

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERIA**



UNS
E S C U E L A D E
POSGRADO

**“Calidad del contacto piel a piel e inicio de la lactancia materna en
el recién nacido. Nuevo Chimbote, 2023”**

**Tesis para optar el grado académico de
Doctor en Enfermería**

Autor(a):

Cano Herrera, Cirila Anastacia

DNI 32952739

Código ORCID: 0000-0001-8183-8873

Asesor(a):

Dra. Serrano Valderrama, Luz Carmen

DNI N°17868480

Código ORCID: 0000-0002-9422-3365

Línea de Investigación

ENFERMERÍA

NUEVO CHIMBOTE - PERÚ

2025



UNS
ESCUELA DE
POSGRADO

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE LA TESIS

Yo, Luz Carmen Serrano Valderrama, mediante la presente certifico mi asesoramiento de la Tesis de doctorado titulada: “CALIDAD DEL CONTACTO PIEL A PIEL E INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIEN NACIDO. NUEVO CHIMBOTE, 2023” elaborado por el doctorando Ms. Cirila Anastacia Cano Herrera, para obtener el Grado Académico de Doctor en Enfermería, en la escuela de Posgrado de Universidad Nacional del Santa.

Nuevo Chimbote, noviembre de 2025

Dra. Serrano Valderrama, Luz Carmen
Asesora

Código ORCID: 0000-0002-9422-3365

DNI N°17868480



UNS
ESCUELA DE
POSGRADO

AVAL DE CONFORMIDAD DEL JURADO

Tesis doctoral titulada: “CALIDAD DEL CONTACTO PIEL A PIEL E INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIEN NACIDO. NUEVO CHIMBOTE, 2023” elaborado por la Ms. Cirila Anastacia Cano Herrera.

Revisado y Aprobado por el Jurado Evaluador:

Dra. Huañap Guzmán, Margarita

Presidenta

DNI: N°. 32955197

Código ORCID: 0000-0002-8474-3797

Dra. Cielo Diaz, Melissa Elizabeth

Secretaria

DNI: N°. 44552820

Código ORCID: 0000-0001-7387-8824

Dra. Serrano Valderrama, Luz Carmen

Vocal

DNI N°17868480

Código ORCID: 0000-0002-9422-3365



UNS
ESCUELA DE
POSGRADO

ACTA DE EVALUACIÓN DE SUSTENTACIÓN DE TESIS


A los dieciséis días del mes de octubre del año 2025, siendo las 12:00 horas, en el aula P-01 de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Santa, se reunieron los miembros del Jurado Evaluador, designados mediante Resolución Directoral N° 817-2025-EPG-UNS de fecha 24.09.2025, conformado por los docentes: Dra. Margarita Huañap Guzmán (Presidenta), Dra. Melissa Elizabeth Cielo Díaz (Secretario) y Dra. Luz Carmen Serrano Valderrama (Vocal); con la finalidad de evaluar la tesis titulada: **"CALIDAD DEL CONTACTO PIEL A PIEL E INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIEN NACIDO. NUEVO CHIMBOTE, 2023"**; presentado por la tesista **Cirila Anastacia Cano Herrera**, egresada del programa de **Doctorado en Enfermería**.

Sustentación autorizada mediante Resolución Directoral N° 851-2025-EPG-UNS de fecha 10 de octubre de 2025.

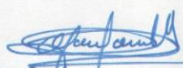
La presidenta del jurado autorizó el inicio del acto académico; producido y concluido el acto de sustentación de tesis, los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo una serie de preguntas y recomendaciones al tesista, quien dio respuestas a las interrogantes y observaciones.

El jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Excelente, asignándole la calificación de 20.

Siendo las 13:00 horas del mismo día se da por finalizado el acto académico, firmando la presente acta en señal de conformidad.


Dra. Margarita Huañap Guzmán
Presidenta


Dra. Melissa Elizabeth Cielo Díaz
Secretaria


Dra. Luz Carmen Serrano Valderrama
Vocal/Asesora



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Cirila Anastacia Cano Herrera
Título del ejercicio: CALIDAD DEL CONTACTO PIEL A PIEL E INICIO DE LA LACTANCIA...
Título de la entrega: Informe de tesis doctoral. Cano. Turnitin 1.docx
Nombre del archivo: Informe_de_tesis_doctoral._Cano._Turnitin_1.docx
Tamaño del archivo: 1,023.29K
Total páginas: 170
Total de palabras: 40,916
Total de caracteres: 227,112
Fecha de entrega: 11-sept-2025 02:11a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2747774074



Informe de tesis doctoral. Cano. Turnitin 1.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

pdfcoffee.com

Fuente de Internet

4%

2

apps.who.int

Fuente de Internet

3%

3

repositorio.unc.edu.pe

Fuente de Internet

2%

4

repositorio.unjbg.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.uap.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

repositorio.unsch.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

8

docplayer.es

Fuente de Internet

<1%

9

repositorio.unac.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

10

moam.info

Fuente de Internet

<1%

11

documentop.com

Fuente de Internet

<1%

12

omm.org.mx

Fuente de Internet

<1%

DEDICATORIA

A mis nietos: Patrick, Ivanna, Franceska y Raúl; a mis sobrinos: Mirella, Moisés y Corina, fuente de inspiración, alegría y motivación. Su existencia son motivos de perseverancia, superación día a día y dejarles como legado la pertinacia y la pasión por el conocimiento.

Cirila

AGRADECIMIENTO

A Dios, el todopoderoso, por darme la vida, la fortaleza y sabiduría para concluir esta investigación. En la adversidad estuviste presente “Todo lo puedo en Cristo que me fortalece” (Filipenses 4:3).

A las enfermeras de la unidad de atención inmediata del recién nacido del Servicio de Neonatología del hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, que formaron parte de este estudio.

Así mismo, a las Doctoras Mabel Guevara y Yolanda Rodríguez por sus valiosos aportes en el proyecto de mi tesis. Sus experiencias, orientaciones enriquecieron el desarrollo de esta investigación.

A mi asesora de tesis Dra. Luz Carmen Serrano Valderrama, por ser el motor en la culminación de este estudio. Su estoicismo ha sido clave en finalizar esta investigación.

Cirila

Índice

	Pág.
Resumen	xiii
Abstract.....	xiv
CAPÍTULO I:15
Introducción.....	16
Descripción y formulación del problema.....	16
Objetivos.....	30
Hipótesis.....	31
Justificación e importancia.....	32
CAPÍTULO II	36
MARCO TEORICO.....	37
Antecedentes.....	69
Marco conceptual.....	87
CAPÍTULO III	121
Marco metodológico	122
Método de investigación.....	122
Variables e indicadores de investigación.....	124
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	125
Técnica de análisis de resultados.....	127
CAPÍTULO IV	128
Resultados y discusión	129
CAPÍTULO V	150
Conclusiones y recomendaciones	151

CAPITULO VI.....	154
Referencias Bibliográficas	155
CAPITULO VII.....	179
Anexo 01: Factores de cuidado y procesos de caridad.....	180
Anexo 02: Hormona que intervienen en las nueve etapas del contacto piel a pie de Widström.....	181
Anexo 03: Muestra.....	182
Anexo 04: Instrumento calidad del contacto piel a piel en el recién nacido...	183
Anexo 05: Instrumento para medir el inicio de la lactancia materna.....	185
Anexo 06: Tabla 5	186
Anexo 07: Figura 5.....	187
Anexo 08: Tabla 6.....	188
Anexo 09: Tabla 7.....	189
Anexo 10: Tabla 8.....	190

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Calidad del Contacto Piel a Piel en el Recién Nacido en Sala de Partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.....	129
Tabla 2. Calidad del Contacto Piel a Piel en el Recién Nacido en Sala de Partos según Dimensiones, del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.....	131
Tabla 3. Inicio de la Lactancia Materna en el Recién Nacido en Sala de Partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.....	133
Tabla 4. Relación entre la Calidad del Contacto Piel a Piel e Inicio de la Lactancia Materna en el Recién Nacido en Sala de Partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.....	135

Lista de gráficas

Pág

Figura 1. Calidad del Contacto Piel a Piel en el Recién Nacido en Sala de Partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.....	130
Figura 2. Calidad del Contacto Piel a Piel en el Recién Nacido en Sala de Partos según Dimensiones, del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.....	132
Figura 3. Inicio de la Lactancia Materna en el Recién Nacido en Sala de Partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.....	134
Figura 4. Relación entre la Calidad del Contacto Piel a Piel e Inicio de la Lactancia Materna en el Recién Nacido en Sala de Partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.....	136

Resumen

Investigación descriptiva correlacional y de corte transversal. como objetivo determinar la relación entre la calidad del contacto piel a piel e inicio de la lactancia materna en el recién nacido. La muestra estuvo conformada por 268 recién nacidos atendidos en la Unidad de Atención Inmediata del Recién Nacido del servicio de Neonatología del Hospital Eleazar Guzmán Barrón que cumplieron con los criterios de inclusión; a quienes se les aplicó dos instrumentos: sobre la calidad del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna. Los datos fueron procesados por el programa SPSS versión 27, y el análisis estadístico de independencia de criterios (Chi Cuadrado χ^2). Los resultados fueron: El 81,3% la calidad del contacto piel a piel es adecuado y el 18,7% es inadecuado. El 97,4% de los recién nacidos iniciaron la lactancia materna de forma correcta y el 2,6% fue incorrecta: Si existe relación estadística significativa entre la calidad del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.

Palabras claves: calidad, contacto piel a piel, lactancia materna.

