciendo uso de la estadística.

##### 3.1.2. Nivel:

El estudio fue del nivel descriptivo en el cual se describió las variables en estudio.

##### 3.1.3. Diseño:

El diseño utilizado en el estudio de investigación fue el diseño observacional nivel descriptivo, representado en el siguiente esquema:

**M .....O**

Dónde:

M= muestra

O=Medición de los indicadores de la variable en estudio

## **3.2 POBLACION Y MUESTRA:**

Se consideró como grupo de estudio a todos los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María 2018, siendo un total de 100.

### **3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión:**

#### **3.2.1.1. Criterios de inclusión:** se incluyó a los recién nacidos

- Los que estuvieron registrados en el libro de atención diaria de parto eutócico y parto distócico del Hospital Tingo María.
- Con edad gestacional mayor o igual a 37 Semanas hasta las 42 semanas del Hospital Tingo María
- Sin patologías congénitas
- Alimentados de forma exclusiva con leche materna
- Madres que desearon participar en el estudio voluntariamente

#### **3.2.1.2. Criterios de exclusión:** Se excluyó a los recién nacidos

- Que no estuvieron registrados en el libro de atención diaria de partos eutócico y parto distócico del Hospital Tingo María
  - Con edad gestacional menor de 37 Semanas
  - Con patologías congénitas
  - Alimentados con fórmulas artificiales
  - Madres que no desearon participar en el estudio voluntariamente
- **Ubicación de la población en espacio y tiempo.**
    - **Ubicación en espacio.**- La población objeto de estudio en el presente trabajo de investigación se realizó en el servicio de atención inmediata del recién nacido del Hospital Tingo María; que se encuentra ubicado en el Distrito de Luyando y Centro Poblado de Mapresa conocido como Hospital de Contingencia, comprensión de la Provincia de Leoncio Prado y Departamento de Huánuco.
    - **Tiempo.**- Dicho estudio se realizó durante los meses de mayo a agosto del año 2018.

## MUESTRA Y MUESTREO:

**Unidad de análisis.-** La unidad de análisis estuvo conformado por el total de niños por parto eutócico y distócico del Hospital Tingo María.

**Unidad de muestreo.-** Estuvo conformada por las madres descritos en la unidad de análisis a quienes se aplicará el instrumento de recolección de datos.

**Marco Muestral.-** El Marco Muestral estuvo constituida por el registro diario de atención a los usuarios del Hospital Tingo María lo cual se elabora una plantilla con la información de los Recién nacidos por parto eutócico y distócico

### Tamaño de la muestra

Para hallar el tamaño de muestra se aplicó la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde:

N=Total de la población

P= proporción esperada en este caso 50% =0.50

Q=1-p (en este caso 50%=0.50)

E= precisión (se usa un 5%)

Z=1.96 al cuadrado para un nivel de confianza del 95%

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0.50 \times 0.50 \times 100}{0.05^2 \times (100-1) + (1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50} \quad n = 79.5$$



La muestra estuvo conformada por 80 niños nacidos por parto eutócico y parto distócico.

**Tipo de Muestreo:**

Se realizó el muestreo no probabilístico por conveniencia teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión.

**3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

- **La técnica.**-La técnica utilizada en el presente estudio en la que se clasificó o priorizo las variables de estudio fue la encuesta estructurada.
- **Instrumento.**- Cuestionario estructurado de recolección de datos según las variables de estudio que consta de las siguientes partes:  
Datos sociodemográficos relacionados a la madre: con preguntas abiertas y cerradas con sus respectivas alternativas  
Datos relacionados a la Adaptación.- Consta de 6 preguntas cerradas con sus respectivas alternativas.  
Datos relacionados a la Tolerancia.- Consta de 5 preguntas cerradas con sus respectivas alternativas.

**Validez y Confiabilidad de los instrumentos:**

Los instrumentos de recolección de datos que se utilizó en el presente estudio fueron sometidos a pruebas de validez de contenido y constructo mediante la selección de 07 jueces o expertos en el tema de estudio, con el fin de determinar hasta dónde los ítems de los instrumentos planteados son representativos del dominio o universo de contenido de las propiedades que se desea medir.

De la información que se obtuvo de los jueces o especialistas se elaboró la tabla de validación según coeficiente de AIKEN, que validaron el cuestionario de preguntas. En la interpretación del coeficientes se usó la magnitud hallada y la determinación de la significancia estadística mediante las tablas de valores críticos que se pueden hallar en Aiken que debe ser mayor de 0.60 para ser válido y seguidamente la aplicación en la recolección de los datos en la muestra seleccionada. Para el presente estudio el Coeficiente de Aiken resultó 0.83%.

### **3.3.2. PARA LA PRESENTACION DE LOS DATOS:**

- **PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS:**

Para llevar a cabo el presente estudio, se realizó lo siguiente:

- Se presentó un oficio dirigido al Director del Hospital Tingo María.
- Se presentó un oficio dirigido al jefe del departamento de Ginecología y obstetricia
- Se presentó un oficio dirigido a la coordinadora del servicio de atención inmediata del Recién nacido.
- Se solicitó firma del consentimiento informado
- Se entregó el instrumento de recolección de datos a la unidad de estudios.
- La aplicación del instrumento para recolección de datos tuvo una duración de 10 minutos aproximadamente
- Se tabularon los datos obtenidos.
- Se elaboró una base de datos en Excel y SPSS.

- **ELABORACION DE DATOS:**

Para la elaboración de datos de la presente investigación se consideró las siguientes etapas:

**Revisión de los datos.**- Se exploró en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron en el presente estudio; asimismo, se realizó la inspección de calidad de los datos a fin de hacer las correcciones necesarias.

**Codificación de los datos.-** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas del instrumento de recolección de datos, según las variables del estudio. Los datos se clasificaron de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Luego se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio, a fin de realizar el análisis e interpretación de los mismos de acuerdo al marco teórico.

### **3.3.3. PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.-**

En este estudio se utilizó la estadística descriptiva para la interpretación por separado de cada variable, de acuerdo a los objetivos de la investigación. Además se utilizó las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas.

Se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio, donde se realizó el análisis e interpretación de los mismos de acuerdo al marco teórico.

Luego de recolectados los datos de la aplicación de las variables, se hizo la base de datos en una matriz.

Los resultados se presentaron en gráficos analizados e interpretados usando el programa SPSS V.20; (datos generales y específicos) acorde a los objetivos del estudio. Para ello se hizo uso del marco teórico.

### **3.7. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Se consideran los principios bioéticos aplicados en Enfermería, siendo como sigue:

- **Principios de beneficencia:** Este estudio garantizo a los participantes a no estar expuestos a experiencias que resulten en permanentes daños graves a su persona. Por otro lado, el estudio fue beneficioso en el sentido de que va aportar conocimientos positivos a los futuros investigadores.
- **Principio de autonomía:** Este estudio garantizo a los participantes el derecho a la autodeterminación; es decir, cada madre participante tuvo el derecho de decidir voluntariamente si participará o no en este estudio, teniendo en cuenta la aceptación del consentimiento informado.
- **Principio de justicia:** El presente estudio brindo a los participantes el derecho a un trato justo, es decir a un trato respetuoso y amable en todo momento de la investigación.
- **Principio de no maleficencia:** El presente estudio no causo ningún daño a los participantes, se tendrá en cuenta la discreción y el anonimato de los participantes.

## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS

#### 4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

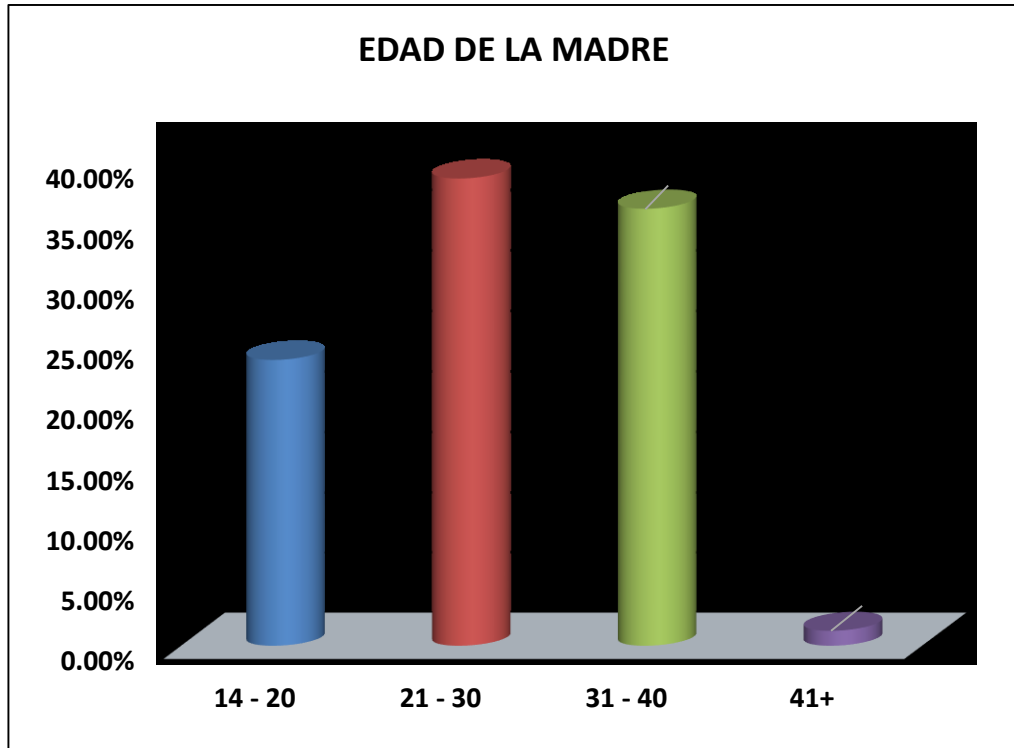
##### I. Datos socio demográficos

**Tabla N° 01: Distribución porcentual según datos socio demográficos en niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el Hospital Tingo María, 2018.**

Variables	n=80	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad de la madre:</b>		
14 – 20	19	23.75 %
21 – 30	31	38.75 %
31 – 40	29	36.25 %
Mayor de 41	01	1.25 %
<b>Tipo de parto</b>		
Eutócico	41	51.25 %
Distócico	39	48.75 %
<b>Nivel Educativo de la madre:</b>		
Sin instrucción	02	2.50 %
Primaria	15	18.75 %
Secundaria	47	58.75 %
Superior	16	20.00 %
<b>Sexo del recién nacido:</b>		
Femenino	40	50.00 %
Masculino	40	50.00 %
<b>Procedencia:</b>		
Urbana	59	73.75 %
Rural	21	26.25 %
<b>Ocupación:</b>		
Estudiante	0	0.00 %
Ama de casa	66	82.50 %
Trabajo dependiente	05	6.25 %
Trabajo independiente	09	11.25 %
<b>Estado civil:</b>		
Soltera	06	7.50 %
Casada	11	13.75 %
Conviviente	63	78.75 %

Fuente: Entrevista estructurada de elaboración propia

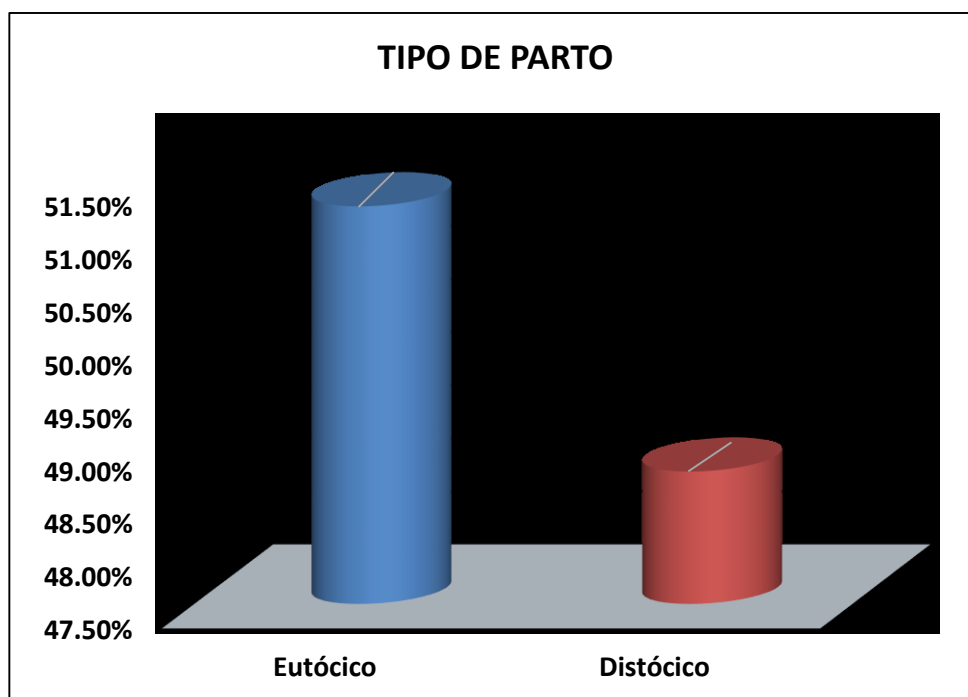
**Grafico N° 1: Diagrama porcentual según edad de la madre puérpera encuestada en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** Según el grafico N° 1, se observa que del 100% (80) de madres puérperas encuestados, el 38.75% (31) corresponde a la edad comprendida entre los 21 a 30 años, siendo este el de mayor expresión porcentual, seguidamente de 31 a 40 años representan el 36.25% (29), en tanto el menor porcentaje está comprendido entre los 41 años a mas con un 1.25% (1).

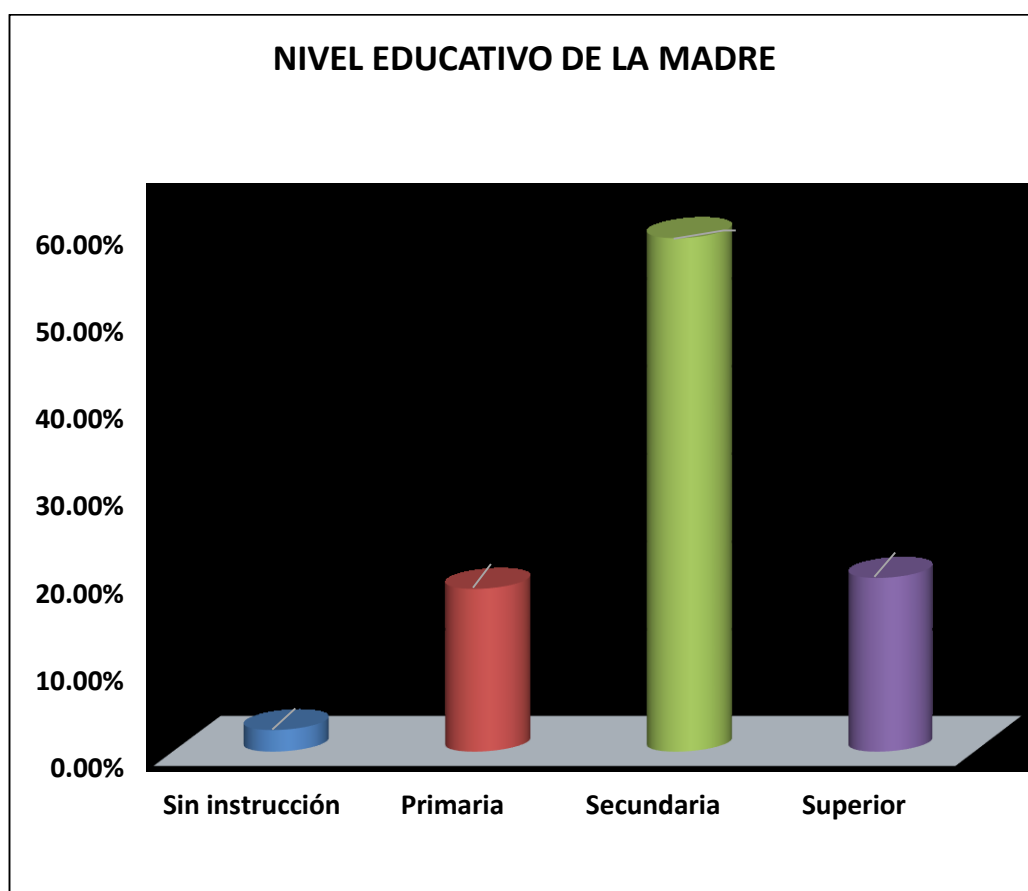
**Grafico N° 2: Diagrama porcentual según tipo de parto en madres puérperas encuestadas en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** En el grafico N° 2, se observa que del 100% (80) de madres puérperas encuestados, el 51.25% (41) manifiestan haber tenido un parto eutócico mientras que el 48.75% (39), indican haber tenido un parto distócico.

**Grafico N° 3: Diagrama porcentual según el nivel educativo de las madres puérperas encuestadas en el Hospital Tingo María, 2018.**

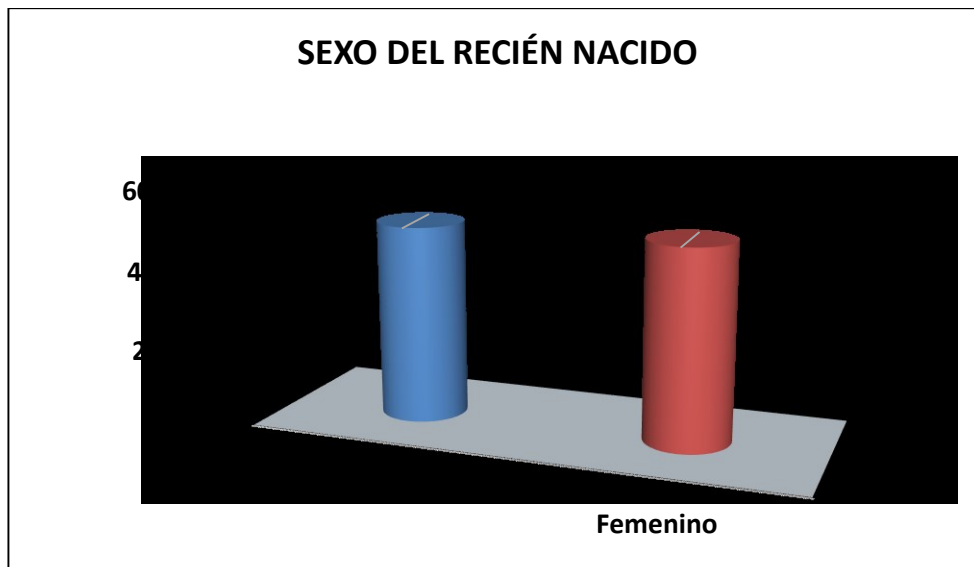


FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** Respecto al nivel educativo, el mayor porcentaje obtenido corresponde al nivel secundaria con un 58.75% (47), seguidamente con un 20% (16) que mencionan haber estudiado una carrera profesional mientras que muy cerca con el 18.75% (15) de los encuestados tienen estudios concluidos de primaria y solo el 2.5% (2) indican no haber tenido la oportunidad de realizar ningún estudio por lo que representan al nivel educativo sin instrucción.



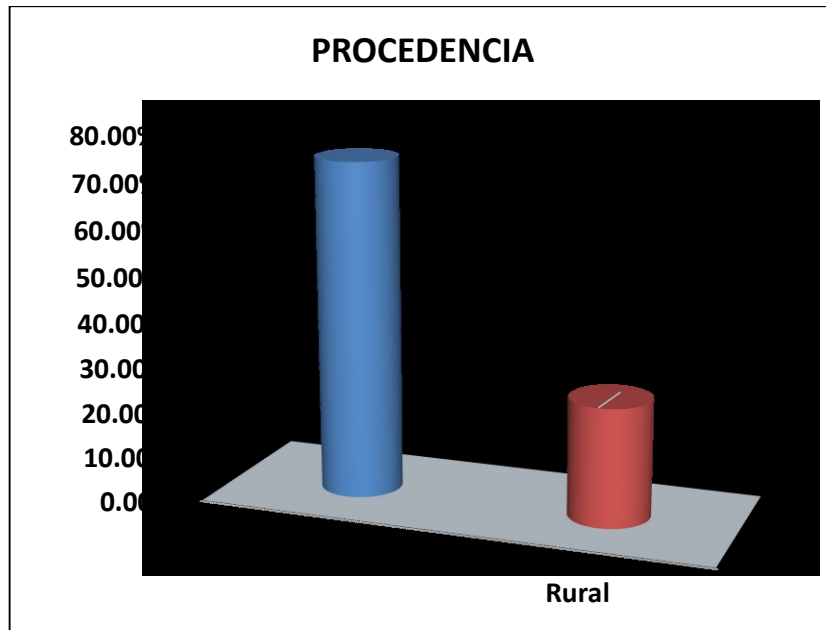
**Grafico N° 4: Diagrama porcentual según el sexo del recién nacido en el Hospital Tingo María, 2018.**



Fuente: Entrevista estructurada – elaboración propia

**Interpretación:** Referente al sexo según la evaluación realizada a nuestras encuestadas se puede manifestar que coincidentemente ambos valores son iguales, masculino 50% (40) y femenino 50% (40).

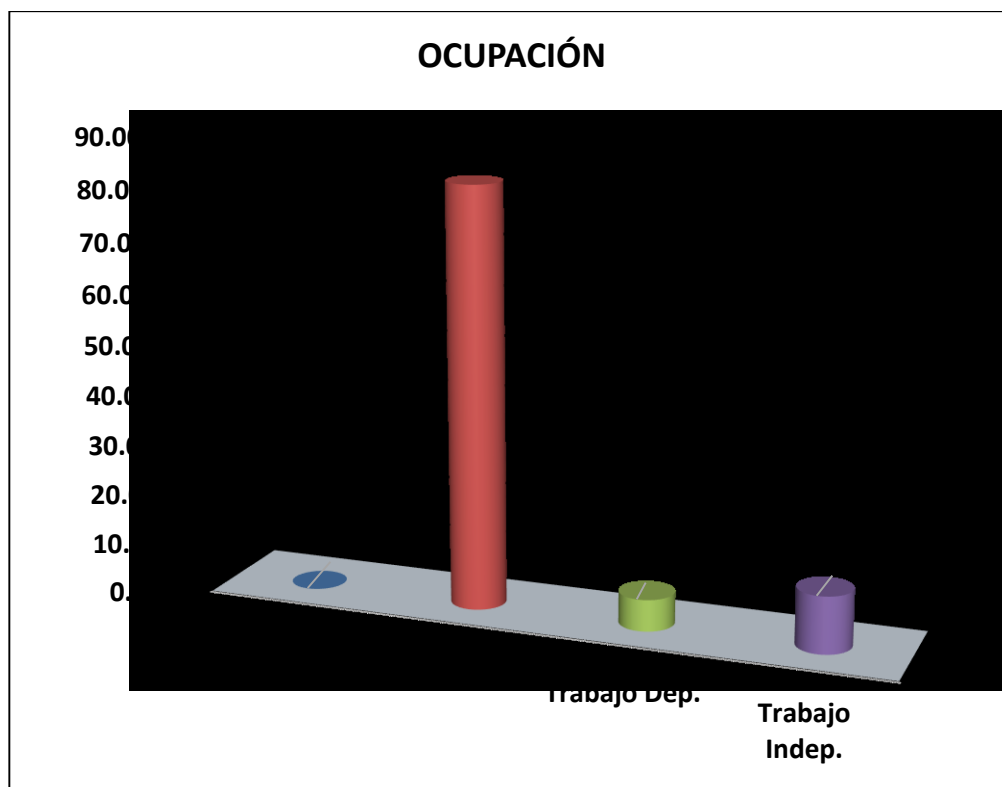
**Grafico N° 5: Diagrama porcentual según la procedencia de las madres puérperas encuestadas en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** De acuerdo al grafico N° 5 se puede observar que del 100% (80) de madres puérperas encuestadas el 73.75% (59) provienen de las zonas urbanas de Tingo María mientras que el 26.25% (21) recurren de la zona rural.

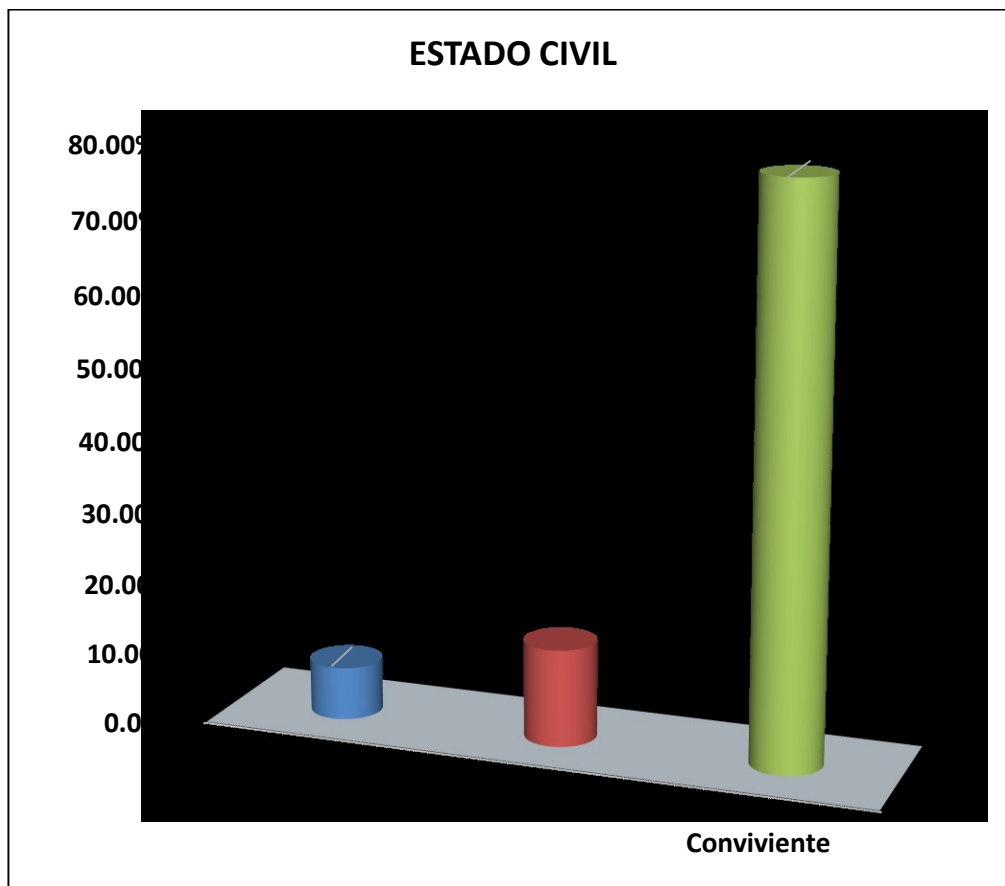
**Grafico N° 6: Diagrama porcentual según la ocupación de las madres encuestadas en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** En el grafico N° 6, se puede observar que del 100% (80) de madres púerperas encuestadas, el 82.5% (66) tienen como ocupación principal el ser ama de casa, en un porcentaje menor de 11.25% (9) son trabajadores independientes y el 6.25% (5) tienen un trabajo dependiente, ningunos de los encuestados indicar estar estudiando.

**Grafico N° 7: Diagrama porcentual según el estado civil de las madres encuestadas en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** Referente al estado civil de las madres encuestadas el mayor porcentaje con un 78.75% (63) manifiestan ser convivientes, el 13.75% (11) casadas y el 7.5% (6) indican ser madres solteras, tal como se puede ver en la figura N° 7.