Abstract

Descriptive, correlational, and cross-sectional research. The objective was to determine the relationship between the quality of skin-to-skin contact and the initiation of breastfeeding in the newborn. The sample consisted of 268 newborns treated in the Immediate Newborn Care Unit of the Neonatology Service of the Eleazar Guzmán Barrón Hospital who met the inclusion criteria; they were administered two instruments: on the quality of skin-to-skin contact and the initiation of breastfeeding. The data were processed using SPSS version 27, and the statistical analysis of independence of criteria (Chi Square χ^2). The results were: 81,3% the quality of skin-to-skin contact is adequate and 18,7% inadequate. 97,4% of newborns-initiated breastfeeding correctly and 2,6% incorrectly. Yes, there is a significant statistical relationship between the quality of skin-to-skin contact and the initiation of breastfeeding in the newborn. Eleazar Guzmán Barrón Hospital. Nuevo Chimbote, 2023.

Key words: quality, skin-to-skin contact, breastfeeding.

CAPITULO I

I. INTRODUCCIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El nacimiento es una experiencia única en la que se producen cambios radicales en la vida de la madre y del recién nacido (RN), modificaciones: en lo fisiológicos, emocionales, espirituales y sociales. En este momento realizar el contacto piel a piel inmediato al nacimiento, de manera continua durante la primera hora de vida, “hora de oro”, constituye una intervención fundamental para favorecer la adaptación extrauterina del neonato al nuevo entorno, promover el inicio precoz de la lactancia materna (LM) y consolidar un vínculo afectivo temprano que marcará el éxito de la LM (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2018; Moore et al.,2016).

El contacto piel a piel entre madre e hijo, realizado de manera inmediata tras el nacimiento, continua y sin interrupciones durante la primera hora de vida, es una práctica clave para favorecer el desarrollo del RN. Este momento especial no solo contribuye a su adaptación a la vida fuera del útero, sino que también fortalece la LM y aporta beneficios significativos para la salud física y emocional de la madre (Roque,2019).

En Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) ha emitido normas técnicas que promueven el parto humanizado y la implementación del contacto piel a piel como parte de las buenas prácticas de atención del RN. Sin embargo, en la práctica clínica cotidiana persisten limitaciones importantes en cuanto a la

calidad y duración de esta intervención, particularmente en establecimientos de salud de nivel regional y local (MINSA, 2022).

El contacto piel a piel (CPP): método que ofrece importantes ventajas para la madre y el neonato, que implica ubicar al neonato en posición vertical, sobre el abdomen y/o pecho desnudo de la madre, promoviendo el inicio de la LM y su conservación de manera única, tanto en nacimientos de parto eutócico y de cesárea. Para obtener las ventajas, este debe ser por un lapso de 60 minutos o más, si es necesario (MINSA, 2024, p.15).

Klaus y Kennell (1978) en el vínculo afectivo, sostienen que el apego temprano entre madre e hijo genera un lazo emocional profundo que influye de manera decisiva en el bienestar y desarrollo del niño. Este primer encuentro no solo es un acto biológico, sino también una experiencia emocional que cimenta la confianza, la seguridad y la cercanía. Además, este periodo que tiene poca duración en minutos y horas, estos lazos afectivos son fuertes entre madre e hijo y no se dan en cualquier otro momento de la vida del niño (Duque, 2013).

En los primeros minutos tras el nacimiento, el RN inicia de manera instintiva un desplazamiento hacia el pecho de su madre, impulsado por movimientos rítmicos de sus piernas. La mayoría logra coger el pezón y la areola, explorando primero su olor y realizando pequeños movimientos espontáneos de olfateo, hasta que finalmente comienza a lactar. Este contacto temprano piel con piel inmediatamente después del nacimiento aporta múltiples beneficios: en el bebé, reduce el riesgo de infecciones, disminuye los episodios de llanto, conserva

mejor su energía y estabiliza la frecuencia cardíaca y respiratoria. En la madre, favorece la disminución de los síntomas de depresión postparto, aumenta la satisfacción con la experiencia de parto y promueve un vínculo afectivo más sólido, fortaleciendo el apego y mejorando su confianza en la crianza (Farro y Gutiérrez, 2015)

La esencia de la teoría del cuidado humano de Jean Watson señala que el cuidado humano en lo interpersonal y transpersonal se deben establecer relaciones de amabilidad, calidez, de confianza, con la creación de un entorno de curación: mental, físico, espiritual de apoyo, protección; ayuda a las necesidades básicas con una conciencia de cuidado donde se alinean la mente, el cuerpo y espíritu. donde el compromiso moral, la intencionalidad y la conciencia de la caridad por parte de la enfermera protegen, promueven y potencian la dignidad, la plenitud y la curación humana permitiendo que la persona cree su propio sentido de existencia (Raile, 2022, p.71).

Relacionándolo esta teoría con el momento del nacimiento en donde el actuar de la enfermera tiene que enfocarse en el cuidado de la madre y su RN (mente, cuerpo y espíritu) y así mismo los factores del cuidado tiene que aplicarse, mediante la amabilidad, la compasión, escucha activa con la finalidad de fortalecer este evento único irrepetible del CPP e inicio de la LM en la primera hora de vida estableciendo así una conexión de confianza, seguridad en la tríada madre, RN y enfermera. Li y Sun (2024) recomiendan iniciar el CPP lo antes posible tras el parto, mantenerlo de forma continua al menos durante 60 a 90 minutos y evitar interrupciones, independientemente del tipo de parto.

La OMS recuerda que todos los lactantes tienen derecho a una nutrición adecuada, como señala la Convención sobre los Derechos del Niño. Aunque se han impulsado estrategias en todo el mundo para facilitar el contacto temprano entre madre e hijo (lo cual ayuda a iniciar la LM de forma oportuna), los avances aún son insuficientes. A nivel global, solo el 44 % de los bebés menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva. Además, la desnutrición sigue siendo un problema crítico: relacionado con un 45 % de las muertes infantiles, mientras que millones de niños sufren de retraso en el crecimiento o enfermedades asociadas a una nutrición inadecuada (OMS, 2023).

El Instituto Nacional de Salud, en concordancia con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS, describe la lactancia materna como un acto natural, pero también como una habilidad adquirida, que permite brindar al recién nacido los nutrientes esenciales para un crecimiento y desarrollo óptimos. Además, ofrece una defensa natural frente a infecciones y protección a largo plazo contra enfermedades como la diabetes y la hipertensión, fortaleciendo a la vez el vínculo afectivo entre madre e hijo. El inicio temprano y la práctica exclusiva de la lactancia materna, junto con el CPP, contribuyen al desarrollo integral del bebé y aportan beneficios duraderos para su salud. Organismos como la OMS y UNICEF recomiendan de manera unánime comenzar, mantener y prolongar esta práctica (OMS,2023).

Con el enfoque del modelo de calidad de Avedis Donabedian donde se analiza minimizar los riesgos en el proceso de la atención inmediata del RN en el momento del CPP e inicio de la LM, mediante la aplicación de las tres dimensiones: técnica científica, humana y entorno; en donde se estudian

aspectos técnicos de la atención, relaciones interpersonales entre el proveedor y el usuario y el contexto de la institución de salud (Colegio de Enfermeros del Perú [CEP], 2024). Marriner y Raile (2011) explica que Mercer “describe la gratificación como: la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad” (p.584).

MINSA, (2024) refiere: Atención inmediata del recién nacido: Es el conjunto sistematizado de procedimientos, actividades e intervenciones sanitarias que se realiza a todo recién nacido inmediatamente al nacimiento, con el propósito de garantizar las condiciones óptimas para la adaptación a la vida extrauterina, reducir eventuales riesgos, daños, complicaciones, secuelas o muerte. Además, refiere que todas las salas de parto deben contar con termómetro ambiental y la temperatura favorable para el recién nacido es de 24°C a 26°C.

Finalmente se puede establecer que la calidad y el cuidado humanizado en el momento del CPP favorecen a la adaptación extrauterina del RN, además a la experiencia positiva de la madre. Por lo tanto, facilitar el inicio de la lactancia natural en la primera hora de vida es garantizar una lactancia materna exitosa; así mismo se consolida en este proceso de caridad la conexión victoriosa de la triada madre-recién nacido- enfermera.

Frente a esta problemática, el presente estudio de tipo cuantitativo tiene como objetivo analizar la relación entre la calidad del CPP inmediato al nacimiento y el inicio de la LM en la primera hora de vida en madres púerperas y recién nacidos a término atendidos en el hospital Eleazar Guzmán Barrón. Se espera

que los resultados contribuyan a visibilizar la necesidad de protocolos institucionales y capacitaciones específicas que garanticen esta práctica como un componente esencial de la atención perinatal de calidad.

Formulación del problema

Históricamente, el nacimiento fue un evento domiciliario en el que madre y recién nacido permanecían juntos de forma inmediata, lo que permitía el contacto continuo y la instauración temprana de la lactancia (Odent, 2014). Sin embargo, con la medicalización del parto a finales del siglo XIX y la progresiva atención hospitalaria, se introdujeron prácticas que separaban al neonato de su madre, motivadas por el control del entorno, la prevención de infecciones y el manejo médico especializado (Johanson et al., 2002).

Este cambio se intensificó con la introducción de la leche de fórmula industrializada, que redujo la percepción de necesidad de amamantar de inmediato tras el parto (Apple, 1987). La separación madre-bebé, extendida durante gran parte del siglo XX, tuvo consecuencias documentadas: Spitz (1945) describió el deterioro físico y emocional en bebés privados de contacto materno, mientras Bowlby (1969) relacionó la privación temprana con problemas de apego y desarrollo socioemocional.

Es así como renace la utilización del contacto precoz piel con piel de la madre con su hijo durante las primeras horas post parto, como método que proporciona una serie de beneficios tanto para la madre como para el niño, en el ámbito físico y psicológico. Si bien es cierto que este método comenzó a utilizarse en los recién nacidos de término sanos, también fue instaurado para aquellos niños de

pretérmino, en donde recibió el nombre de método canguro. surge en 1978, en Bogotá, Colombia. El "Método Madre Canguro" fue creado por un neonatólogo colombiano, doctor Édgar Rey Sanabria ¹en 1978. como una estrategia de intervención para el cuidado de los niños de pretérmino frente a la falta de incubadoras y escasos recursos económicos de los servicios de neonatología de los hospitales públicos, situación que se repite en varios de los países en vías de desarrollo (Ruiz Peláez et al., 2004).