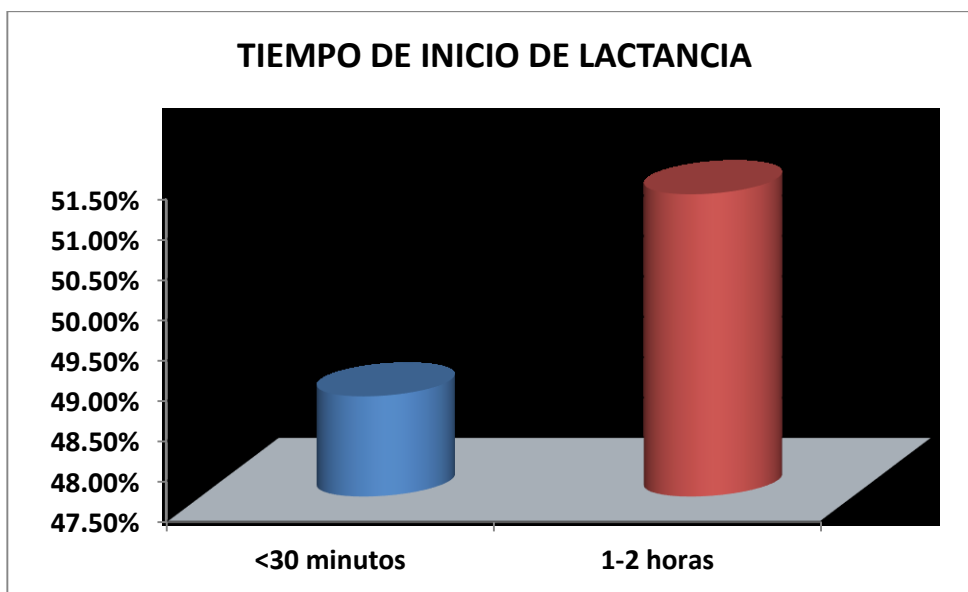
## II. Relacionado a la Adaptación

**Tabla N° 02: Distribución porcentual según datos relacionados a la adaptación en niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el Hospital Tingo María, 2018.**

Variables	n=80	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>¿Cuánto tiempo paso para que su niño lograra iniciar con la lactancia materna exclusiva?:</b>		
<30 minutos	39	48.75 %
1 – 2 horas	41	51.25 %
<b>¿Hubo contacto piel a piel madre-hijo después del parto?:</b>		
SI	49	61.25 %
NO	31	38.75 %
<b>¿El recién nacido presentó los instintos de reflejo de succión?:</b>		
SI	48	60.00 %
NO	32	40.00 %
<b>¿Su niño necesitó ayuda para iniciar el amamantamiento?:</b>		
SI	48	60.00 %
NO	32	40.00 %
<b>¿Su niño presentó alguna complicación al inicio del amamantamiento?:</b>		
SI	11	13.75 %
NO	69	86.25 %
<b>¿Duerme su niño continuamente?:</b>		
SI	42	52.50 %
NO	38	47.50 %

FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Grafico N° 8: Diagrama porcentual según el tiempo de inicio de lactancia de niños nacidos en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** Según el grafico N° 8 se puede observar que el 51.25% (41) de los recién nacidos tardan entre 1 a 2 horas para iniciar la lactancia materna exclusiva, mientras que el 48.75% (39) inician entre los primeros 30 minutos de haber nacido.

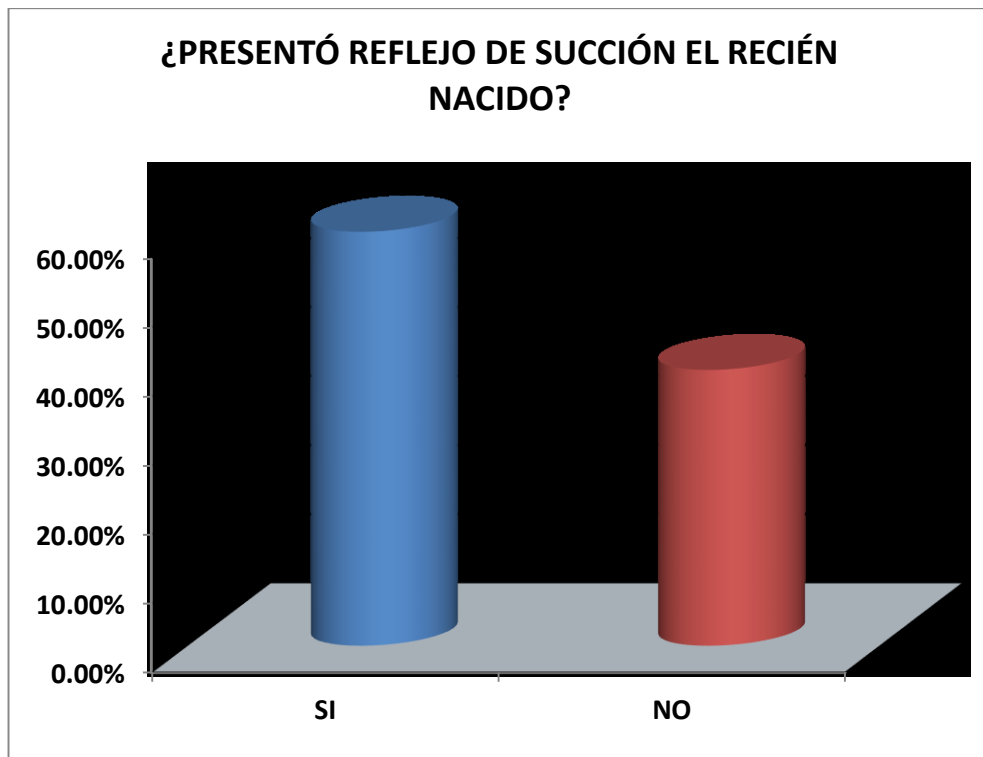
**Grafico N° 9: Diagrama porcentual que determine si hubo contacto piel a piel madre-hijo después del parto en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** Como se puede observar en el grafico N° 9, el 61.25% (49) de madres manifiestan haber tenido contacto piel a piel madre-hijo después del parto, mientras que el 38.75% (31) indican lo contrario.

**Grafico N° 10: Diagrama porcentual que indica el reflejo de succión del recién nacido en el Hospital Tingo María, 2018.**

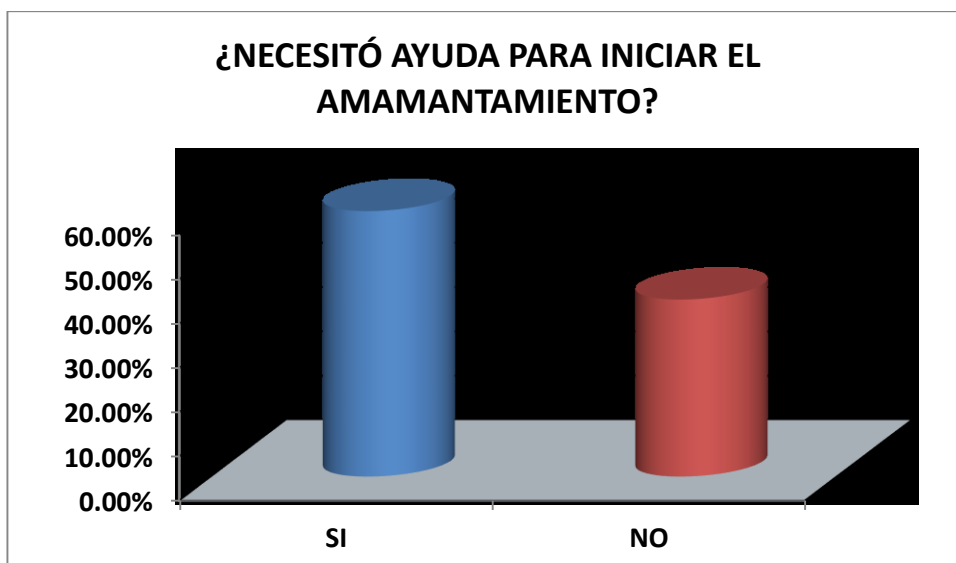


FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** El 60% (48) de recién nacidos presentan reflejo de succión es lo que manifiestan las madres encuestadas, mientras que el 40% (32) no presentan dicho reflejo así se puede notar en el grafico N° 10.



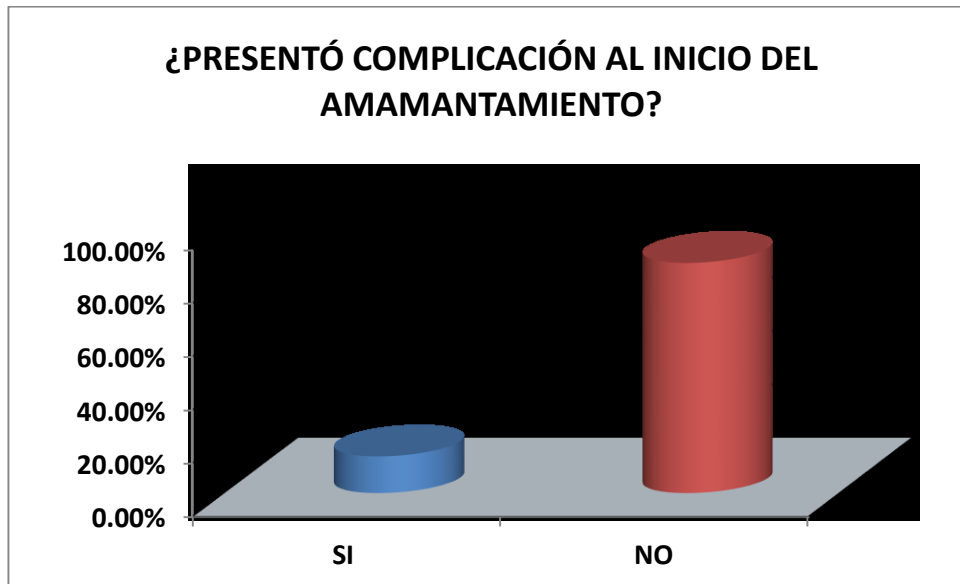
**Grafico N°11: Diagrama porcentual que refleja si necesitó ayuda para iniciar el amamantamiento en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** Similar al cuadro anterior, en el presente grafico N° 11, se puede observar que el 60% (48) de niños recién nacidos necesitó ayuda para iniciar el amamantamiento y el 40% (32) lo hacían solos.

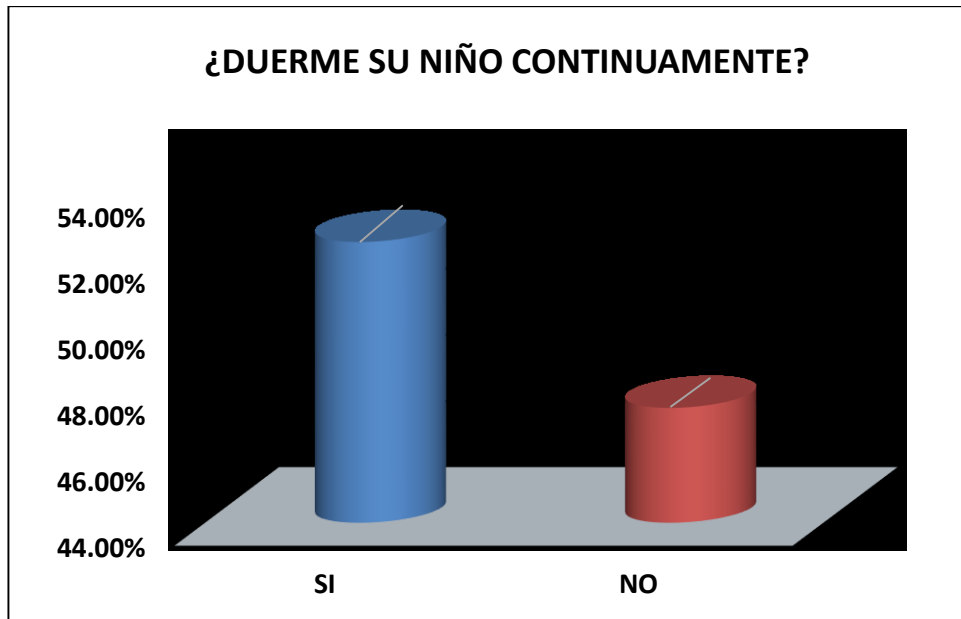
**Grafico N° 12: Diagrama porcentual que indica si el niño presento complicaciones al inicio del amamantamiento en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** Como se puede observar en el grafico N° 12, el 86.25% (69) de niños recién nacidos no presentaron complicaciones al inicio del amamantamiento pero el 13.75% (11) manifestaron que presentaron algún tipo de complicación.

**Grafico N° 13: Diagrama porcentual que demuestra si el niño duerme continuamente en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede evidenciar en el grafico N° 13, que el 52.5% (42) de niños recién nacidos duermen continuamente, mientras que el 47.5% (38) manifiestan lo contrario.

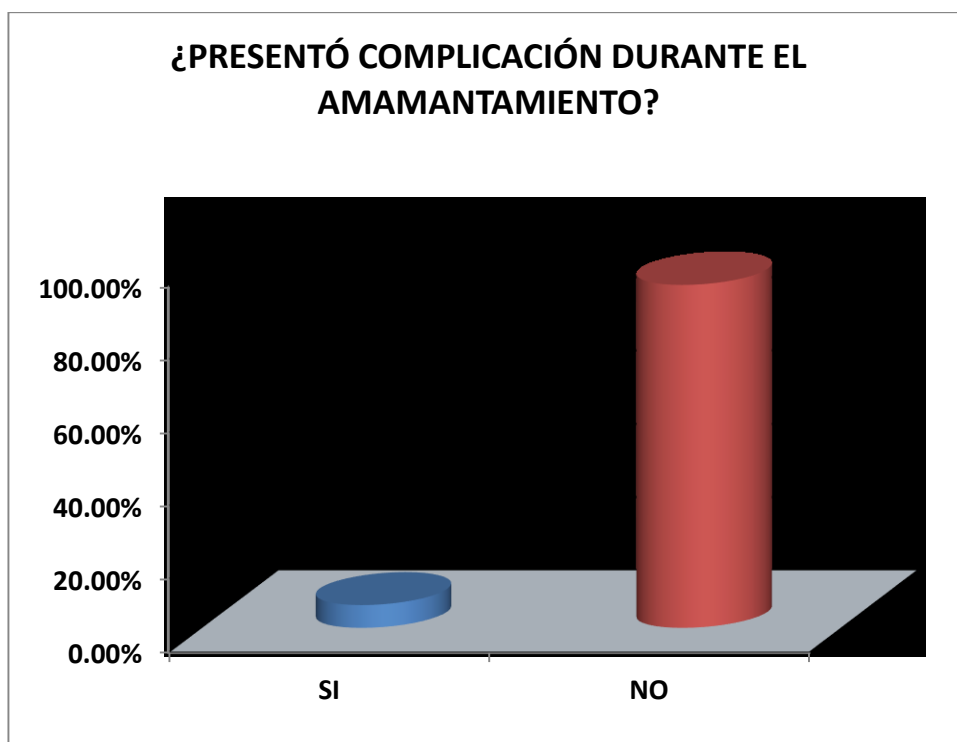
### III. Relacionado a Tolerancia

**Tabla N° 03: Distribución porcentual según datos relacionados a tolerancia en niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el Hospital Tingo María, 2018.**

Variables	n=80	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>¿Su niño presentó alguna complicación durante el amamantamiento?:</b>		
SI	05	6.25 %
NO	75	93.75 %
<b>¿Hubo presencia de vomito durante el amamantamiento de su niño?:</b>		
SI	06	7.50 %
NO	74	92.50 %
<b>¿Siente que su niño no tiene problemas al iniciar la lactancia?:</b>		
SI	17	21.25 %
NO	63	78.75 %
<b>¿Usted nota que su niño se satisface con la leche materna que le brinda?:</b>		
SI	35	43.75 %
NO	45	56.25 %
<b>¿Su niño presenta problemas digestivos cada vez que inicia la lactancia?:</b>		
SI	0	0.00 %
NO	80	100.00 %

FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

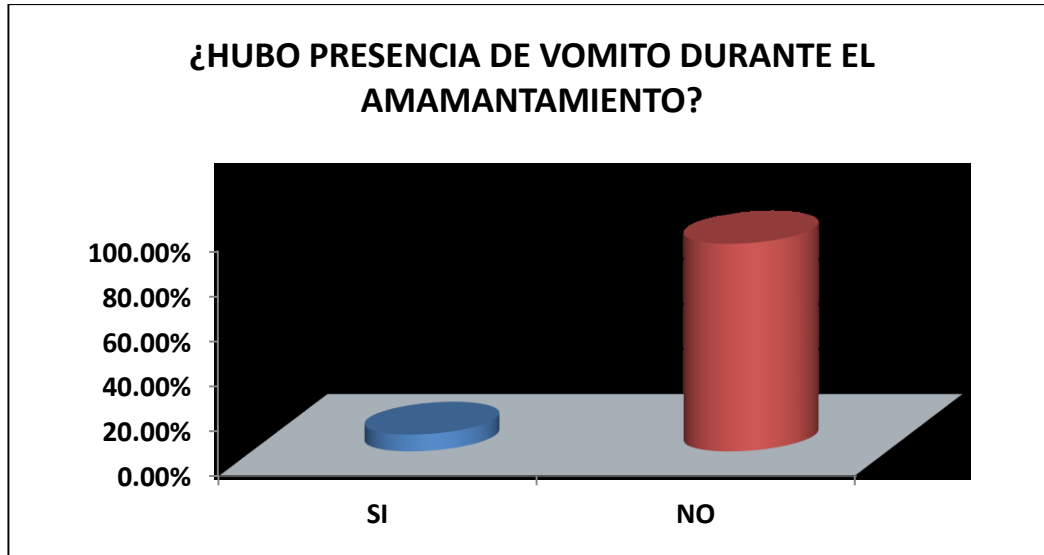
**Grafico N° 14: Diagrama porcentual que muestra si presento complicaciones durante el amamantamiento en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** De acuerdo a las entrevistas realizadas a las madres, el 93.75% (75) manifiestan que sus niños no presentaron complicaciones durante el amamantamiento y solo el 6.25% (5) indican que presentaron algún tipo de complicación.

**Grafico N° 15: Diagrama porcentual que refleje si hubo presencia de vomito durante el amamantamiento en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** Los resultados de acuerdo al grafico N° 15 se puede observar que el 92.5% (74) de niños recién nacidos no presentaron vómitos durante el amamantamiento, mientras que el 7.5% (6) si presentaron este malestar durante el amamantamiento.

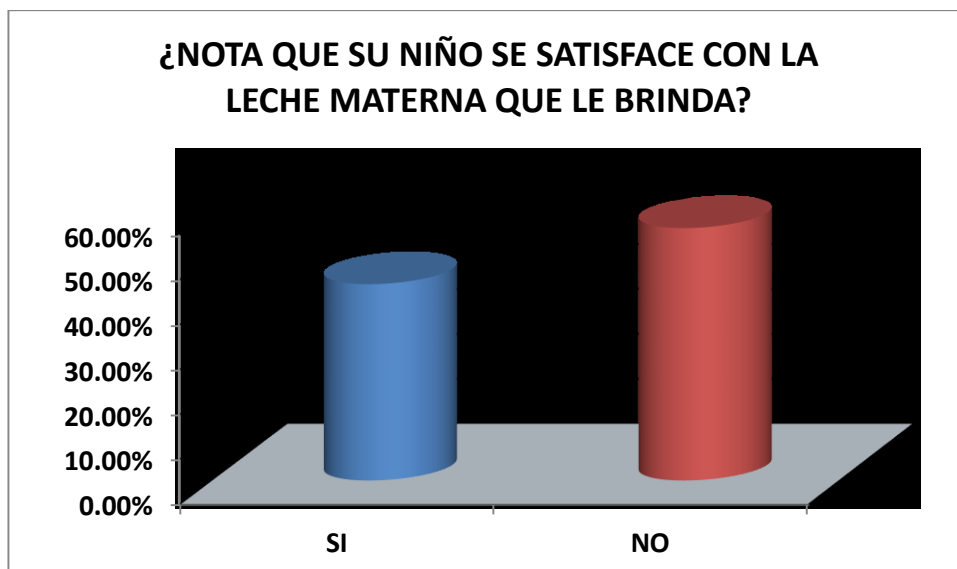
**Grafico N° 16: Diagrama porcentual que indica si su niño tiene problemas al iniciar la lactancia en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** El 21.25% (17) de madres encuestadas indicaron que sus niños tuvieron problemas al iniciar el amamantamiento, pero el 78.75% (63) manifestaron que sus niños no tuvieron este tipo de problema.

**Grafico N° 17: Diagrama porcentual que manifiesta si el niño se satisface con la leche materna de su madre en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** Un alto porcentaje con un 56.25% (45) de madres encuestadas manifestaron que sus niños no se satisfacen con la leche materna que ellas le brindan y un 43.75% (35) notaron que sus niños si se sentían satisfechos con lactancia que le brindan.



**Grafico N° 18: Diagrama porcentual que indica si el niño presenta problemas digestivos cada vez que inicia la lactancia en el Hospital Tingo María, 2018.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

**Interpretación:** El 100% (80) de madres encuestadas indicaron que sus niños no presentaron ningún tipo de malestar estomacal o digestivo producido por la lactancia que ellas le brindan.

#### IV. Resultados Inferenciales

**Tabla N° 04: Relación entre el tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico y distócico en el Hospital Tingo María-2018.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,334 <sup>a</sup>	1	,037
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	3,366	1	,067
Razón de verosimilitud	4,429	1	,035
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	4,280	1	,039
N de casos válidos	80		

FUENTE: Encuesta Elaborada/DOAL/2018.

Para determinar si existe asociación entre la adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico y distócico, se aplicó la prueba estadística no paramétrica para variables categóricas Chi-cuadrado de Pearson ( $X^2$ ), con un nivel de confianza del 95% y nivel de error del 5%, teniendo como resultados de:  $X^2_{\text{calculado}} = 4,334$  y con valor de significación  $p = 0,037$ ; ( $p < 0,05$ ), que indica asociación estadística significativa entre ambas variables. Luego podemos concluir que a un nivel de significancia de 0,05, el tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico es significativo en comparación de niños nacidos por parto distócico en el Hospital Tingo María-2018.

## **CAPITULO V**

### **5. DISCUSIONES**

#### **5.1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS**

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pueden observar en la tabla N° 1, que del 100% (80) de madres puérperas encuestadas, el mayor porcentaje con un 38.75% (31) corresponde a la edad comprendida entre los 21 a 30 años, Mientras que el menor grupo fue el de las mujeres entre 40 a + años con un 1.25% (1) quedando en manifiesto que las mujeres comprendidas en esta edad están por finalizar la edad reproductiva. Un porcentaje bastante considerable con 36.25% (29) corresponde a la edad entre 31 a 40 años, mientras que las de 14 a 20 años quienes inician esta etapa reproductiva se alcanza un porcentaje de 23.75% (19). Según el tipo de parto se puede observar que el 51.25% (41) tuvieron un parto eutócico y el 48.75% (39) parto distócico. Referente al nivel educativo de las madres encuestadas se encontró que el mayor porcentaje con 58.75% (47) cuentan con grado de instrucción secundaria, seguido de un 20% (16) que mencionan haber estudiado una carrera técnico universitario, mientras que un 18.75% (15) cuentan con estudios primarios y solo el 2.5% (2) no recibieron ningún tipo de educación. En relación al sexo de los recién nacidos se puede notar coincidentemente que para ambos representan el 50% (40) tanto masculino y femenino respectivamente. La procedencia de las madres encuestadas en su gran mayoría provienen de las zonas urbanas representando un 73.75% (59) y solo el 26.25% (21) provienen de la zona rural. En cuanto a la ocupación la mayoría refirieron ser ama de casa, representando un 82.5% (66), solo el 11.25% (9) indican tener un trabajo independiente y el 6.25% (5) tienen un trabajo dependiente, ninguno de las encuestadas manifiestan ser estudiantes. Respecto al estado civil el mayor porcentaje de madres encuestadas son convivientes 78.75% (63), el 13.75% (11) casadas y el 7.5% (6) solteras.

Al respecto, Ccencho D. K. y Moscoso C. Y. Y. en su tesis titulado: Nivel de conocimiento sobre lactancia materna como método anticonceptivo en gestantes del centro de salud de Santa Ana – Huancavelica, encontró que las

edades predominantes de las encuestadas estaban comprendidas entre los 20 a 29 años con un 50%, mientras que el menor grupo fue también el de las mujeres entre 40 a + años con un 4%. Por otro lado las madres de 14 a 19 años comprendían un 16.9% y las de 30 a 39 años un 29%, estos resultados guardan estrecha relación con nuestra investigación. Referente al grado de instrucción existe bastante similitud de acuerdo a nuestros resultados ya que el autor concluye que del total de encuestados el 4.8% de la población tiene como grado de instrucción de analfabeta, el 10.5% tuvo estudios primarios, el 42.7% tuvo estudios secundarios, mientras que el 25.0% tuvo estudios superior no universitarios como escuelas superiores de formación pedagógicas y técnicas y el 16.9% tiene educación superior universitaria. Los resultados respecto a la ocupación difieren de los nuestros ya que este investigador evidencio que el 39.5% de la población se dedica a labores domésticas, el 41.1% se dedica al comercio y el 19.4% son estudiantes, por nuestra parte ninguno de las encuestadas eran estudiantes. Lo que si coincide con nuestros resultados es respecto al estado civil de las madres donde concluye que el 13.7% de la población son de estado civil solteras, el 53.2% son convivientes y el 33.1% están casadas.

Por su parte Vargas B. N. S. (2014). En su trabajo de investigación: Tiempo inicio, frecuencia y técnica de lactancia materna relacionado a pérdida de peso en recién nacidos, centro de salud Mariano Melgar Arequipa, 2014 da a conocer sus resultados obtenidos del estudio realizado a 82 madres donde manifiesta que el mayor porcentaje de madres encuestadas con un porcentaje de 70.7% tiene entre 18 a 26 años y el 29.3% están comprendidas entre los 27 a 33 años, respecto al grado de instrucción el 80.5% tienen educación secundaria, 12.2% primaria y solo el 2.4% educación superior. En cuanto a los resultados concernientes a las características de los recién nacidos obtuvo que el sexo predominante fue ligeramente el femenino con un 51.2%,

Por otro lado, Jaramillo M. D. y Jaramillo CH. D. (2017), en su estudio realizado como parte de su tesis con el título: Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del

hospital “Vicente Corral Moscoso” realizado a 2827 pacientes, manifiesta que el grupo etario más frecuente fue el de 20 a 34 años con 72,4%, seguido del grupo de 12 a 19 años con 22,3% y con menor frecuencia el grupo de 35 años y más con 5,2%. La mayoría de las pacientes tuvo una procedencia urbana con 65,6%, mientras que el 34,4% tuvo una procedencia rural. Además demostró también que del total de partos atendidos, el 79.0% fueron partos eutócicos y solo el 21% parto distócico.

Finalmente Puri G. J. (2015) en su tesis titulada: Casuística de complicaciones del parto que terminaron en cesárea. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco, indica que la edad materna que más prevaleció fue la edad de entre 20 a 25 años con un porcentaje de 44%, con 282 pacientes, seguida de las edades de 26 a 30 años con el 25% con 156 pacientes. Según la procedencia manifiesta que 393 pacientes con el 62% corresponden a la zona urbana, mientras que 240 pacientes con el 38% son de la zona rural. En lo que respecta al nivel educativo refiere que 322 pacientes que representan el 51% tienen el nivel de educación secundaria, seguidas de 213 pacientes con nivel educativo primario con el 34%, mientras que 89 pacientes tiene nivel superior con el 14% y 09 pacientes son analfabetas con el 1%. Además evidenció en forma general que durante el año 2015 ocurrieron 2291 partos, de los cuales 1216 correspondieron a los partos eutócicos (vaginales) con el 53%, y 1075 partos distócicos (cesárea) con el 47%. Referente al estado civil de las pacientes en estudio el 64% con 411 pacientes es el de convivientes. Seguidas del 27% con 173 pacientes con estado civil casada y el 9% con 59 pacientes en condición de estado civil soltera.

## **5.2. RELACIONADO A LA ADAPTACIÓN**

Para determinar la adaptación de los recién nacidos en cuanto a la lactancia materna, se elaboró seis interrogantes las cuales se muestran en la tabla N° 2. Para iniciar esta evaluación se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuánto tiempo paso para que su niño lograra iniciar con la lactancia materna exclusiva? De acuerdo a las respuestas de las encuestadas se llegó a

determinar que el 51.25% (41) de niños recién nacidos tardaron entre 1 a 2 horas para iniciar con la lactancia materna exclusiva, mientras que el 48.75% (39) lo realizaron en menos de 30 minutos de haber nacido. Una investigación similar realizó Villacorta R. C. y Vargas M. L. (2017) respecto al éxito en el inicio de la lactancia materna en las madres puérperas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital III-Es Salud, Punchana 2016, sus resultados mostraron que, del 100% (80) de madres, 61,2% tuvieron éxito en el inicio de la lactancia materna (en la primera hora o dentro de las primeras 24 horas) y 38,8% no iniciaron la lactancia materna incluso dentro de las primeras 24 horas; concluyendo que la mayor proporción de madres lograron éxito en el inicio de la lactancia materna con sus hijo/as recién nacidos. Estos resultados guardan estrecha relación con los nuestros. También la OMS/UNICEF hace referencia que el recién nacido sano debe empezar a lactar en la primera hora después del parto. Iniciar la lactancia materna durante este periodo estimula la producción de leche: “La primera hora de vida del recién nacido es de enorme importancia para el inicio y continuación de la lactancia materna y para establecer el vínculo emocional entre la madre y su niño. La demora en el inicio de la lactancia materna, después de la primera hora, incrementa el riesgo de mortalidad neonatal, en particular de las muertes neonatales debido a infecciones” por su parte Carranza C. K. y Córdova P. C. (2016) indican que la lactancia inmediata también es beneficiosa para la madre, puesto que la succión temprana estimula la liberación de oxitocina endógena, lo cual induce la contracción uterina y por lo tanto podría reducir el sangrado materno después del nacimiento.