La OMS, determina que luego de un parto sin complicaciones, todas las parturientas tienen el derecho de mantener a sus hijos en contacto piel a piel. Al mismo tiempo, se propone brindar apoyo necesario para la lactancia materna exclusiva. Esto se debe a que, en la mayoría de los casos (alrededor del 90%), se espera que la adaptación del bebé al nacer sea adecuada desde el punto de vista fisiológico y sin complicaciones. Al realizarse este proceso tenemos un incremento de producción de oxitocina, produce un aumento de la temperatura, proporcionando calor al neonato (OMS, 1998).

Investigaciones confirman que la relación piel a piel aumenta la LM, con efecto positivo en proteger al bebé, alcanzar la supervivencia, alimentación y desarrollo

¹ 1978 – 2018. cuarenta años de existencia del programa madre canguro. Cuando en 1978, el profesor **EDGAR REY SANABRIA**, Profesor de la Universidad Nacional y jefe de pediatría del Instituto Materno Infantil dio los primeros pasos en la creación del programa madre canguro, nunca se imaginó que la repercusión, el reconocimiento y la aplicación a nivel mundial iba a ser de la magnitud que estamos viendo hoy en día. Su sabiduría y su humildad, lo llevaban a pronunciar frases: “yo no he inventado nada, simplemente adapté las enseñanzas de la naturaleza al comportamiento del ser humano”. y la de: “hay que reemplazar las incubadoras artificiales por una natural, la propia mamá del prematuro”. Es a partir de estos conceptos básicos como determina generar unas acciones simples, con base en tres elementos esenciales del programa madre canguro: el Amor, el Calor y la Leche Materna. Para determinar lo que llamara, “la piedra angular del programa”, a lo cual denominó “el triángulo de oro de la neonatología” (fundación canguro, 2018).

de los niños. Múltiples factores condicionan a que esta práctica no se efectúe de forma apropiada, como antecedentes de la madre o depresión del recién nacido alteran este proceso u operaciones como la cesárea (Anchapury, 2019).

Hay muchas dudas sobre el contacto piel con piel en los partos por vía cesárea, los cuales de acuerdo a los protocolos de maternidad indican que existen situaciones en las que la madre se encuentra muy cansada, presenta dolor o no se encuentra bien y ello imposibilita a que se fomente un contacto adecuado con su recién nacido o cuando también los bebés necesitan una vigilancia estricta por el especialista, ante esto la OMS, UNICEF y los Ministerios de Salud de los diversos países recomiendan que el contacto piel a piel se realice en las cesáreas y partos vaginales (OPS, 2020).

En los nacimientos por cesárea, es común que la madre y el bebé permanezcan separados durante las primeras horas, lo que dificulta el establecimiento inmediato del vínculo afectivo. En estas situaciones, la presencia y participación del padre cobra una relevancia fundamental. Cuando el bebé recibe CPP con el padre, se activan sus sentidos (el tacto que reconforta, el olor que tranquiliza y la voz familiar que lo calma), brindándole una sensación de protección, seguridad y calidez durante esa transición tan delicada al mundo exterior. Este tipo de interacción no solo fortalece el apego, sino que promueve una mejor regulación fisiológica y emocional del recién nacido (Bejarano, et al., 2022).

Cuando el recién nacido tiene la oportunidad de vivir el contacto piel a piel, ya sea con su madre o con su padre, recibe no solo calor y protección, sino también una experiencia profunda de cuidado que quedará grabada en su memoria emocional. Este momento único despierta sensaciones de seguridad, ternura y conexión que fortalecen su bienestar. En cambio, si se priva de esta cercanía, aumenta el riesgo de que aparezcan dificultades en su salud durante los primeros días de vida. En un estudio Mandujano (2018) de “Actitudes de la madre sobre el CPP en RN del hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, el 94,5 % presentaron actitud positiva sobre el CPP y el 93.3% mostraron una actitud positiva en relación con el vínculo afectivo”.

En el CPP el recién nacido vigoroso posee capacidades innatas que las pone en marcha al nacimiento. Colocar al neonato desnudo boca abajo inmediatamente al nacimiento sobre el abdomen desnudo de su madre, éste va sólo al pecho materno. El RN va reptando hasta alcanzar el pezón de su madre, lo toca con las manos impregnadas del líquido amniótico, lo huele, lame y emboca al pezón abarcando gran parte de la areola y succiona el calostro, iniciando la LM con éxito en la primera hora de vida.

La Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño² establece las pautas técnicas y normativas que deben cumplirse para obtener esta distinción. Entre sus

² La Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V.01 establece los criterios técnicos para la certificación de establecimientos de salud como "Amigos de la Madre, la Niña y el Niño", enfocándose en la promoción y protección de la lactancia materna y la salud infantil, mediante el cumplimiento de los 10 Pasos para el éxito de la lactancia materna y la no promoción de sustitutos de la leche materna.

requisitos se incluyen “Los diez pasos para una lactancia materna exitosa”, dentro de los cuales destacan dos indicadores claves: el Paso 4, que promueve la realización del CPP como un momento fundamental para el vínculo y la adaptación del RN, y el Paso 6, que enfatiza la importancia de no ofrecer al bebé ningún alimento o líquido que no sea leche materna, protegiendo así su salud y garantizando un inicio óptimo de la lactancia (MINSA, 2014).

El CPP es una práctica fundamental que brinda múltiples beneficios tanto para la madre como para el RN. Consiste en colocar al bebé, sin ropa, en posición vertical sobre el abdomen o el pecho desnudo de la madre, creando un vínculo íntimo y seguro que favorece el inicio de la lactancia materna y su continuidad de forma exclusiva. Este momento especial puede darse tanto en partos vaginales como en cesáreas y, para aprovechar al máximo sus beneficios, se recomienda mantenerlo por un periodo mínimo de 60 minutos o incluso por más tiempo, según sea necesario (MINSA, 2024).

Iniciar la lactancia materna de forma temprana fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo y favorece que esta se prolongue en el tiempo. Además, permite que el intestino del recién nacido sea colonizado por bacterias beneficiosas provenientes de la madre, ayudándole a defenderse de diversas enfermedades y a regular su sistema inmunológico. En los primeros días de vida, los componentes presentes en la leche materna como: la lactoferrina, las prostaglandinas, los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (N-3), el colesterol y los oligosacáridos no digeribles; pueden influir en la expresión de ciertos genes, contribuyendo a contrarrestar la predisposición genética a la obesidad y a otras enfermedades crónicas (Herrera et al., 2019).

La OMS y UNICEF recomiendan el contacto piel con piel y el apoyo a la lactancia en la primera hora después del parto. Sin embargo, el momento en que el RN recibe la primera toma no ha sido evaluado de modo explícito y la situación de la lactancia es difícil de describir con certeza, dada la ausencia de datos recogidos en las maternidades, ya que no se dispone de datos oficiales sobre este aspecto. No obstante, para evaluar las medidas de promoción y apoyo a la lactancia materna se recomienda de datos periódicos actualizados y fiables. Por estas razones, las guías de práctica clínica nacionales e internacionales sobre lactancia materna recomiendan la realización de registros e investigaciones al respecto (Herrera et al., 2019).

Las primeras horas después del nacimiento son cruciales para lograr una lactancia materna exitosa. Es fundamental que el recién nacido comience a amamantar dentro de la primera hora de vida. En este momento, la mayoría de los bebés se encuentran en un estado de “alerta tranquila”, lo que les permite observar, reconocer a su madre y comenzar a crear vínculos afectivos mientras exploran su nuevo entorno. (Cañamero, 2021).

Iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida y mantenerla como alimentación exclusiva durante los primeros seis meses es fundamental para el desarrollo del bebé. La leche materna constituye el alimento ideal y la fuente de nutrición más completa para los recién nacidos y niños pequeños. Las primeras horas tras el parto son un momento único y decisivo para que madre e hijo se reconozcan y fortalezcan su vínculo. El contacto piel a piel inmediato favorece este proceso y se convierte en un elemento clave para el éxito de la lactancia.

Durante este tiempo, es recomendable evitar interrupciones, visitas o distracciones como el uso de celulares, permitiendo así un espacio de intimidad y conexión entre ambos. (OMS/OPS, 2018).

El contacto precoz favorece el vínculo afectivo, aumenta la autoestima materna, disminuye la ansiedad, mejora los sentimientos de aceptación del nuevo rol y la satisfacción durante el proceso de parto. Sobre la lactancia materna contribuye a que la primera toma sea efectiva y en consecuencia aumente su prevalencia, favoreciendo que ésta se prolongue durante más tiempo (Martin y Viudes, 2010). El apego y la lactancia natural han cobrado mucha importancia en las últimas dos décadas, tanto a nivel mundial como nacional, debido a que, un Buen Apego³ favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo y se relaciona con mayor duración y mejor calidad de la lactancia natural, lo que, a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño (Pinto, 2007).

La lactancia natural exclusiva, al menos durante los primeros seis meses de vida, por si sola determina una disminución de la morbilidad y mortalidad en el niño y en su propia madre. Resulta de extraordinario interés destacar, que investigaciones de los últimos años demuestran fehacientemente, que los niños que al menos fueron alimentados durante seis meses con lactancia natural exclusiva son más inteligentes y presentan con menos frecuencia diferentes enfermedades como

³ La teoría del Apego de John Bowlby (1969/1982) consideraba la relación de apego del niño con el cuidador en la primera infancia como un elemento crítico para su supervivencia, desarrollo físico y emocional. Por este motivo, definió el apego como un “imperativo biológico” que se arraiga en una necesidad evolutiva. Actualmente este concepto permite explicar la naturaleza del vínculo emocional que, desde el nacimiento, se establece entre el niño y sus cuidadores, así como por qué las relaciones afectivas son tan importantes en nuestra experiencia como adultos (Bowlby 1973/1980).

asma bronquial, enfermedades atópicas, enfermedades gastrointestinales, leucemias y otros cánceres, obesidad, diabetes mellitus tipo I y II, enfermedades autoinmunitarias, etc., en comparación con los niños que no tuvieron ese privilegio (Pinto, 2007).

“La supervivencia de los recién nacidos es una prioridad en salud pública porque, según datos estadísticos de la OMS, se reportó que en el 2019 murieron a nivel mundial 2,4 millones de niños en los primeros 28 días de vida, asimismo, unos 6700 neonatos fallecieron al día; esto representa un 47% de todas las defunciones en menores de 5 años” (OMS, 2020). En el Perú la salud neonatal es considerada una prioridad nacional de investigación en Salud 2019-2023 (MINSA, 2019) debido a que la mortalidad neonatal es 8 cada 1000 nacidos vivos (Grupo Banco Mundial, 2023) y están relacionadas con la prematuridad, infecciones, asfixia y malformaciones congénitas. “Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos es fundamental para reducir la tasa de morbi-mortalidad en los neonatos” (OMS, 2020).

El inicio temprano de la lactancia materna (ITLM), definido como la succión dentro de la primera hora posterior al nacimiento, es una estrategia clave de supervivencia y una de las mejores prácticas recomendadas por la UNICEF y OMS. De acuerdo con Smith et al. (2017) los recién nacidos que recibieron leche materna en su primera hora de vida presentaron mayores probabilidades de sobrevivir en comparación con aquellos que iniciaron después de ese periodo; además, cuanto más se retrasa la lactancia, mayor es el riesgo de infección y mortalidad neonatal, pudiendo incluso duplicarse. El ITLM garantiza la ingesta

de calostro, con sus propiedades inmunológicas únicas, y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva (Chessa, 2010).

Los últimos datos reportados por la OMS en conjunto con la UNICEF indican que el porcentaje de práctica del inicio temprano de la lactancia materna (ITLM) a nivel mundial fue del 42%, es decir, dos de cada cinco niños reciben leche materna dentro de la primera hora de nacer. En América Latina y el Caribe, esta cifra fue del 52%. En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2020), solo el 47.8% de los niños(as) a nivel nacional inició la lactancia dentro de la primera hora de vida. Este porcentaje es similar al reportado en una investigación basada en una muestra representativa de la ENDES 2018 (49.7%). En tanto, en un hospital público de Lima el porcentaje de ITLM fue del 37.5%. (Ortiz y Loayza, 2023).

La evidencia científica respalda que el contacto piel a piel inmediato entre madre y bebé resulta esencial para estabilizar la temperatura y la frecuencia cardíaca, disminuir el llanto, estimular el inicio de la lactancia y fortalecer el vínculo afectivo (OMS, 2023). No obstante, en muchos establecimientos hospitalarios aún existen barreras para su implementación, tales como protocolos rígidos, alta prevalencia de cesáreas y falta de capacitación del personal de salud.

Ante este escenario, es imperativo evaluar la calidad del contacto piel a piel en la primera hora de vida y entender su impacto en el inicio oportuno de la lactancia materna, como eje de salud pública y estrategia para mejorar la

supervivencia, el desarrollo infantil y el vínculo afectivo desde el alumbramiento. Frente a este escenario, resulta fundamental evaluar la calidad del contacto piel a piel en la primera hora de vida, especialmente en relación con su impacto en el inicio oportuno de la lactancia materna.

Marriner y Raile (2011) explica que la teoría del rol maternal de Mercer, “describe la gratificación como: la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad”. Afirma que “La adopción del rol materno se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el hijo” (pp.584, 588).

Ante la problemática expuesta se realiza el siguiente enunciado ¿Cuál es la relación entre la calidad del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido, hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, 2023?.

1.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la calidad del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la calidad del contacto piel a piel en el recién nacido en Sala de partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.
- Identificar la calidad del contacto piel a piel en el recién nacido en sala de partos según dimensiones, del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.
- Identificar el inicio de la lactancia materna en el recién nacido en Sala de partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2023.
- Describir la relación entre la calidad del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido en Sala de partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. 2023.

1.3. HIPÓTESIS

Hi: Existe relación entre calidad del contacto piel a piel e inicio de la lactancia materna en el recién nacido en sala de partos del hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. 2023.

Ho: No, existe relación entre calidad del contacto piel a piel e inicio de la lactancia materna en el recién nacido en sala de partos del hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. Nuevo Chimbote. 2023.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Conociendo los beneficios del contacto piel a piel inmediato al nacimiento que fortalece el vínculo afectivo en la diada madre – recién nacido, y además contribuye al inicio precoz de la lactancia materna alimento natural para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, y conociendo que el calostro es la primera vacuna que se le administra al bebé cuando nace, consideré hacer este trabajo de investigación en el servicio de Neonatología⁴ del hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote⁵ porque se observa que aún existen profesionales de salud que intervienen en el proceso del parto y no respetan este momento íntimo e importante del contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido, además aún no se ha implementado un protocolo para su atención.

En el Perú, existen bases legales como la norma técnica (NTS N° 214 - MINSA/DGIESP - 2024) de salud para la atención integral de Salud Neonatal, refiere que el contacto piel a piel consiste en colocar al recién nacido de cubito ventral y en forma longitudinal sobre el abdomen y pecho desnudo de la madre, tanto en nacimientos de partos eutócicos como partos por cesárea. El contacto

⁴ El Servicio de Neonatología del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, cuenta con 4 unidades: Unidad de atención inmediata al recién nacido (UAIRN), Unidad de Alojamiento conjunto (UAC), Unidad de cuidados intermedios (UCI) y Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Además, el 80 % de las enfermeras que labora son especialistas y competentes en el área, la Ms. y doctoranda Lic. Cirila Cano Herrera fue coordinadora de este servicio.

⁵ El hospital Eleazar Guzmán Barrón (HEGB) se encuentra ubicado en el distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, Ancash, Perú. Fue inaugurado el 10 de octubre de 1981 por el presidente Fernando Belaunde Terry y fue construido con ayuda del Gobierno Alemán. Su misión es brindar atención médico quirúrgica integral, buscando la satisfacción de los usuarios mediante un servicio de calidad y calidez. Es una entidad adscrita al Ministerio de Salud, cuenta con 13 departamentos y 20 consultorios. En 1991 sirvió como Unidad de tratamiento del Cólera que fue controlada en 1995, desde ahí se le conoce como el hospital amigo de la madre y el niño por la UNICEF. En 1998 fue calificado como hospital Docente.

piel a piel tiene duración de 60 minutos y se prolonga hasta el inicio de la lactancia materna (MINSA, 2024).

La OMS define a la lactancia materna como parte del proceso reproductivo con aportes significativos principalmente para la madre, en este sentido al hablar de la lactancia materna debemos referirnos también a los múltiples beneficios para la salud del neonato y la madre, tanto en el desarrollo físico como en el bienestar psicológico (OPS, 2020).

El termino lactancia materna implica referirnos a leche materna, que es un líquido producido en las glándulas mamarias y está compuesta por elementos nutritivos; el calostro es conocida como la primera leche y se produce cuando inicia la lactancia; lactar es la acción de amamantar o alimentar a un bebé con la leche producida en el pecho materno; succionar es realizar acciones con los labios con la finalidad de obtener algo; la lactancia se refiere al tiempo de producción de leche; el reflejo de succión deglución es lo que permite tragar y succionar al mismo tiempo (Mitra, 2017).

El proceso de lactancia inicia cuando el neonato nace y termina cuando encuentra y agarra el pezón, succiona y se duerme; brindar el seno materno dentro de los primeros 60 minutos de vida es denominado el inicio precoz de la lactancia (OMS y UNICEF, 2019). Entendiendo por lactancia materna al abasto de leche al neonato durante el crecimiento y desarrollo del RN. La lactancia es un sistema evolucionado de alimentación que garantiza la perpetuidad y bienestar del ser humano como especie y alcanzar el máximo desarrollo, la

lactancia es considerado como un medio de alimentación completo ya que facilita el crecimiento del neonato (Jiménez et al., 2022).

Por todo lo descrito y sabiendo que el calostro y la leche propiamente dicha van a contribuir en el crecimiento y desarrollo del futuro del niño es lo que me motivo a realizar la presente investigación.

IMPORTANCIA

Este estudio busca implementar el proceso de la práctica correcta del contacto piel a piel ya que tiene fuerte influencia en el inicio de la lactancia materna precoz, vínculo afectivo y posteriormente una lactancia materna exitosa, y postergando algún procedimiento cuando termine el contacto piel a piel.

El presente estudio va a permitir al profesional de enfermería fortalecer sus competencias en el cuidado del RN al momento de nacer y sustentar con datos las bondades de una buena práctica de contacto piel a piel madre-recién nacido ya que esto mejorara la estabilidad fisiológica tanto de la madre como del RN en: respiración y oxigenación, glucosa, temperatura, calma el llanto y se complementa con el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida garantizando una lactancia a largo plazo.

También favorece al RN con la colonización de los microbios maternos. Con el inicio de la lactancia materna precoz se incrementa la supervivencia y se disminuye la morbilidad y mortalidad neonatal, existen estudios que los RN amamantados con leche materna tienen mejor inteligencia, les protege del

sobrepeso, diabetes además mejora su autoestima, estilo de vida saludable entre otros.

El aporte a la disciplina de enfermería es dar la importancia del contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido garantizando la lactancia materna y el vínculo afectivo, que las enfermeras sean competentes en el área, autocapacitarse y tener actitud proactiva en bien del RN y la profesión de la enfermería. Las enfermeras recientes en el servicio de recién nacidos deben ser preparadas con un período de inducción para aplicar la práctica correcta del CPP y concientizarlas en la importancia para la aplicación de este.

Toda enfermera debe tener claro el concepto de iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida y para que se cumpla debe hacer el contacto piel a piel a todo recién nacido vigoroso según las Normas Técnica vigente del MINSA.