Sobre la segunda pregunta que si hubo contacto piel a piel madre-hijo después del parto, las madres encuestadas indicaron en un 61.25% (49) que si hubo esta acción inmediatamente después del parto, mientras que el 38.75% (31) indicaron lo contrario. En su investigación Villacorta R. C. y Vargas M. L. (2017) en su pregunta que si el recién nacido, es colocado sobre la madre en cuanto nace, el 61,2% respondieron que sí y el 38,8% dijeron que no, estos resultados coinciden con los nuestros. Referente a la misma interrogante Ribera D, Ribera D, Cabrejos, *et al* en Perú (2007), en su trabajo de investigación de “Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de

ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz” demostró que el contacto piel a piel disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas posparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna inmediata e incrementa los niveles de satisfacción materna sobre la percepción del parto. Por otro lado Adolfo Gómez Papi, miembro del comité de lactancia materna de la asociación Española de Pediatría y desde el año 2008 del grupo de Trabajo de Iniciativa Hospital amigos de los niños comprobó que si se coloca al recién nacido a término inmediatamente después de nacer en contacto piel a piel con su madre se estrechan los lazos afectivos entre ellos, aumenta la autoconfianza de la madre en el cuidado de su hijo con el que se muestra más afectuosa, se preserva la energía y se acelera la adaptación metabólica del recién nacido. El mismo autor en otro artículo manifiesta que el contacto precoz piel con piel, consiste en la colocación del recién nacido desnudo en posición decúbito prono sobre el torso desnudo de la madre, o el padre, apenas nace al medio exterior. Además indica que los recién nacidos que pasan más de 50 minutos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento, presentan hasta ocho veces más probabilidades de lactar de forma espontánea, poniendo de relieve cómo el tiempo de contacto piel a piel puede ser un componente crítico en lo que respecta al éxito de lactancia (Gómez Papí et al., 1998). El mejor lugar del mundo donde debe ser colocado un bebé recién nacido tras ser secado es sobre su madre, piel con piel, ninguna tela entre ambos, pero cubierto con una toalla. Inmediatamente después del nacimiento, tiene que favorecerse el inicio de la lactancia materna, colocando al recién nacido sobre la madre piel con piel; así también se favorece la creación de vínculos afectivos y ayuda a mantener la temperatura del recién nacido. La primera colocación en el pecho de la madre tiene que hacerse lo antes posible, dentro de la primera hora del posparto, que es cuando el recién nacido está más receptivo a los estímulos que provienen del exterior, ya que su sistema nervioso se encuentra en estado de alerta y es muy sensible a todo tipo de sensaciones, tanto táctiles como olfativas y visuales; están acentuados también todos sus reflejos, por lo que el reflejo de succión es más fuerte en la primera hora después del nacimiento. (Aguayo, J y Cols. 2004).

La tercera pregunta hace referencia que si el recién nacido presentó los instintos de reflejo de succión, al respecto, las madres respondieron que si en un 60% (48) y no en un 40%. Muchos autores precisan que para una lactancia materna apropiada, los reflejos del lactante son importantes. Estos son: el reflejo de búsqueda, succión y deglución. Cuando algo toca los labios o la mejilla del lactante, él o ella giran para encontrar el estímulo y abre su boca, colocando la lengua hacia abajo y hacia adelante. Este es el reflejo de búsqueda y está presente, aproximadamente, desde la semana 32 de gestación. Cuando algo toca el paladar del lactante, él o ella comienzan a succionarlo. Este es el reflejo de succión. Cuando la boca del lactante se llena de leche, él o ella la degluten. Este es el reflejo de deglución. Los lactantes prematuros pueden agarrar el pezón aproximadamente desde las 28 semanas de edad gestacional y pueden succionar y extraer algo de leche desde, aproximadamente, la semana 31. La coordinación de la succión, deglución y respiración aparece entre las semanas de gestación 32 y 35. A esta edad, los lactantes sólo pueden succionar durante cortos períodos de tiempo, pero pueden recibir suplementación con leche materna mediante un vaso o taza. La mayoría de los lactantes son capaces de lactar completamente a la edad gestacional de 36 semanas. Cuando se está apoyando a la madre y al lactante, para el inicio y establecimiento de la lactancia materna exclusiva, es importante conocer estos reflejos, al igual que el grado de maduración del lactante. Esto permitirá saber si el lactante puede ser alimentado directamente con el pecho o si, temporalmente, requiere otro método de alimentación (OMS, 2010).

Muchos niños al nacer muestran algunas dificultades para iniciar el amamantamiento, en tal sentido se generó la siguiente interrogante: ¿Su niño necesitó ayuda para iniciar el amamantamiento?. Al respecto las madres manifestaron que si en un 60% (48) y no en un 40%. Como se puede observar un alto porcentaje de niños necesitaron ayuda para iniciar el amamantamiento. El Dr. Juan Casado, Jefe de Pediatría del Hospital Niño Jesús de Madrid en la revista El mundo en Orbyt (2011) menciona que los principales problemas del niño al iniciar el amamantamiento es un mal agarre del pezón, esto es la causa principal de casi todos los inconvenientes que



surgen durante el establecimiento de la lactancia materna. Si el bebé no succiona correctamente el pecho, los problemas derivados pueden ser las grietas en los pezones, la mastitis o inflamación de la mama, la escasez de flujo de leche materna, etc.

Algunos investigadores indican que existen complicaciones al inicio del amamantamiento, por lo que buscamos a través de la encuesta en que porcentaje de madres encuestadas sus niños presentaron complicaciones al inicio del amamantamiento, dándonos como resultado que el 86.25% (69) no presentaron dicha complicación y solo el 13.75% (11) presenciaron algún tipo de complicación. Aguayo, J y Cols (2004) indica que las madres de los recién nacidos, especialmente las primerizas, tiene dificultad en el inicio de la lactancia materna debido al poco conocimiento sobre el tema, lo que ocasiona una lactancia ineficaz que conlleva posiblemente a la disminución del peso, puesto que la ingesta de líquidos y nutrientes es deficiente, pudiendo generar mayores días de hospitalización e influir negativamente en la salud del neonato.

Existe mucha preocupación por madres lactantes, principalmente madres primerizas que notan que sus niños duermen demasiado y que les dificulta mantener una lactancia adecuada, ante esto se formuló la siguiente interrogante: ¿Duerme su niño continuamente? Al respecto las madres encuestadas manifestaron que si en un 52.50% (42) y no 47.50% (38), como se puede notar 42 de 80 madres manifiestan su preocupación al notar que sus niños duermen mucho y que algunas de ellas piensan que no debería ser así. Al respecto en la revista *American Academy of Pediatrics* (2015) se puede leer que los recién nacidos aún no tienen conciencia del día y la noche. Duermen todo el día y, como sus pequeños estómagos no retienen suficiente leche materna o fórmula para mantenerlos satisfechos durante mucho tiempo, se despiertan con frecuencia a comer; sin importar qué hora del día o de la noche sea, otros duermen muchas horas, aunque no seguidas. Lo normal es que duerman entre 16 y 17 horas al día (indistintamente entre día y noche). Pero la mayoría de bebés no estarán dormidos por más de dos horas seguidas. Algunos bebés pueden dormir hasta 4 horas seguidas durante las primeras

semanas de vida. Las tomas frecuentes todo el día y toda la noche son una parte necesaria de amamantar a un recién nacido. Su bebé necesita una toma cada ciertas horas para aumentar suficiente peso para crecer. Si su recién nacido duerme más de cuatro horas durante la noche, despiértelo y motíVELO a amamantarse. No escucha que su bebé está tragando frecuentemente cuando lo está amamantando después de que le baja la leche. Su bebé probablemente tragará ocasionalmente mientras empieza a amamantarse, con más frecuencia mientras continúa la sesión y con menos frecuencia de nuevo al acercarse al final. Tragar es una excelente señal de que en realidad está ingiriendo leche y su ausencia debe indicarle que llame al pediatra de inmediato. (Sin embargo recuerde que es posible que usted no escuche a su bebé tragar cuando está tomando pequeños sorbos de calostro durante los primeros días).

### **5.3. RELACIONADO A TOLERANCIA**

En la tabla N° 3 se puede observar los resultados relacionado a la tolerancia en cuanto al inicio y durante el amamantamiento de los niños recién nacidos, para esto se elaboraron cinco interrogantes con el fin de conocer estas variables: se preguntó si su niño presento alguna complicación durante el amamantamiento a la cual las madres respondieron en un 93.75% (75) que no, mientras que el 6.25% (5) dijeron que sí. Referente a la pregunta realizada a las madres el Dr. Juan Casado, Jefe de Pediatría del Hospital Niño Jesús de Madrid en la revista El mundo en Orbyt (2011) menciona que con demasiada frecuencia, las madres encuentran problemas para iniciar o para continuar con la lactancia materna cuando ésta ya ha comenzado, por ello los niños reciben poco o durante poco tiempo la leche de su madre. La mayoría de las veces esto se debe a la ignorancia o a una mala información en la técnica de amamantar. Desgraciadamente, existe mucho desconocimiento y demasiados bulos que contribuyen a privar a los niños del alimento óptimo para su crecimiento.

La presencia de vomito es muy usual también en niños durante el periodo de amamantamiento por lo cual también preguntamos si hubo presencia de vomito durante el amamantamiento del su niño, a esto las

encuestadas respondieron en un 92.5% (74) que no y solo el 7.5% (6) manifestaron lo contrario. El Dr. Federico Gómez en la Revista Mexicana de Pediatría. (2007) dice que se entiende por vómito el acto de expulsar la totalidad o parte del contenido gástrico. Los vómitos de pequeñas cantidades de alimentos, que vienen en el lactante en forma fácil y sin esfuerzo, se llaman regurgitaciones. Al referirnos a los vómitos se les puede clasificar de inmediatos, precoces y tardíos: inmediatos si aparecen en el curso de la ingestión del alimento o al final; precoces si sobrevienen de un cuarto de hora a una hora más tarde y tardíos si aparecen de una a dos horas después de la ingestión del alimento. Los vómitos son un accidente sumamente frecuente en el lactante, encontrándonos a veces con grandes dificultades para esclarecer el factor etiológico; a medida que el pequeño crece va desapareciendo esa predisposición fisiológica a vomitar y por lo tanto va aclarándose más fácilmente todo cuadro patológico que se acompaña de vómitos; es más fácil encontrar la causa de los vómitos en un niño de seis u ocho meses arriba que en uno de menor edad.

La siguiente interrogante que se formulo fue la siguiente: ¿siente que su niño no tiene problemas al iniciar la lactancia? a esta pregunta las madres respondieron que no en un 78.75% (63) pero el 21.25% (17) manifestaron que notaron algún tipo de problema al iniciar la lactancia. En el Manual de Lactancia Materna (2010) también se puede leer que en los nacimientos por cesárea, las madres están menos preparadas fisiológicamente para vivir el postparto (al igual que en las inducciones), y tienen menos posibilidades de atender al recién nacido. El niño puede tener más problemas de adaptación y la lactancia retardarse. Siempre se puede y debe procurarse el encuentro madre-hijo.

Lo que resulta muy preocupante también para muchas madres y en especial para madres primerizas es diferenciar si su niño se está alimentando normalmente o que la leche que ellas le brindan les es suficiente, al respecto se preguntó si su niño se satisface con la leche materna que le brinda a lo que respondieron en un 56.25% (45) que no y el 43.75% (35) manifestaron que sí. Ésta es, seguramente, la causa más frecuente de fracaso de la lactancia

materna, la creencia errónea de no tener suficiente leche o que la composición de la leche no es la adecuada, está aguada o es incompleta. Se sabe que la composición de la leche materna se mantiene incluso en caso de malnutrición materna porque es el seguro del mantenimiento de la especie. En resumen, cada día se descubren más ventajas de la lactancia materna, tanto para el bebé como para su madre, estos beneficios no sólo son evidentes durante los meses de lactancia, sino que persisten a lo largo de toda la infancia y después. A pesar de ello, la retirada prematura de la lactancia materna es demasiado frecuente y generalmente se justifica por motivos erróneos o falsos (Manual de Lactancia Materna, 2010). Generalmente las madres producen la cantidad necesaria de leche requerida por los bebés. La posición del niño o el agarre del pecho no están correctos, por lo cual el bebé no vacía bien las mamas y éstas disminuyen la cantidad de leche producida. Suele asociarse además dolor al amamantar y aparición de grietas en los pezones, lo que hace necesario corregir la posición. Hay leche pero la madre no percibe “la subida de la leche” y duda que tenga suficiente. En este caso si el bebé extrae la leche necesaria eficazmente, estará tranquilo y feliz y moja 4-5 pañales diarios, con orina clara.

Lo último que se deseaba saber era si su niño presentaba problemas digestivos cada vez que inicia la lactancia, al respecto el 100% (80) de madres encuestadas dijeron un rotundo no. Los problemas digestivos pueden presentarse en niños que ya iniciaron la lactancia materna. Una infección que se previene o reduce su frecuencia gracias a la alimentación con leche materna es la gastroenteritis, la más importante por lo menos en países en vías de desarrollo. Esta enfermedad es muy rara en los lactantes que se alimentan sólo de leche materna (Organización Mundial de la Salud. 2002). Otros investigadores como Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. (2007) indican que la leche materna es un alimento que el niño ingiere de forma directa, sin manipulación previa que pudiera contaminarla, se espera que mientras sea alimentado exclusivamente con ella, la frecuencia de diarrea sea inferior a la que se produce en niños alimentados de otra forma. Por su parte Duijts L, Ramadhani MK, Moll HA (2009) también hace referencia que la leche humana puede reducir la incidencia de la enfermedad en la infancia y promueve una

ventaja de supervivencia. Además, los factores en la leche favorecen la maduración de la mucosa gastrointestinal, disminuyen la incidencia de las infecciones, modifican la micro flora intestinal, y tienen funciones inmunomoduladoras y antiinflamatorias. Las hormonas, factores de crecimiento y citoquinas en la leche humana pueden modular el desarrollo de la enfermedad. Esto puede ser lo que ha influenciado en las madres encuestadas ya que ninguno de ellas ha tenido que pasar por un cuadro de problemas digestivos por parte de sus niños.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio se muestran a continuación:

1. Las características sociodemográficas de las madres gestantes incluidas en el estudio fueron: la edad promedio estuvieron comprendidos entre los 21 a 30 años con 38.75%, referente al tipo de parto el 51.25% refirieron haber tenido el parto de tipo eutócico y el 48.75% de tipo distócico. En cuanto al grado de instrucción el 58.75% manifestaron tener estudios secundarios. De acuerdo al sexo del recién nacido coincidentemente tanto femenino como masculino fueron del 50% cada uno. Según la procedencia de las madres, el 73.75% proceden de la zona urbana. con respecto a la ocupación el 82.5% son ama de casa y en cuanto al estado civil el 78.75% son convivientes.
2. Relacionado a la adaptación, el 51.25% de niños tardaron entre 1-2 horas para iniciar la lactancia materna exclusiva, el 61.25% manifestaron que tuvieron contacto piel a piel madre-hijo después del parto. El 60% de niños mostraron reflejos de succión y el mismo porcentaje necesitaron de ayuda para iniciar el amamantamiento. El 86.25% no presentaron complicación al inicio del amamantamiento y el 52.5% indicaron que su niño duerme continuamente.
3. Relacionado a la tolerancia, el 93.75% indicaron que no hubo complicación durante el amamantamiento y el 92.5% que no hubo presencia de vomito. El 78.75% indicaron que no tuvieron problema al iniciar la lactancia mientras que el 56.25% notaron que la leche que le brindan a su niño no les satisface. En cuanto a los problemas digestivos el 100% indicaron no haber tenido este tipo de problema.

## RECOMENDACIONES

En el presente estudio realizado sobre el tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el Hospital Tingo María- 2018 se recomienda lo siguiente:

1. Elaborar un programa educativo con énfasis en lactancia materna tocando como puntos importantes el tiempo de inicio, frecuencia y técnica de la lactancia materna, haciendo hincapié en la importancia y beneficios de iniciar una lactancia materna dentro de la primera hora de vida, así también enseñar que la frecuencia entre lactadas no sea muy prolongada, para así alcanzar un adecuado crecimiento y desarrollo del niño.
2. Hacer uso de las diferentes estrategias educativas y oportunidades sanitarias como la visita domiciliaria, talleres de lactancia, entre otros para realizar el seguimiento de las gestantes y usuarias del método.
3. Realizar campañas de concientización, recalcando lo importante que es, la lactancia materna.
4. Promocionar los beneficios de la lactancia materna a través de los distintos medios de comunicación: radio, televisión, medios escritos e internet.
5. Las madres gestantes deben conocer cuáles son sus roles como madres, para que así no exista abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva y fundamentalmente que conozcan que los recién nacidos deben recibir de manera exclusiva la lactancia materna y no otro tipo de alimento ni bebida.
6. Realizar sesiones demostrativas sobre la técnica de lactancia materna y de esta manera enseñar a las madres la correcta posición y agarre al momento de la lactancia, para lograr una adecuada nutrición y así evitar pérdidas de peso mayores por falta de líquidos.

7. Realizar capacitaciones al personal de enfermería, desarrollando sus conocimientos y potencialidades a beneficio de la salud del neonato.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Quezada-Salazar, A Delgado-Becerra, Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. México, Medigraphic Artemisa - 2008.
2. Olza. Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. Zaragoza. Revista Duazary España 2014; 11(2):p. 115-125.
3. OMS/UNICEF. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. P Durán, G Mangialavori, A Biglieri. Buenos Aires. A argentinos de pediatría 2009; 107(5). Disponible en:[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752009000500005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500005).
4. G Rojas, R Fritsch, V Guajardo, F Rojas. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Santiago. Revista 2010, 138(5), (revisado 30 de abril 2009 citado 14 de abril del 2010).p. 138: 536-542.
5. AE Gutiérrez, D Barbosa Rodríguez. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. Habana. Rev. Cubana Enfermería 2001; 17(1) (revisado 7 enero del 2000, citado 14 setiembre de 2000). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
6. La OMS. Tasas de prevalencia de lactancia materna en nacimiento por vía vaginal midiendo tasas de prevalencia de lactancia materna exclusiva. EC Montañés, JA Sánchez - Evidencias en pediatría, 2011. Vol. 7, Número 2.
7. Quezada Delgado Op.cit. 1
8. Otal S, Morera, B.M. Tabueña J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea-España 2012 13 (1).8
9. Montañez y Sánchez JL. Los niños nacidos por cesárea toman menos lactancia materna España, Evit Pediatr 2011(revisado 16 enero del 2011, citado 3 febrero de 2011) p. 2-4 disponible en : <http://evidenciasenpediatria.es>

10. Aguayo M. J.; Romero E. D. y Hernández A. MT. Importancia de la lactancia materna para el bienestar y la salud psicofísica materno-infantil en Pediatría. España 2011(revisado 15 febrero del 2011, citado 23 de febrero 2011) disponible en: <http://archivos.evidenciasenpediatria.es>.
11. Zanardo et.al tesis efecto de la cesárea sobre la lactancia materna Málaga2010  
<https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5022/TD%20de%20Cristobal%20Rengel%20Diaz.pdf?sequence=>
12. M.Sutta Visa, factores asociados a la pérdida de peso excesiva en recién nacidos. Universidad andina del Cuzco 2018
13. R Cristóbal Díaz, MT Labajos Manzanares. Efecto del contacto piel a piel con recién nacidos por cesáreas. España. Málaga. 2012.
14. Salsa vilca, E Jenny, SE Valles Campos. Determinar los factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva en el recién nacido sano. Lima. Universidad Privada Norbert Wiener 2017 (revisado 28 de febrero 2017, citado 15 de febrero 2018). Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/392>.
15. Guzmán F. Calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del año 2015. (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2015.
16. Villacorta Ríos y R Vargas .Iquitos. Conocimientos y éxito al inicio de lactancia materna en madres puérperas. Punchana año 2016.
17. clubensayos.com. Chicago. Modelo de interacción padres – hijos. (Actualizado 15 de mayo 2012, consultado 15 de mayo 2012). Disponible en: <https://www.clubensayos.com/Historia/Katryn-E-Barnard/186635.html>.
18. N J Pender. Modelo de Promoción de la Salud. España: Elsevier SL; 2011.
19. J Pérez Porto y M Merino. Definición de adaptación. (Publicado: 2008. Actualizado: 2012) Disponible en: <https://definicion.de/adaptacion/>

20. N Sabaté, A Bielsa. Desarrollo sensorial y perceptivo de la infancia. Google Académico. Centre Londres 94. Actualizada en Enero 2010; Acceso 21 Enero 2013. Consultado Abril 2013. Disponible en:  
<http://www.centrelondres94.com/documento/desarrollo-sensorial-y-perceptivo-de-la-infancia-1>
21. Suzanne Dixon y Angela Rosas. El ABC de la lactancia materna. Blog de wordpress. 2014
22. bvs.Minsa.gob.pe. peru.:bvs.minsagobpe; 2013( revisado octubre de 2014, citado agosto de 2015).Disponible en: URL:  
<http://www.minsa.gob.pe>
23. LMA Arias. La depresión posparto de la madre y sus implicaciones. Revista: LV [internet]. 2015 (consultado el 14 de marzo 2018): 19-22. Disponible en:  
[revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/Kk/article/download/369/400](http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/Kk/article/download/369/400)
24. mdsau.de.com. Portugal. Mdsau.de. 2008 (actualizados miércoles - 07 Marzo 2018). Disponible en: [www.mdsau.de.com](http://www.mdsau.de.com)
25. Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). Parto. Citado por National Institutes of Health. Último acceso 20 de febrero de 2008.
26. M Muñoz Martínez. Entrenamiento De las técnicas de respiración y relajación que ayudan a la madre [internet]. 2013 .[ consultado 10 marzo 2018].p.36-41. Disponible en: <http://emasf.webcindario.com>.
27. M J Ballesteros, E Burón Martínez, A Pino Vázquez. Relación entre factores de riesgo y necesidad de reanimación en la sala de partos, Bol pediatr 2007; p. 47: 250-255
28. Ibid.,p 35
29. Y Contreras-García, M Martínez-Montecinos. Exposición a oxitocina sintética en el periodo perinatal y resultados en la lactancia materna: un estudio piloto [Internet] 2016.[ consultado 10 marzo 2018]vol.30 (15-22). Disponible en: <http://www.elsevier.es/rprh>
30. M Oribe, A Lertxundi, M Bastarrechea, H Beristaín. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en la cohorte INMA (Infancia y Medio Ambiente) de Guipúzcoa durante los primeros 6 meses de vida del

- bebé. [Internet].2015 [consultado 10 marzo 2018] vol.29(1).  
Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>
31. R Lawrence, La práctica del amamantamiento es importantísima porque disminuye el riesgo de enfermedades alergia y gastrointestinales [internet]. 2005 [consultado el 10 marzo 2018].p.26-30. Disponible en: [www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/dossiers.../es/lactancia-materna](http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/dossiers.../es/lactancia-materna)
  32. D Laor A, Gale R, Stevenson D, Danon. Los niños y la lactancia materna [internet], 2009, [consultado 5 marzo 2018]; 26(1):3-4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/363/36319050008>.
  33. A Loarte, A Suarez GV Kamenetzky. Efecto de la exposición al olor materno y al sabor alcohol sobre las respuestas de succión hacia un pezón artificial. En: RH Porter, J Winberg, Verendi et al, editores. Does the newborn baby find the nipple by smell? vol 1. Ed. Bretaña, Lancet. 1994 p. 989-990.
  34. M Díaz-Gómez, A Gómez Papi, CR Pallás Alonso. La práctica de los padres de dormir junto a sus hijos. *Pediatr Aten Primaria* [internet]. 2012 (consultado 14 marzo 2018) 14:53-60. Disponible en:  
[https://pap.es/FrontOffice/PAP/front/.../\\_IXus5l\\_LjPqIUW3MgBYqUDq75gx\\_Xyfp](https://pap.es/FrontOffice/PAP/front/.../_IXus5l_LjPqIUW3MgBYqUDq75gx_Xyfp).
  35. Carranza C. K. y Córdova P. C. 2016. Conocimiento y aplicación de prácticas esenciales para el cuidado neonatal por enfermeros de neonatología en Hospital Naylamp y Hospital las Mercedes 2016. Tesis para optar el título profesional de licenciadas en enfermería. Universidad Señor de Sipán Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería. Pimentel Perú.
  36. OMS (2010) Alimentación del lactante y del niño pequeño. Atención y apoyo a la alimentación del lactante en las maternidades. Disponible en:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf)

37. ENDES (2012) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres. Disponible en <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap10.pdf>
38. OMS (2006) Las bases fisiológicas de la lactancia materna. Pág. 22. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/index.html>
39. Valdivia, A. (2007) Fisiología digestiva del recién nacido y lactante Disponible en: [www.med.ufro.cl/nutricionydietetica/clases/Clases%2520para%2520w eb%25](http://www.med.ufro.cl/nutricionydietetica/clases/Clases%2520para%2520w eb%25)
40. Revista Mexicana de Pediatría. 2007. Vómitos en el lactante. Vol. 74, Núm. 3 May.-Jun. 2007 pp 126-131. México
41. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Situación actual y tendencias de la lactancia materna en América Latina y el Caribe: Implicaciones políticas programáticas. 2013.
42. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES). Cap. 10. Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres. Lima, Perú. 2015. Disponible en: [http://www.unicef.org/peru/spanish/media\\_26570.htm](http://www.unicef.org/peru/spanish/media_26570.htm)
43. Aguayo Maldonado, Josefa (ed.): *La lactancia materna*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2001.
44. Ccencho D. K. y Moscoso C. Y. 2017. Nivel de Conocimiento Sobre Lactancia Materna Como Método Anticonceptivo en Gestantes del Centro de Salud de Santa Ana – Huancavelica. Tesis para obtener el título profesional de obstetra. Universidad Privada de Huancayo “ Franklin Roosevelt ” facultad de ciencias de la salud escuela profesional de obstetricia Huancayo – Perú.
45. Puri G. J. 2015. Casuística de complicaciones del parto que terminaron en cesárea. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud E.A.P Obstetricia. Huánuco. Perú.

46. New Mother's Guide to Breastfeeding, 2015. Signos de advertencia de problemas con la lactancia materna. 2nd Edition (Copyright © 2011 American Academy of Pediatrics) [<https://www.aap.org/en-us/Pages/Default.aspx>] [<https://www.healthychildren.org/Spanish>].
47. Jaramillo M. D. R.; Jaramillo CH. D. A. 2017. Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del hospital "Vicente Corral Moscoso", enero del 2015 - junio del 2016, Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Cuenca – Ecuador.
48. Vargas B. N. S. 2014. Tiempo inicio, frecuencia y técnica de lactancia materna relacionado a pérdida de peso en recién nacidos, centro de salud Mariano Melgar Arequipa, 2014. Tesis para obtener el título profesional de Enfermera. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de enfermería Escuela Profesional de Enfermería. Arequipa – Perú.
49. Villacorta R. C.; Vargas M. L. 2017. Conocimiento y éxito en inicio de lactancia materna, en madres puérperas atendidas en el Hospital III Es salud, Punchana 2016. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de Enfermería. Iquitos Perú.
50. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics*. abril de 2007;119(4):e837-42.
51. Duijts L, Ramadhani MK, Moll HA. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review. *Matern Child Nutr*. julio de 2009;5(3):199-210.
52. Manual de Lactancia Materna Ministerio de Salud Resolución Exenta No 109 del 2 de marzo de 2010 Subsecretaría de Salud Pública Departamento de Asesoría Jurídica ISBN: 978-956-8823-94-8. Chile.
53. González Rodríguez, C. 2006. *Un regalo para toda la vida*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.