CAPITULO II

II. MARCO TEÓRICO

Fundamentos teóricos de la investigación: La presente investigación se sustentan en la Teoría: Vínculo afectivo de Klaus y Kennell. La teoría de Avedis Donabedian, considerado el padre de la calidad y la teoría de Watson del cuidado humano.

Teoría: Vínculo afectivo

A finales de la década de 1960, los doctores M. Klaus y J. Kennell⁶, en Cleveland, Estados Unidos, se interesaron profundamente por entender cómo se desarrolla el apego entre la madre y su hijo y cuál sería el período sensible para establecerlo en los seres humanos. Para ello, analizaron los momentos más significativos en la vida de una futura madre, dividiéndolos en tres etapas:

- **Antes del embarazo:** La planificación y preparación para la llegada de un hijo, considerando aspectos emocionales y afectivos.
- **Durante la gestación:** La confirmación del embarazo, la aceptación de este, la percepción de los movimientos fetales y el reconocimiento del bebé como un ser único. En esa época no existían herramientas como la ecografía obstétrica, que hoy en día permite a la madre observar activamente al feto y fortalecer desde la gestación los lazos afectivos que luego se reflejarán en el apego.
- **Después del parto:** El momento del nacimiento representa la primera oportunidad de contacto directo con el recién nacido: verlo, tocarlo, olerlo y

⁶ **Marshall Klaus**, neonatólogo, observó ya en 1967 que las madres de los prematuros tenían muchas dificultades para vincularse con sus bebés. Enseguida se dió cuenta de que esto tenía algo que ver con que a las madres no se les permitía acceder a los prematuros mientras estaban hospitalizados y junto con otro pediatra **John Kennell** empezó a investigar sobre el vínculo y a abrir las unidades a las madres. Ambos descubrieron el **período sensitivo**: esas primeras horas tras el parto que son cruciales para el inicio del vínculo y difundieron las investigaciones para no separar a las madres de sus recién nacidos

reconocerlo como su hijo, iniciando la construcción del vínculo afectivo inicial (Pinto, 2007).

A partir de 1964, Klaus y su equipo iniciaron un estudio prospectivo en dos hospitales pequeños de Guatemala, conocido como la “Experiencia de Guatemala”. Este proyecto surgió después de que sus intentos previos en hospitales de Estados Unidos no lograran definir con claridad el período sensible ni el apego inicial, debido a la intensa medicalización del embarazo y el parto, que limitaba la observación de la interacción espontánea y natural entre la madre y su recién nacido (Pinto, 2007).

En la “Experiencia de Guatemala”, Klaus y su equipo organizaron dos grupos de madres para estudiar el apego inicial. En el primer grupo, las madres pudieron mantener un contacto cercano “piel con piel” con sus recién nacidos durante 45 minutos antes de continuar con la rutina habitual de llevarlos a la sala cuna y regresar con ellos cada cuatro horas para estimular la lactancia. En el segundo grupo, los recién nacidos eran retirados inmediatamente después del parto y luego seguían la misma rutina que el primer grupo. Ambos grupos eran similares en características: primíparas, entre 18 y 25 años, embarazos normales y con pareja estable; la única diferencia fue la oportunidad de contacto íntimo al nacer (Pinto, 2007).

Los resultados fueron notables: a los seis meses, los bebés del primer grupo pesaban en promedio 490 gramos más y la mayoría mantenía lactancia materna exclusiva. Al año, mostraron un mejor desarrollo psicomotor y menor incidencia de infecciones y consultas médicas, mientras que el segundo grupo presentó más problemas de salud durante el primer año de vida. Estos hallazgos sugieren que existe un período sensitivo durante el cual se inicia el apego, y que las interacciones tempranas entre

madre e hijo son esenciales para establecer un vínculo seguro y saludable (Pinto, 2007).

Durante este período sensible, el recién nacido está preparado biológicamente para la interacción con su madre. Aunque en los primeros días duerme la mayor parte del tiempo, a los 3-5 minutos después del nacimiento entra en un estado de alerta que dura entre 40 y 60 minutos, siendo el más prolongado del primer mes de vida. Este estado de alerta permite que el bebé busque y se acerque al pecho materno, facilitando la lactancia y fortaleciendo el vínculo afectivo. Retirar al bebé de su madre durante este tiempo inicial priva a ambos de esta experiencia crítica, reduciendo la calidad e intensidad del apego (Pinto, 2007).

En esta primera interacción entre madre y recién nacido ocurren fenómenos fascinantes y esenciales para el vínculo afectivo. Inicialmente, la madre observa a su hijo a los ojos, y el bebé responde fijando su mirada en ella. Luego, la madre comienza a tocarlo suavemente, generalmente empezando por las manos, después los pies y finalmente el resto del cuerpo. Mientras tanto, le habla con una voz suave y de tonalidad alta, a la que el recién nacido responde con pequeños movimientos de cara y manos, demostrando que está atento y estableciendo comunicación directa (Pinto, 2007).

El llanto del bebé, lejos de ser un signo de malestar, cumple una función crucial: erecta los pezones maternos y estimula la producción de hormonas como la prolactina y la oxitocina. Se establece así una sincronía entre la cadencia del lenguaje materno y los movimientos del recién nacido. Cuando la madre acerca al bebé al pecho, este frota el pezón hasta que emerge la primera gota de calostro, rica en linfocitos T,

linfocitos B y macrófagos, que proveen al niño los anticuerpos necesarios para enfrentar la flora bacteriana de la piel materna (Pinto, 2007).

Estos primeros momentos son fundamentales para el inicio del apego. Se reconoce hoy un período sensitivo, en el que se dan los primeros pasos del vínculo madre-hijo, que se fortalece día a día hasta consolidar la relación más intensa y duradera de la vida humana. Gracias a este vínculo, la madre provee alimento y cuidado constante a su hijo, asegurando la supervivencia de la especie a lo largo de los últimos 200.000 años, incluso frente a condiciones adversas como períodos glaciales y grandes desastres naturales (Pinto, 2007).

Durante el parto, se recomienda la presencia del padre, siempre que haya sido previamente preparado e instruido. Es fundamental que la madre, salvo contraindicación médica (algo poco frecuente), pueda mantener contacto íntimo con su recién nacido al menos durante las tres primeras horas. En este tiempo, el bebé debe permanecer desnudo sobre el pecho materno, en contacto directo “piel con piel”, con la mayor privacidad posible. Este contacto permite que el recién nacido, mediante su olfato y sus movimientos naturales, se acerque al pecho, estimulando la salida de las hormonas prolactina y oxitocina. Estas hormonas son esenciales no solo para fortalecer el apego y favorecer la lactancia materna, sino también para contribuir a la prevención de hemorragias uterinas posparto (Pinto, 2007).

En el puerperio inmediato, lo ideal es que la madre no se separe de su hijo. Se recomienda que el recién nacido permanezca junto a ella, preferiblemente en una cuna adyacente a su cama, de manera que se pueda mantener contacto visual y táctil constante. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de supervisar que

se establezca correctamente el apego y la lactancia, aprovechando cada oportunidad para brindar orientación y apoyo educativo a los padres (Pinto, 2007). Cabe mencionar que este vínculo inicia en la etapa de gestación previa al nacimiento, desde la concepción se diría, incluso algunos dicen que desde que los padres deciden tener al hijo, donde se produce una mayor actividad en el nacimiento donde el niño lucha por adaptarse a nuevo ambiente y la madre comienza a adoptar conductas propias de la maternidad (Farcas et al. 2008).

El vínculo afectivo, es el lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida en un contexto de comunicación y desarrollo. Las funciones del vínculo son: (Duque, 2013).

- Mantener la proximidad con el cuidador.
- Provocar un sentimiento de seguridad que promueva la exploración.
- Regular las emociones.
- Promover estrategias frente al estrés
- Favorecer la sociabilidad

El vínculo es fundamental para el desarrollo ser humano por su gran repercusión emocional y comportamental del bienestar de la madre y su recién nacido, considerando las relaciones posteriores con cada miembro de la familia.

Klaus y Kennell (1978) proponen la hipótesis de que existe, inmediatamente después del parto, un periodo durante el cual el apego de la madre hacia sus hijos se desarrolla. Durante este periodo que tiene poca duración en minutos y horas estos lazos afectivos son fuerte entre madre e hijo y no se dan en cualquier otro momento de la vida del niño. Klaus y Kenell para fundamentar su teoría se basaron en las investigaciones

sobre el apego de los animales. Sus reflexiones se sustentaron por las numerosas observaciones a las madres que tenían niños de larga estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos (Duque, 2013).

Teoría sobre el Vínculo afectivo

1. **Teoría del impulso secundario.** Considera la relación afectiva del niño como un proceso secundario, condicionado por otros impulsos primarios más básicos y originales, por lo que el hecho de que él bebe se interese por la madre y cree con ella un vínculo se debe a que satisface sus necesidades, con lo cual aprende a que ella es una fuente de gratificación. Esta teoría es defendida por los psicoanalistas, se ha demostrado en diversos estudios del hombre y otras especies que la conducta del apego puede desarrollarse y dirigirse hacia objetos que no suministran esos refuerzos.
2. **Teoría de la conducta instintiva:** postula que el vínculo afectivo que une al niño con su madre es producto de la actividad de una serie de sistemas de conductas en los cuales la proximidad con la madre es consecuencia previsible. Los sistemas de conducta que el niño ´posee son: (reflejo prensor, de succión...). Conductas que manifiesta preferencia perceptiva por los estímulos sociales como la voz y el rostro humano, y por último señales de comunicación social (gestos, llanto, risa...). La madre también posee sistemas conductuales para el desarrollo del vínculo afectivo: tendencia a establecer un contacto piel con piel con su bebe interacciona en un nivel no verbal, contacto frente a frente. Las necesidades biológicas son resueltas en un contexto más global de besos, caricias, palabras suaves. En la especie humana el bebé nace en un estado de gran inmadurez y su desarrollo es muy

lento, por eso es la especie en la que más tarda en aparecer la conducta del apego (Duque, 2013).

Recién nacido sano con apego normal:

- Está siempre contento.
- Mirada atenta, especialmente con su madre.
- Se calma en brazos de su madre.
- Buena succión y deglución.
- Manifiesta su hambre y plenitud.
- Adquiere un patrón de alimentación regular.
- Sin cólicos.

Este vínculo materno se logra expresar en un binomio que se da a través de las emociones y manifestaciones tanto verbales como gestuales, y otros signos que se logran desarrollar por la cercanía física. Este vínculo como se ha dicho antes en la preconcepción y logra un desarrollo más consistente a partir del nacimiento. Por otro lado, se ha llamado como “periodo sensible materno” a la etapa donde el padre y la madre logran relacionarse con su hijo donde entran en un íntimo contacto, considerando acciones afectivas como los besos, las caricias, el arrullo y el observar detenidamente al niño(a) (Mite, 2017).

Asimismo, el vínculo materno afectivo se desarrolla por una interacción entre las respuestas innatas del recién nacido ante las conductas que la madre comienza a experimentar. Esta interacción comienza desde que se presenta un contacto piel con piel entre la madre y el niño, donde las miradas hacen se cruzan más aun en el momento de la lactancia materna. Es en este momento que el recién nacido empieza

a entender las diferencias entre las personas que lo cuidan o lo acompañan siempre, de forma posterior presentara una preferencia por la persona que más lo cuida y satisface sus necesidades, con el cual se sentirá contento y presentara una discordancia en la ausencia de esta persona en este caso la madre con el cual establece los parámetros del vínculo afectivo entre la madre y el niño (Marriner y Raile, 2011).

En la Región Murcia, España, “todos los hospitales están obligados a garantizar que los bebés que permanezcan con la parturienta salvo por razones médicas justificadas”, Murcia es la primera comunidad en introducir por ley el contacto piel con piel tras el nacimiento. La reforma de su norma permite introducir el derecho del bebé recién nacido a no ser separado de su madre tras el parto hacer contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido (Vadillo, 2018).

Teoría de Avedis Donabedian.

Avedis Donabedian⁷ (1919-2000). Sus trabajos en el campo de la Salud Pública son una aportación gigantesca y en el ámbito de la calidad representaron el punto de inflexión en el desarrollo de una ciencia incipiente. Pero el Prof. Donabedian fue

⁷ Avedis Donabedian nació en el Líbano en 1919 y estudió en la escuela cuáquera de Ramala. Su padre fue médico y él siguió sus pasos y estudió medicina en la Universidad Americana de Beirut. Obtuvo su título en 1940, su maestría en 1944 y su primer puesto fue en el Hospital de la Misión Inglesa de Jerusalén. Luego, trabajó en la Universidad Americana de Beirut, convirtiéndose en médico de la universidad. En la década de 1950, se mudó a Estados Unidos para estudiar epidemiología y servicios de salud en Harvard. Se graduó en 1955 y ahí permaneció desde entonces. De 1957 a 1961 fue investigador y profesor en el New York Medical College y luego pasó a trabajar en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan. En 1966 escribió el artículo que definiría y daría forma al trabajo de su vida: 'Evaluar la calidad de la atención médica'. Comenzó a explorar la calidad en las medidas de atención médica en tres áreas distintas: estructura, proceso y resultado. Posteriormente, escribió once libros y numerosos artículos sobre la calidad en la atención médica, incluyendo una trilogía de libros sobre calidad, evaluación y monitoreo. Falleció en Michigan, EE. UU., en el año 2000, dejando un legado y un gran impacto en la mejora de la calidad de la atención médica. A lo largo de su vida, Donabedian recibió numerosos premios y reconocimientos. Ganó el Premio Dean Conley en 1969, la Medalla George Welch en 1976 y el Premio de Investigación de Servicios de Salud de la Fundación Baxter en 1986 (Creighton, 2023).

muchas cosas más: mentor y guía para muchos, riguroso analista intelectual, enamorado de la lengua y las formas de expresión (hablaba y leía más de 7 idiomas), poeta y sobre todo un hombre de extraordinaria calidad humana, preocupado por los problemas de sus amigos y del mundo y que tendió puentes entre tendencias y culturas diversas. De origen armenio sus padres huyeron del genocidio a través del desierto nació en Beirut (Líbano) y se estableció en Jerusalén. Una nueva guerra le llevó a Estados Unidos, primero a Harvard y posteriormente a Ann Arbor (Michigan) donde desarrolló toda su carrera en la Escuela de Salud Pública (Donabedian, citado en Humet, 2001).

La definición de la calidad de la atención implica la especificación de tres factores:

1. El fenómeno que constituye el objeto de interés: Hay dos escuelas de pensamiento. La primera se limita al desempeño de un profesional o técnico de la salud o bien un grupo de ellos relacionados entre sí de una manera funcional en la atención de las personas que se han convertido en sus pacientes. La segunda presenta una visión más amplia e insiste en que el objeto de interés es un programa extenso o, incluso, un sistema de atención médica. Según este punto de vista, al juzgarse la calidad de la atención debe evaluarse no sólo lo que sucede a los que la reciben, sino también cuantas personas se encuentran privadas de ella (Donabedian, citado en Humet, 2001).

La evaluación también debe determinar si la distribución de atención médica, entre quienes la necesitan, permite que tanto los individuos como las poblaciones reciban el tipo de atención del cual se pueden esperar beneficios óptimos. En otras palabras, el acceso y otros aspectos de la distribución de los

recursos, así como los efectos externos, han llegado a convertirse en características fundamentales para evaluar la calidad. Sin embargo, hay que señalar que estas características no están totalmente ausentes de la perspectiva más restringida, ya que los factores que influyen en el acceso a la atención lo hacen también en la posibilidad de continuar siendo un paciente dispuesto a cooperar. Además, el problema de la distribución de recursos está relacionado con la forma en que los profesionales y técnicos distribuyen su tiempo entre los múltiples pacientes que demandan atención (Donabedian, citado en Humet, 2001).

2. Los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio, se distinguen dos aspectos. Uno es la aplicación del conocimiento médico y de la tecnología de forma que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente. El otro aspecto es el manejo de la relación personal con el paciente, que debe ser conforme a los principios éticos, a las convenciones sociales y a las expectativas y necesidades legítimas del paciente.
3. Los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor. Un atributo es el costo.

Enfoques de la evaluación según Donabedian:

La información a partir de la cual ciertas deducciones pueden ser sacadas acerca de la calidad de la asistencia puede ser clasificada en tres categorías: "estructura", "proceso" y "resultado" (Donabedian, 2001, p. S83).

- a. **Estructura:** La estructura implica las cualidades de los centros en los que la asistencia se produce. Esto incluye las cualidades de los recursos materiales (como

facilidades, equipamiento y dinero), de los recursos humanos (número y cualificación del personal), y de la estructura organizativa (como la organización del equipo médico, métodos de control de calidad y métodos de reembolso) (Donabedian, 2001, p. S83).

b. **Proceso:** El proceso implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia.

Incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia y las actividades del facultativo al hacer el diagnóstico y recomendar o ejecutar un tratamiento (Donabedian, 2001, p. S83).

c. **Resultado:** El resultado implica los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población. Las mejoras en los conocimientos del paciente y los cambios en su comportamiento sanitario se incluyen en una definición amplia del estado de salud, al igual que el grado de satisfacción del paciente respecto de la asistencia (Donabedian, 2001, p. S83).

Este enfoque de la calidad, basado en tres dimensiones, parte de la idea de que todo está conectado: contar con una buena estructura crea las condiciones para que el proceso se desarrolle de manera adecuada, y un proceso bien realizado aumenta las posibilidades de obtener resultados positivos. Por ello, es fundamental reconocer y comprender esta relación antes de utilizar cualquiera de los componentes: estructura, proceso o resultado como medida para evaluar la calidad (Donabedian, 2001, p. S83).

La actividad de la evaluación de la calidad no está específicamente pensada para establecer la presencia de estas relaciones. Debe haber un conocimiento anterior de la relación entre estructura y proceso, y entre proceso y resultado, antes que la evaluación de la calidad pueda ser realizada (Donabedian, 2001, p. S83).

Este planteamiento solo es posible cuando la estructura está bien organizada, ya que esto facilita que el proceso se desarrolle de manera adecuada, y a su vez, un buen proceso aumenta las probabilidades de obtener resultados favorables. Por ello, antes de utilizar cualquiera de los tres elementos: estructura, proceso o resultado, para evaluar la calidad, es indispensable comprender cómo se relacionan entre sí. La evaluación de la calidad no busca, por sí misma, descubrir si estas conexiones existen; se requiere contar de antemano con el conocimiento de cómo la estructura influye en el proceso y cómo este repercute en los resultados. En este sentido, el concepto de calidad se sostiene en dos aspectos clave: por un lado, la capacidad de definir y valorar el estado de salud, así como los cambios que puedan producirse en él; y por otro, la manera de entender la atención médica en función de un producto o intervención específica, expresada a través del estado de salud que se espera alcanzar (Humet, 2001).

Evaluación de la tecnología y calidad, según Donabedian:

Se distinguen tres grupos de actividades: evaluación de la calidad, monitorización de la calidad y garantía de la calidad.

- a. La evaluación de la calidad puede entenderse como una función investigativa cuyo fin es conocer qué tan presente está la calidad, cómo se distribuye y de qué manera se ve influenciada por factores como la sociedad, las instituciones, los profesionales de salud y las características de los pacientes. En este sentido, se asemeja a una forma de epidemiología, pero no enfocada en la enfermedad o en la salud directamente, sino en la manera en que estas son gestionadas. Esta perspectiva permite identificar dos ámbitos principales: “por un lado, cómo varía

la calidad entre los profesionales de la salud, y por otro, cómo se refleja en quienes reciben la atención” (Donabedian, 2001, p. S89).