54. El mundo en Orbyt. 2011. Salud infantil. Líder mundial en español. Unidad Editorial Internet S.L. Madrid, España. [<http://elmundo.orbyt.es/>]
55. Organización Mundial de la Salud. 2002. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño [http://www.who.int/nutrition/publications/g\\_s\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_spa.pdf) «.»] Consultado el 28 de noviembre de 2009.
56. OMS | Lactancia materna exclusiva [Internet]. WHO. [citado 29 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
57. Enf. Margarita L. Brito Hernández,. Estudio sobre la influencia de la lactancia materna y su duración en la salud del niño (diciembre 1992- febrero 1993) [Internet]. [citado 29 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11\\_1\\_95/enf02195.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_1_95/enf02195.htm)

## **ANEXOS**



## ANEXO N° 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	METODOLOGIA
<p><b>Problema general:</b></p> <p>¿Qué tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María- 2018?</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <p>¿Qué características sociodemográficas presentan las madres de niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María-2018?</p> <p>¿Qué tiempo de adaptación de lactancia materna presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María-2018?</p> <p>¿Qué tiempo de tolerancia de lactancia materna presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María-2018?</p>	<p><b>Objetivo General:</b></p> <p>Determinar el tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna que presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María-2018</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Describir las características sociodemográficas que presentan las madres de niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María-2018</p> <p>Determinar el tiempo de adaptación de lactancia materna que presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María-2018</p> <p>Determinar el tiempo de tolerancia de lactancia materna que presentan los niños nacidos por parto eutócico y parto distócico en el hospital Tingo María-2018?</p>	<p><b>Hipótesis</b></p> <p><b>Ha:</b> El tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico es significativo en comparación de niños nacidos por parto distócico en el Hospital Tingo María-2018.</p> <p><b>Ho:</b> El tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico no es significativo en comparación de niños nacidos por parto distócico en el Hospital Tingo María - 2018.</p>	<p>Variables de caracterización</p> <p>Variables de relación</p> <p>Adaptación a la lactancia materna</p> <p>Tolerancia del recién nacido</p>	<p>Nivel Educativo</p> <p>Sexo del niño/a</p> <p>procedencia</p> <p>Edad de la madre</p> <p>Ocupación</p> <p>Estado civil</p> <p>Tipos de parto</p> <p>Inmediata</p> <p>Tardía</p> <p>tolerante</p> <p>intolerante</p>	<p><b>Tipo de investigación:</b> el estudio es descriptivo y observacional;.</p> <p><b>Según el periodo y secuencia del estudio;</b> el estudio es de tipo transversal por lo que se trabajará las variables en un solo periodo.</p> <p><b>Enfoque:</b> El estudio tiene un enfoque cuantitativo porque se utilizará la estadística descriptiva para el análisis de los resultados.</p> <p><b>Población:</b> es de 120 niños</p> <p><b>Muestra:</b> es de 92 niños</p> <p><b>Diseño:</b> El presente trabajo de investigación tiene como diseño descriptivo observacional</p> <p>Esquema.</p> <p>M</p> <p>.....O</p> <p>.....O</p> <p>M: Muestra en estudio</p> <p>O: Medición de los indicadores de la variable en estudio.</p>

## INSTRUMENTO DE VERSIÓN ANTES



ANEXO N° 1



### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**Título de investigación:** Tiempo de Adaptación y Tolerancia de L.M En Niños nacidos Por parto eutócico y parto distócico en el hospital tingo María 2018

**Presentación:** estimada madre lactante la presenta encuesta pretende recoger información básica de acorde al título, lo que servirá de gran ayuda a la población en estudio como a la institución.

Agradecemos que respondas a las preguntas con sinceridad que te caracteriza.

Los datos obtenidos serán confidenciales, asegurando el anonimato de los participantes

**Instrucciones:** marcar o escribir con letra legible a fin de que la información sea comprensible.

#### I.-Datos Sociodemográficos:

- Edad de la madre.....
- Tipo de parto: Eutócico ( ) )Distócico ( )
- Nivel educativo de la madre:  
Sin instrucción ( ) Primaria ( ) secundaria ( ) superior ( )
- sexo del recién nacido :Femenino( ) Masculino( )
- Procedencia: urbana ( ) Rural ( )
- Ocupación: Estudiante ( ) ama de casa( )  
Trabajo dependiente ( ) Trabajo independiente ( )
- Estado civil: soltera ( ) casada ( ) Conviviente ( )
- Conocimiento en lactancia materna Alto ( ) Medio ( ) Bajo ( )

#### II.-Relacionado a la Adaptación

1. ¿Cuánto tiempo paso para que su niño lograra iniciar con la lactancia materna exclusiva?

- <30minutos
- 1-2 horas

2. Hubo contacto piel a piel madre-hijo después del parto

- Si
- No

3. El recién nacido presento los instintos de reflejo de succión

- Si
- No

4. Su niño necesito ayuda para iniciar el amamantamiento

- Si
  - No
5. Su niño presentó alguna complicación al inicio del amamantamiento
- Si
  - No
6. Duerme su niño continuamente
- Si
  - No

### III. Relacionado a Tolerancia

1. Su niño presentó alguna complicación durante el amamantamiento
- Si
  - No
2. Hubo presencia de vomito durante el amamantamiento de su niño
- Si
  - No
3. Siente que su niño no tiene problemas al iniciar la lactancia
- Si
  - No
4. Usted nota que su niño se satisface con la leche que le brinda
- Si
  - No
5. Su niño presenta problemas digestivos cada vez que inicia la lactancia *que hizo de problemas*
- Si
  - No

## ANEXO N° 03

### INSTRUMENTO DE VERSIÓN DESPUES

**Título de investigación:** Tiempo de Adaptación y Tolerancia de L.M En Niños nacidos Por parto eutócico y parto distócico en el hospital tingo María 2018

**Presentación:** estimada madre lactante la presenta encuesta pretende recoger información básica de acorde al título, lo que servirá de gran ayuda a la población en estudio como a la institución.

Agradecemos que respondas a las preguntas con sinceridad que te caracteriza.

Los datos obtenidos serán confidenciales, asegurando el anonimato de los participantes

**Instrucciones:** marcar o escribir con letra legible a fin de que la información sea comprensible.

#### I. Datos Sociodemográficos:

1. Edad de la madre.....
2. Tipo de parto:
  - Eutócico ( )
  - Distócico ( )
3. Nivel educativo de la madre:
  - Sin instrucción ( )
  - Primaria ( )
  - Secundaria ( )
  - Superior ( )
4. sexo del recién nacido
  - Femenino ( )
  - Masculino ( )
5. Procedencia:
  - Urbana ( )
  - Rural ( )
6. Ocupación:
  - Estudiante ( )
  - ama de casa ( )
  - Trabajo dependiente ( )
  - Trabajo independiente ( )

7. Estado civil:
- soltera ( )
  - casada ( )
  - Conviviente ( )

## II.- Relacionado a la Adaptación

1. ¿Cuánto tiempo paso para que su niño lograra iniciar con la lactancia materna exclusiva?
  - <30minutos ( )
  - 1-2 horas ( )
2. Hubo contacto piel a piel madre-hijo después del parto
  - Si ( )
  - No ( )
3. El recién nacido presento los instintos de reflejo de succión
  - Si ( )
  - No ( )
4. Su niño necesito ayuda para iniciar el amamantamiento.
  - Si ( )
  - No ( )
5. Su niño presento alguna complicación al inicio del amamantamiento
  - Si ( )
  - No ( )
6. Duerme su niño continuamente
  - Si ( )
  - No ( )

## III. Relacionado a Tolerancia

1. Su niño presento alguna complicación durante el amamantamiento
  - Si ( )
  - No ( )
2. Hubo presencia de vomito durante el amamantamiento de su niño
  - Si ( )
  - No ( )
3. Siente que su niño no tiene problemas al iniciar la lactancia
  - Si ( )
  - No ( )
4. Usted nota que su niño se satisface con la leche materna que le brinda
  - Si ( )
  - No ( )
5. Su niño presenta problemas digestivos cada vez que inicia la lactancia
  - Si ( )
  - No ( )

## **ANEXO N° 04**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **TÍTULO DEL ESTUDIO**

“Tiempo de Adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico y distócico en el hospital tingo maría 2018”

#### **PROPOSITO**

Se lleva a cabo el estudio con el propósito de conocer el tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico y distócico del hospital Tingo María 2018

#### **SEGURIDAD**

El estudio no pondrá en riesgo su salud física ni psicológica ya que no se está introduciendo ningún tratamiento solo nos permitimos evaluar las variables de estudio.

#### **PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

Se incluirá a las madres de recién nacidos por parto eutócico y distócico

#### **CONFIDENCIABILIDAD**

La información recabada se mantendrá confidencialmente, no se publicarán nombres de ningún participante. Así que podemos garantizar la confidencialidad absoluta con los datos que nos facilitará.

#### **COSTOS**

El estudio no afectara ningún recurso económico a usted ya que todos los gastos serán asumidos por el investigador, tampoco recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

#### **DERECHOS DEL PARTICIPANTE**

La participación en el estudio es voluntaria según los principios bioéticos, por lo que Usted puede decidir si participa o puede abandonar el estudio en cualquier momento.

#### **CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO**

Mi persona a leído la información de esta página y acepto voluntariamente participar en el estudio sin ninguna presión o coacción

DNI.....

Firma: .....

## ANEXO N°05

### TABLA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO Matriz de análisis de las respuestas de expertos Según coeficiente de aiken

Items	JUECES							TOTAL		V
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Acuerdo	Desacuerdo	
1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1.00
2	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1.00
3	1	0	1	1	1	1	0	5	1	0.71
4	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1.00
5	1	1	1	1	1	1	0	6	0	0.86
6	1	0	1	1	1	1	1	6	1	0.86
7	1	1	1	1	0	0	1	5	0	0.71
Total	1.00	0.71	1.00	1.00	0.86	0.86	0.71	6.14		0.88

Se considera válido el instrumento cuando el coeficiente de AIKEN es mayor a 0.60. En este sentido se observa que el valor alcanzado según coeficiente de AIKEN de 0.88, siendo este valor superior a 0.60 se asume válido para su aplicación el instrumento.

ANEXOS N° 06

CONSTANCIAS DE VALIDACIONES

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo Hector Huido Reyes Paredes de profesión Lic. Enfermería  
Actualmente ejerciendo el cargo de docente de la UDH - Tingo María por medio del  
presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos  
presentados por el alumno(a) Andria Lucia Doza Oyiza Con  
DNI 48639196 aspirante al título profesional de Licenciado en enfermería de la  
Universidad de Huanuco, el cual será utilizado para recabar información necesaria para su  
tesis titulado "Tiempo de Adaptación y tolerancia de lactancia  
Materna en niños nacido por parto Eutócico y parto Distócico  
en el H.T.M - 2018"

OPINION DE APLICABILIDAD

Aplicable

No aplicable

Aplicable después de corregir

Observaciones.....  
.....  
.....

Especialidad del Validador Lic. Enfermería con especialización: epidemiología

Lugar y Fecha Tingo María 22-04-2018

Firma y sello  
Héctor Huido Reyes Paredes  
Lic. Enfermería CEA N° 28322



CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo Carmen, Henio Gasteli de profesión Lic. Enfermería  
Actualmente ejerciendo el cargo de docente en la UOH-TM por medio del  
presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos  
presentados por el alumno(a) Andrés Lucio Daza Oyiza Con  
DNI 48639196 aspirante al título profesional de Licenciado en enfermería de la  
Universidad de Huanuco, el cual será utilizado para recabar información necesaria para su  
tesis titulado "Tiempo de adaptación y tolerancia de lactancia  
materna en niños nacidos por parto Eutócico y parto Distócico en el  
HTM - 2018"

OPINION DE APLICABILIDAD

Aplicable  (X)

No aplicable  ( )

Aplicable después de corregir  ( )

Observaciones.....  
.....  
.....

Especialidad del Validador.....

Lugar y Fecha 18-04-2018

Firma y sello

*Carmen*

Lic. Carmen Henio Gasteli  
Esp. en Cuidados Intensivo / Adulto  
CEP. 43732 RNE 6712

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo, Maria del Carmen Muñoz Pando de Bezaola de profesión lic. Enfermería  
Actualmente ejerciendo el cargo de Enfermera Asistencial por medio del  
presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos  
presentados por el alumno(a)..... Con  
DNI. 48634196 aspirante al título profesional de Licenciado en enfermería de la  
Universidad de Huanuco, el cual será utilizado para recabar información necesaria para su  
tesis titulado: \* Tiempo de Adaptación y Tolerancia de Lactancia Materna  
en niños nacidos por parto Eutócico y parto Distócico en el HTN-2018

OPINION DE APLICABILIDAD

Aplicable  (X)

No aplicable  ( )

Aplicable después de corregir  ( )

Observaciones.....  
.....  
.....

Especialidad del Validador enfermera asistencial

Lugar y Fecha 18-04-2018

Firma y sello  
  
-----  
Maria Del C. Muñoz Pando  
LIC. ENFERMERIA  
CEP 44867 RNE 9071

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo Maria del Carmen Muñoz Pareda de Bezaola de profesión lic. Enfermería

Actualmente ejerciendo el cargo de Enfermera Asistencial por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos presentados por el alumno(a)..... Con DNI 48634196 aspirante al título profesional de Licenciado en enfermería de la Universidad de Huanuco, el cual será utilizado para recabar información necesaria para su tesis titulado: "Tiempo de Adaptación y Tolerancia de Lactancia Materna en niños nacidos por parto Eutócico y parto Distócico en el HTP-2018"

OPINION DE APLICABILIDAD

Aplicable  (X)

No aplicable  ( )

Aplicable después de corregir  ( )

Observaciones.....  
.....  
.....

Especialidad del Validador..... Enfermera Asistencial

Lugar y Fecha..... 18-04-2018

Firma y sello

  
Maria del C. Muñoz Pareda  
LIC. ENFERMERIA  
CEP 4467 RNE 9671

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo GRÓVER CABRERA FERNANDEZ de profesión Lic. Enfermero

Actualmente ejerciendo el cargo de Servicio Urgia de HTM por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos presentados por el alumno(a) Andrés Iván Doza Orjica Con DNI 48639196 aspirante al título profesional de Licenciado en enfermería de la Universidad de Huanuco, el cual será utilizado para recabar información necesaria para su tesis titulado "Tiempo de Adaptación y tolerancia de lactancia materna en niños nacidos por parto eutócico y parto Distócico en el HTM-2018"

OPINION DE APLICABILIDAD

Aplicable  (X)

No aplicable  ( )


Aplicable después de corregir  ( )

Observaciones.....