- b. La monitorización de la calidad es una función administrativa. “Su intención es obtener información continua de la práctica del sistema sanitario, con el objeto de determinar si está obteniendo sus objetivos y en caso de no ser así determinar las causas de error, realizar las correcciones oportunas y verificar su éxito” (Donabedian, 2001, p. S89).
- c. La garantía de calidad, considerada como monitorización de calidad. “Sin embargo, en un sentido más amplio, se trata de la suma total de todo lo que hace la sociedad para salvaguardar y incrementar la calidad. Incluye la formación médica, la clasificación y organización de los recursos asistenciales, la financiación sanitaria, el mecanismo legal que regula la prestación y recepción de la atención, etc.” (Donabedian, 2001, p. S89).

La evaluación de la calidad puede provenir de un concepto más amplio de la salud, que involucre a la salud psicológica, la intervención social y la evaluación tecnológica. Esta evaluación de la calidad tiene como objetivo evaluar la atención recibida de individuos y comunidades, así mismo también la evaluación tecnológica.

En el sector de la comunidad, ambas formas de evaluación tienen un solo objetivo de garantizar la calidad total de la atención y de la salud. Además, buscan que estos beneficios lleguen a todas las personas, procurando que su distribución sea justa y equitativa, según los principios igualdad y equidad que la sociedad defiende y valora (Donabedian, 2001, p. S90).

En la evaluación de tecnología, los resultados se utilizan para determinar las consecuencias de las variables estructurales y del proceso. En la evaluación de la calidad, los resultados se utilizan únicamente para sugerir que la asistencia previa es buena o no tan buena, aceptando lo que ya se conoce acerca de la capacidad de la atención en influir sobre el resultado (Donabedian, 2001, p. S91).

Según Donabedian (2001) **La evaluación de la tecnología** tiene 3 parámetros de medición con los que se establecen los criterios y estándares de atención:

- a) El primero son los modelos matemáticos, este método usa información conocida que se complementa por opiniones de expertos y es capaz evidenciar rutas inesperadas hacia una atención eficaz y eficiente. Este modelo facilita la evaluación de la calidad actual e indica el camino para futuros estudios.
- b) El segundo método, son las observaciones sistemáticas, con ello se generan criterios y estándares bien diseñados de hechos que se producen en el mundo, aquí el objetivo es que trabaje el aparato de la epidemiología científica. La información encontrada es nueva y a veces con algunas dudas, debido a que no se pueden controlar totalmente los factores que pueden influir en los resultados.
- c) El tercer método, son los ensayos experimentales, que consisten en obtener criterios y estándares de atención. Obtiene las evidencias justificables, dispersando y controlando aleatoriamente los efectos de los errores de medición y de otras variables concurrentes que puedan influir en los resultados.

Estos tres métodos pueden considerarse como las principales herramientas de la “evaluación primaria de la tecnología”. Existen otras herramientas que se usan en un nivel “secundario”. Uno de ellos es el metaanálisis, este recoge información de las evaluaciones primarias. Otro es la formulación de consenso, este usa la opinión de los

expertos complementándose con los hallazgos de los metaanálisis o con revisiones bibliográficas menos formales para hacer una aproximación correcta del estado de la tecnología; este puede emplear distintos métodos formulados con mayor o menor rigurosidad, como la técnica Delphi o la técnica nominal de grupo (Donabedian, 2001).

Al usarse como base de criterios y estándares de la evaluación de la calidad, la evaluación de la tecnología tiene como objetivo medir: la eficacia, efectividad y la eficiencia. La eficacia se evalúa estudiando las consecuencias de elementos de asistencia específicos, mediante condiciones de control estricto, diseñadas para aproximarse lo más posible a los ideales. La efectividad es determinada por evidencias de los resultados incluyéndose las imperfecciones de implementación propia de la práctica de la vida cotidiana. La eficiencia evalúa la relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos, es decir entre costes y consecuencias (Donabedian, 2001).

Donabedian considera que la atención médica consiste en la combinación de una serie de actividades realizadas sobre una persona o grupo para el logro de determinados objetivos. Dichas actividades estarán normalizadas por expertos (visión técnica), en conjunto entre expertos y pacientes (visión individualista), o en conjunto con un grupo o sociedad (visión social). A esta combinación de actividades se les puede llamar “procesos” de atención. A su vez se requiere que cada proceso se realice de manera estandarizada e interconectada, de tal manera que las leyes, normas, y demás elementos que organizan el sistema garanticen el funcionamiento de acuerdo con estándares recomendados. Entonces uno de los elementos clave para poder evaluar la

calidad de la atención requiere identificar la adecuada implementación de los procesos necesarios para obtener los máximos beneficios y los menores riesgos (Humet, 2001).

Otro enfoque importante para la evaluación de la calidad se refiere a los elementos que hacen posible el desarrollo de los procesos. A la evaluación en cantidad y adecuación de estos elementos se denomina enfoque de “estructura”. Se entiende que la suficiencia y adecuación de estos elementos aumenta las probabilidades de llevar a cabo los procesos necesarios para una buena calidad de la atención. Pero además de evaluar la cantidad y adecuación de elementos estructurales debe certificarse su estabilidad en el tiempo. Por otro lado, de acuerdo con la visión de la calidad subyacente, es necesario evidenciar la adecuación técnica de los recursos, la aceptación por parte de los pacientes y su distribución entre los diferentes grupos sociales (Humet, 2001).

Al respecto, el enfoque social plantea que, para una población determinada con un perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico definido, corresponde una estructura de recursos (financieros, humanos, físicos y tecnológicos) específica, que garanticen la posibilidad de cubrir sus necesidades. Por último, se ubica el enfoque de “resultados”, donde se trata de obtener evidencia del cambio entre una situación de salud y otra, producto de la atención médica. Nuevamente, estos resultados se plantean en función de la perspectiva de la calidad elegida, (técnica, individualista o social). Si es la técnica, se esperan resultados en el estado de salud con evidencias objetivas o subjetivas; si es la individualista, a lo anterior se deberán incorporar aspectos relacionados con la satisfacción del paciente; y si la dimensión elegida para evaluar la calidad es la social, se deberán incorporar elementos que permitan medir el impacto de las acciones sobre un grupo de individuos (Humet, 2001).

En consecuencia, a la hora de evaluar la calidad de atención, de acuerdo a la perspectiva elegida, se debe considerar el tipo de procesos que se deben implementar para el logro de los mayores beneficios y menores riesgos; luego buscar evidencias de la existencia, cantidad, calidad y continuidad de los elementos de la estructura que permitan la realización de dichos procesos; por último de acuerdo con lo que se desea medir deben definirse los resultados que se desean obtener a fin de diseñar la mejor manera de convertirlos en objetivos observables. De lo enunciado hasta aquí se concluye que si la estructura de recursos es la deseada (según la población objetivo) y los procesos se dan de manera homogénea y de acuerdo con lo planeado, los resultados deberán ser los óptimos. De esta forma se separan claramente las dimensiones de la calidad técnica que pueden ser evaluadas de forma singular (Humet, 2001).

Los siete pilares de la calidad, según Donabedian:

Los siete pilares, sus siete caras o sus siete atributos, en los que sustenta la calidad y por los que se lo conoce y juzga a continuación se describen:

Eficacia: “Eficacia es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables” (Donabedian, 2001, p. S96).

Efectividad: “es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana” (Donabedian, 2001, p. S96).

Eficiencia: “La eficiencia no es más que el coste que representa cualquier mejora en la salud. Si existen dos estrategias de asistencia igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente” (Donabedian, 2001, p. S97).

Optimización: “La optimización se convierte en un tema importante cuando los efectos de la atención no se valoran en términos absolutos, sino relativos al coste de la asistencia” (Donabedian, 2001, p. S97).

Aceptabilidad: Es “la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Los pacientes tienen unas expectativas acerca de los efectos de la asistencia sobre su propia salud y bienestar, y la manera de conseguir estos efectos. Podemos decir pues, que, en gran medida, la aceptabilidad depende de las valoraciones subjetivas del paciente en cuanto a efectividad, eficiencia y optimización- aunque no de manera absoluta” (Donabedian, 2001, p. S97).

Accesibilidad: “Para los potenciales pacientes, la capacidad de obtener asistencia cuando se requiere y obtenerla de manera fácil y apropiada, es un factor importante de la calidad” (Donabedian, 2001, p. S98).

Legitimidad: “en un ámbito social, además de la preocupación de los individuos, existe también la responsabilidad por el bienestar general. Por consiguiente, lo que algunos individuos o sus médicos podrían considerar como la mejor atención, es distinto del bien común” (Donabedian, 2001, p. S99).

Conformidad con las preferencias sociales según se expresan en los principios éticos, valores, normas, leyes y reglamentos.

Equidad: “Equidad es el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. La equidad forma parte de aquello que hace que la atención sea aceptable y socialmente legítima para los individuos”. La equidad como atributo de la asistencia es tan importante que se merece figurar como un "pilar" aparte de la calidad” (Donabedian, 2001, p. S99).

Dimensiones de la calidad:

Avedis Donabedian, es reconocido como el padre de la calidad, considera 3 dimensiones: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establece entre proveedor – usuario y el contexto o entorno de la atención.

a) **Dimensión técnica científica:** indica a los aspectos técnicos científicos de la propia atención, se caracterizan por:

- **Efectividad**, “referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población” (CEP, 2008).
- **Eficacia**, referida al logro de los objetivos en la prestación de servicio de salud a través de aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas (CEP, 2008).
- **Eficiencia**, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados (CEP, 2008).
- **Continuidad**, prestación ininterrumpida del servicio sin paralizaciones o repeticiones innecesarias (CEP, 2008).
- **Seguridad**, la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario (CEP, 2008).
- **Integralidad**, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante (CEP, 2008).

b) **Dimensión humana:** referida al aspecto interpersonal de la atención, y tienen las siguientes características:

- Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.

- Información completa, vez, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella.
- Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo válido para el usuario interno.
- Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios ético-deontológicos que orientan a la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

c) **Dimensión del entorno**, referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles: implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio (CEP, 2008).