Especialidad del Validador.....

Lugar y Fecha 24-04-2018

Firma y sello

  
C.E.P.: 42370  
Gróver Cabrera Fernández  
40248370

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo, Tolomeo Avelino Nolasco de profesión Mag. Enfermero

Actualmente ejerciendo el cargo de Docente en investigación UDH-Tn por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos presentados por el alumno(a) Anelúa Lucía Daza Oyaya Con DNI 48639196 aspirante al título profesional de Licenciado en enfermería de la

Universidad de Huanuco, el cual será utilizado para recabar información necesaria para su tesis titulado "Tiempo de Adaptación y tolerancia a lactancia

Materno en niños nados por parto Cefalico y parto Distocia en el HTM-2018

OPINION DE APLICABILIDAD

Aplicable  (X)


No aplicable  ( )

Aplicable después de corregir  ( )

Observaciones.....  
.....  
.....

Especialidad del Validador.....

Lugar y Fecha.....

  
Firma y sello  
Tolomeo Avelino Nolasco  
CES 32157

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo Lopez Isidro Teofila de profesión Lic. Enfermería  
Actualmente ejerciendo el cargo de docente de la UDH - TTI por medio del  
presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos  
presentados por el alumno(a) Andrés Lucio Oaza Oyaya Con  
DNI 4863 9196 aspirante al título profesional de Licenciado en enfermería de la  
Universidad de Huanuco, el cual será utilizado para recabar información necesaria para su  
tesis titulado "Tiempo de adaptación y Tolerancia de lactancia materna  
en niños nacidos por parto Eutócico y parto Distócico en el HTI-2018"

OPINION DE APLICABILIDAD

Aplicable  ( X )

No aplicable  ( )

Aplicable después de corregir  ( )

Observaciones.....  
.....  
.....

Especialidad del Validador Lic. Enfermería

Lugar y Fecha TTI 21-04-2018

Firma y sello



CEP 48993

**AÑO DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCION E IMPUNIDAD**

Solicito: Autorización para ejecución de proyecto de tesis

Sr. Mg. Quispe Torres Rene Miguel

Director ejecutivo del Hospital Tingo María

**ATENCION:** Unidad de apoyo a la Docencia e Investigación (UADI)

Yo, Andhua Lucia Daza Ojeda DNI N° 40639196 con domicilio en PP.55 Santa Anita N°2H 43 egresada de la escuela académica profesional de enfermería, de la universidad de Huánuco Filial Leoncio Prado, con el debido respeto me presento y digo. Que habiendo concluido satisfactoriamente la formulación del proyecto de tesis titulado Tiempo de Adaptación y Tolerancia de Lactancia Materna en Niños nacidos por Parto Eutócico y parto Distócico en el HTM-2018

Lo cual requiere metodológicamente llevar a cabo la aplicación del instrumento Ruego a Ud. ordene a quien corresponda se me acceda a brindarme las facilidades del caso. Ya que su institución que dignamente dirige es fortalecedor en Docencia e Investigación científica.

Me suscribo de Ud. Deseándole éxitos en su gestión.

Tingo María, 07 de Diciembre del 2018

Adjunto:

Atentamente

c.c/archivo





**ANEXO N° 07**

**PERMISO DE EJECUCIÓN DEL ANTES**

**AÑO DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD**

Solicito: Autorización para ejecución de proyecto de tesis

Sr. Mg. Quispe Torres Rene Miguel

Director ejecutivo del Hospital Tingo María

**ATENCIÓN:** Unidad de apoyo a la Docencia e Investigación (UADI)

Yo Andhía Lucía Daza Oyiga DNI N° 48639196 con domicilio en pp. 55 Santa Anita HZH 43 egresada de la escuela académica profesional de enfermería, de la universidad de Huánuco Filial Leoncio Prado, con el debido respeto me presento y digo. Que habiendo concluido satisfactoriamente la formulación del proyecto de tesis titulado Tiempo de Adaptación y Tolerancia de Lactancia Materna en Niños nacidos por Parto Eutócico y parto Distócico en el HTM-2018

Lo cual requiere metodológicamente llevar a cabo la aplicación del instrumento Ruego a Ud. ordene a quien corresponda se me acceda a brindarme las facilidades del caso. Ya que su institución que dignamente dirige es fortalecedor en Docencia e Investigación científica.

Me suscribo de Ud. Deseándole éxitos en su gestión.

Tingo María 07 de Diciembre del 2018

Adjunto:

Atentamente

c.c/archivo







## PERMISO DE EJECUCIÓN DEL DESPUES

AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

Tingo María 20 De diciembre del 2018

Daza Oyiya Andhia Lucia

PRESENTE

Estima **Andhia Lucia Daza Oyiya**, a través de lo presente el Hospital De Contingencia Tingo María le informa que su solicitud de autorización para la ejecución del proyecto titulado. **"Tiempo De Adaptación Y Tolerancia De Lactancia Materna En Niños Nacidos Por Parto Eutócico Y Parto Distócico En El Hospital Tingo María- 2018"** ha sido aceptada por la jefatura para que usted pueda realizar su trabajo.

Reciba la más cordial de nuestras felicitaciones por la aceptación para que usted pueda realizar su trabajo de proyecto de tesis dentro del hospital de **Contingencia Tingo María**, por los cual le solicitamos presentarse a las áreas donde va ejercer su medición y encuesta a los pacientes que se encuentran en **Alojamiento Conjunto Y Ginecología**.

Para cualquier duda o aclaración, quedo a sus órdenes,  
para su atención, gracias.

ATENTAMENTE



GOBIERNO REGIONAL HUANCAYO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL TINGO MARIA





























































*Rene Augusto Torres*  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL TINGO MARIA

Director Ejecutivo Del Hospital Tingo María

*Arce*

## BASE DE DATOS

daza resultados.sav

	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Ninguna	5	 Centrado	 Escala	 Entrada
2	Ninguna	8	 Centrado	 Nominal	 Entrada
3	Ninguna	8	 Centrado	 Ordinal	 Entrada
4	Ninguna	5	 Centrado	 Nominal	 Entrada
5	Ninguna	8	 Centrado	 Nominal	 Entrada
6	Ninguna	8	 Centrado	 Ordinal	 Entrada
7	Ninguna	6	 Centrado	 Ordinal	 Entrada
8	Ninguna	4	 Centrado	 Nominal	 Entrada
9	Ninguna	3	 Centrado	 Nominal	 Entrada
10	Ninguna	3	 Centrado	 Nominal	 Entrada
11	Ninguna	3	 Centrado	 Nominal	 Entrada
12	Ninguna	3	 Centrado	 Nominal	 Entrada
13	Ninguna	3	 Centrado	 Nominal	 Entrada
14	Ninguna	3	 Centrado	 Nominal	 Entrada
15	Ninguna	3	 Centrado	 Nominal	 Entrada
16	Ninguna	3	 Centrado	 Nominal	 Entrada
17	Ninguna	3	 Centrado	 Nominal	 Entrada
18	Ninguna	3	 Centrado	 Nominal	 Entrada
19	Ninguna	5	 Centrado	 Nominal	 Entrada
20	Ninguna	6	 Centrado	 Nominal	 Entrada

daza resultados.sav

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores
1	EDAD	Numérico	8	0		Ninguna
2	TIPO_DE_P...	Numérico	8	0	¿Que tipo de pa...	{0, Distocico...
3	NIVEL_EDU...	Numérico	8	0	¿Cual es el nive...	{0, Sin instr...
4	SEXO	Numérico	8	0	¿Cual es el sex...	{0, Femenin...
5	PROCEDEN...	Numérico	8	0	¿Cual es la pro...	{0, Urbana}...
6	OCUPACION	Numérico	8	0	¿Cual es la ocu...	{0, Estudian...
7	ESTADO_CI...	Numérico	8	0	¿Cual es el est...	{0, Soltera}...
8	P1	Numérico	8	0	¿Cuantotiempo...	{0, <30minut...
9	P2	Numérico	8	0	Hubo contacto ...	{0, No}...
10	P3	Numérico	8	0	El recién nacido...	{0, No}...
11	P4	Numérico	8	0	Su niño necesit...	{0, No}...
12	P5	Numérico	8	0	Su niño present...	{0, No}...
13	P6	Numérico	8	0	Duerme su niño...	{0, No}...
14	P7	Numérico	8	0	Su niño present...	{0, No}...
15	P8	Numérico	8	0	Hubopresencia...	{0, No}...
16	P9	Numérico	8	0	Siente que su n...	{0, No}...
17	P10	Numérico	8	0	Usted nota que ...	{0, No}...
18	P11	Numérico	8	0	Su niño present...	{0, No}...
19	ADAPTACION	Numérico	8	0	Relacionado a l...	{0, No}...
20	TOLERANCIA	Numérico	8	0	Relacionado a T..	{0, No}...

daza resultados.sav

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores
1	EDAD	Numérico	8	0		Ninguna
2	TIPO_DE_P...	Numérico	8	0	¿Que tipo de pa...	{0, Distocico...
3	NIVEL_EDU...	Numérico	8	0	¿Cual es el nive...	{0, Sin instr...
4	SEXO	Numérico	8	0	¿Cual es el sex...	{0, Femenin...
5	PROCEDEN...	Numérico	8	0	¿Cual es la pro...	{0, Urbana}...
6	OCUPACION	Numérico	8	0	¿Cual es la ocu...	{0, Estudian...
7	ESTADO_CI...	Numérico	8	0	¿Cual es el est...	{0, Soltera}...
8	P1	Numérico	8	0	¿Cuanto tiempo...	{0, <30minut...
9	P2	Numérico	8	0	Hubo contacto ...	{0, No}...
10	P3	Numérico	8	0	El recién nacido...	{0, No}...
11	P4	Numérico	8	0	Su niño necesit...	{0, No}...
12	P5	Numérico	8	0	Su niño present...	{0, No}...
13	P6	Numérico	8	0	Duerme su niño...	{0, No}...
14	P7	Numérico	8	0	Su niño present...	{0, No}...
15	P8	Numérico	8	0	Hubopresencia...	{0, No}...
16	P9	Numérico	8	0	Siente que su n...	{0, No}...
17	P10	Numérico	8	0	Usted nota que ...	{0, No}...
18	P11	Numérico	8	0	Su niño present...	{0, No}...
19	ADAPTACION	Numérico	8	0	Relacionado a l...	{0, No}...
20	TOLERANCIA	Numérico	8	0	Relacionado a T..	{0, No}...

daza resultados.sav

	EDAD	TIPO_DE_PARRITO	NIVEL_EDUCATIVO	SEXO	PROCEDENCIA	OCUPACION	ESTADO_CIVIL
1	23	1	3	0	0	1	2
2	20	1	2	0	1	1	2
3	19	1	1	0	1	1	2
4	29	0	1	1	0	1	2
5	37	0	3	0	1	1	0
6	31	0	2	0	0	1	2
7	35	1	2	0	0	1	2
8	40	1	0	1	1	1	1
9	27	1	1	0	1	1	2
10	17	1	2	1	1	1	2
11	31	0	2	0	0	1	2
12	17	0	2	1	0	1	2
13	27	1	2	0	1	1	2
14	31	1	2	1	0	1	2
15	26	1	3	0	0	1	1
16	27	1	3	1	0	2	2
17	0	1	3	1	0	1	2
18	15	0	2	0	0	1	2
19	35	0	3	0	0	3	2
20	32	0	2	1	0	2	1
21	27	0	2	0	0	1	2
22	22	1	2	1	0	1	2
23	18	1	2	0	0	1	0
24	25	1	1	0	0	1	2
25	23	1	2	0	1	1	0
26	33	1	2	1	0	3	2
27	36	0	1	0	1	1	2
28	34	0	3	0	0	1	1
29	32	0	2	1	0	3	1
30	32	0	3	1	0	1	2
31	23	0	1	1	1	1	2
32	19	1	2	0	0	1	2
33	36	1	2	1	0	3	2
34	28	0	1	1	0	1	2
35	18	1	1	1	1	1	2

daza resultados.sav

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	ADAPTA CION	TOLERAN CIA
36	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
37	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
38	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
41	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
42	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
43	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
44	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
45	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
46	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0
47	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0
48	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
49	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1
50	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
51	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
52	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0
53	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
54	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0
55	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
56	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
57	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
58	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
59	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
60	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
61	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
62	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
63	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
64	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
65	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0
66	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
67	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
68	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
69	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0

## daza resultados.sav

	EDAD	TIPO_DE_PARRITO	NIVEL_EDUCATIVO	SEXO	PROCEDENCIA	OCUPACION	ESTADO_CIVIL
36	26	1	3	0	0	1	2
37	40	1	3	0	0	1	2
38	20	0	2	1	0	1	2
39	33	0	2	1	1	1	2
40	34	0	3	1	0	1	1
41	23	1	2	0	0	1	0
42	33	1	2	0	1	3	2
43	15	1	2	0	1	1	2
44	23	1	2	1	0	1	2
45	18	0	2	1	0	1	2
46	30	0	2	0	0	1	2
47	20	0	2	1	0	1	2
48	35	1	0	1	1	1	2
49	30	1	3	0	0	3	1
50	42	1	1	0	0	1	1
51	35	1	2	0	0	3	1
52	16	1	1	0	0	1	2
53	23	0	2	0	0	3	2
54	17	0	2	1	0	1	2
55	27	0	3	1	0	1	0
56	33	0	2	1	1	3	2
57	33	0	2	1	0	1	2
58	29	0	1	1	0	3	2
59	26	1	2	1	1	1	2
60	24	1	0	0	0	1	2
61	26	1	1	0	0	1	2
62	36	1	2	0	0	1	2
63	25	1	2	1	0	1	2
64	25	1	2	0	0	1	2
65	23	0	2	0	0	1	2
66	31	0	3	0	0	1	1
67	18	0	2	1	0	1	2
68	38	0	1	1	1	1	2
69	32	0	2	1	0	1	2
70	29	0	2	0	0	1	2

2/07/19 19:04

3/6

daza resultados.sav

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	ADAPTA CION	TOLERAN CIA
71	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
72	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1
73	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0
74	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0
75	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
76	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
77	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0
78	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
79	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
80	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0