Aunque durante muchos años se han identificado distintos elementos relacionados con la calidad, hoy existe un consenso creciente: los servicios de salud, en cualquier parte del mundo, deben ser efectivos, seguros y centrados en las personas. Para que realmente generen beneficios, es indispensable que sean también oportunos, equitativos, integrados y eficientes. Brindar una atención de salud de alta calidad significa ofrecer el cuidado adecuado, de manera coordinada, considerando siempre las necesidades y preferencias de los usuarios, y reduciendo al mínimo tanto los riesgos como el uso innecesario de recursos. En última instancia, la atención de calidad busca aumentar las probabilidades de lograr resultados positivos en salud. Esto implica reconocer que la mejora de la calidad no es un estado fijo, sino un proceso continuo de crecimiento y perfeccionamiento. Sin importar el nivel económico de un país,

siempre que exista margen para mejorar los resultados en salud, habrá también oportunidades para elevar la calidad de la atención (OMS, 2025).

La teoría del cuidado transpersonal de Watson

La teoría de Jean Watson⁸, la Teoría del Cuidado Humano, “se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador” y “Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería”. “Esta teoría creada entre los años 1975 y 1979, surgió con el objetivo de cambiar de un paradigma técnico a otro centrado en el cuidado a la persona” (Muñoz et al., 2009).

La filosofía de Jean Watson, “sostiene que el Cuidado Humano comprende; un Compromiso Moral (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona)”. “El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado

⁸ Nació en Virginia Occidental. Inició su carrera en la Escuela de Enfermería Lewis Gale finalizando sus estudios de pregrado en 1961. Obtuvo luego un Bachelor of Science en Enfermería (1964) en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría (1966) en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial (1973) en la Graduate School del Campus de Boulder. En 1980, Fundó el Center for Human Caring en Colorado y fue Fellow de la American Academy of Nursing. Creó una entidad sin fines de lucro, el Watson Caring Science Institute, parte del International Caritas Consortium. Obtuvo ocho doctorados y 15 títulos honoríficos, 12 de ellos de universidades internacionales: Suecia, Perú, Turquía, Japón y Canadá. Fue autora de 12 libros y coautora de 9 libros de su especialidad (Raile,2022).

brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes con relación al cuidado humanizado” (Muñoz et al., 2009).

El cuidado humanizado basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento (Gonzales, 2009).

El cuidado de los pacientes es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal (enfermera-paciente). Por esta razón el trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos, que contribuyan a mejorar la calidad de atención. El cuidado es la esencia de Enfermería, constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación (Poblete, 2007).

Es muy importante conocer los 10 factores de cuidados, con el objetivo de proporcionar la coherencia necesaria a los procedimientos hospitalarios. Cuando se ofrece un cuidado transpersonal, se crea una conexión intersubjetiva entre enfermera y paciente, creando una armonía entre cuerpo, mente y alma, de la que depende la salud del paciente (Orenga, 2018).

10 factores de cuidados originales de Watson:

1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores, esto se aprenden pronto en la vida, y pueden ser influenciado por las enfermeras, educadores. Así mismo se obtiene satisfacción cuando uno mismo le da sentido (Watson, citado en Marriner y Raile, 2011).
2. Inculcación de la fe-esperanza, aquí se aplica los valores humanísticos y altruistas, promocionando un cuidado enfermero holístico, positivo en la población de pacientes. Así mismo describe la interrelación eficaz de la enfermera paciente cuando promueve su bienestar de este, facilitándolo que adopte conductas a favor de la salud (Watson, citado en Marriner y Raile, 2011).
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, “El reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, éstos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás” (Watson, citado en Marriner y Raile, 2011).
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza, este factor es muy importante para el cuidado transpersonal, porque fomenta y acepta las expresiones de los sentimientos positivos y negativos. Así mismo involucra a tener coherencia, empatía, acogida no posesiva y una comunicación eficaz. “La coherencia implica

ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales” (Watson, citado en Marriner y Raile, 2011).

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. “El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás” (Watson, citado en Marriner y Raile, 2011).
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones. “El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización” (Watson, citado en Marriner y Raile, 2011).
7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal. “Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación”. Permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso de enseñanza-aprendizaje y permite a los pacientes realicen su autocuidado, así mismo según sus necesidades

personales establecen oportunidades para su propio crecimiento (Watson, citado en Marriner y Raile, 2011).

8. Promoción del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual. Las enfermeras tienen que conocer la influencia del entorno interno y externo que repercuten en la salud y la enfermedad de los individuos. Las definiciones relevantes para el entorno interno: el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas: la comodidad, privacidad, seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables (Watson, citado en Marriner y Raile, 2011).
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas. La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango (Watson, citado en Marriner y Raile, 2011).
10. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La autoactualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal. Permisión de fuerzas existenciales - fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a las personas a comprender estos fenómenos. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos (Watson, citado en Marriner y Raile, 2011).

Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás. Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida (Watson, citado en Marriner y Raile, 2011).

Watson basó originalmente su teoría para la práctica de la enfermería en 10 factores de cuidado. Desde la publicación inicial de la teoría, los factores han evolucionado hasta convertirse en lo que ahora se describe como los 10 procesos de caridad, que incluyen una dimensión claramente espiritual y la evocación manifiesta del amor y el cuidado (Watson, 2008, 2018, citado en Raile, 2022). Un cambio esencial del cuidado a la caridad explica la conciencia de la caridad, definida como «conciencia e intencionalidad», y que constituye la base de la enfermera caritativa (Watson, 2008, p. 43). Watson ha descrito y resumido cada proceso de caridad, en una palabra, según se presenta en las siguientes descripciones (Watson, 2018, citado en Raile, 2022). (Los factores de cuidado originales y la interpretación del proceso de caridad.) Ver anexo N° 01.

1. Mantenimiento de los valores humanistas-altruistas mediante la práctica del amor-bondad, la compasión y la ecuanimidad hacia uno mismo y los demás (aceptar). Los valores humanistas y altruistas se aprenden en las primeras etapas de la vida, pero pueden verse muy influidos por los profesores de enfermería y la experiencia clínica. Este proceso puede definirse como una satisfacción a través de la entrega y a ampliación del sentido del yo, y una mayor comprensión de la repercusión del

amor y el cuidado sobre uno mismo y sobre los demás (Watson, 2008, 2017, citado en Raile, 2022).

2. Estar auténticamente presente; posibilitar la fe, la esperanza y el sistema de creencias; hacer honor al mundo interior subjetivo y vital de uno mismo y de los demás (inspirar) Este proceso, que incorpora valores humanistas y altruistas, facilita la promoción de los cuidados de enfermería holísticos y de salud positiva en la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera en el desarrollo de una interrelación eficaz entre la enfermera y el paciente y en la promoción del bienestar, ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud (Watson, 2008, 2017 citado en Raile, 2022).
3. Ser sensible a uno mismo y a los demás mediante el cultivo de prácticas espirituales propias, más allá del ego propio, hacia la presencia transpersonal (confiar) El reconocimiento de los sentimientos conduce a la autorrealización a través de la autoaceptación, tanto por parte de la enfermera como del paciente. Cuando las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, se hacen más genuinas, auténticas y sensibles a los demás. La enfermera también va más allá de los sentimientos en una exploración permanente de los valores personales y los sistemas de creencias con el objetivo de mejorar la atención plena en las acciones de cuidado (Watson, 2008, 2017 citado en Raile, 2022).
4. Desarrollo y mantenimiento de relaciones de cuidados y confianza con cariño (crianza) El desarrollo de una relación de ayuda y confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para los cuidados transpersonales. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos.

Implica congruencia, empatía, calidez no posesiva y comunicación eficaz. La congruencia se basa en ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad de experimentar, y en consecuencia comprender, las percepciones y sentimientos de la otra persona y comunicarle esta comprensión. La calidez no posesiva se demuestra con un tono moderado de la voz, una postura abierta y relajada, y expresiones faciales, congruentes con las demás comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuesta cognitivos, afectivos y conductuales (Watson, 2008, 2017 citado en Raile, 2022).

5. Permitir la expresión de sentimientos positivos y negativos: escuchar verdaderamente la historia de otra persona (perdonar) Compartir los sentimientos es una experiencia que obliga a asumir riesgos tanto a la enfermera como al paciente. La enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos o negativos, y debe reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación son diferentes (Watson, 2008, 2017 citado en Raile, 2022).
6. Resolución creativa de problemas: «búsqueda de soluciones» a través del proceso de cuidado, el uso pleno de uno mismo y el arte de las prácticas de cuidado y curación mediante el uso de todas las formas de conocer/estar/hacer/ser (profundizar) El proceso de la enfermería requiere la aplicación de varias formas de conocimiento, incluido el «creativo, intuitivo, estético, ético, personal e incluso espiritual». Este proceso se aleja significativamente de una perspectiva singular del conocimiento científico como esencial para la práctica de la enfermería y obliga a la enfermera a utilizar el conocimiento de forma creativa en la práctica de la enfermería caritativa (Watson, 2008, 2017, citado en Raile, 2022).

7. Participar en la enseñanza y el aprendizaje transpersonales en el contexto de una relación de cuidados, manteniéndose dentro del marco de referencia de los demás (equilibrar) Este proceso es esencial para diferenciar la enfermería de los cuidados y alejarla del enfoque curativo de la medicina. Permite al paciente estar informado y deriva la responsabilidad sobre el bienestar y la salud hacia el paciente. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen su autocuidado, determinen sus necesidades personales y tengan oportunidades de crecimiento personal (Watson, 2008, 2017, citado en Raile, 2022).
8. Creación de un entorno curativo a todos los niveles, un entorno sutil para una práctica de cuidados enérgica y auténtica (crear conjuntamente) Las enfermeras deben reconocer la influencia que tienen los entornos internos y externos en la salud y la enfermedad de las personas. Los conceptos esenciales para el entorno interno incluyen el bienestar espiritual y mental y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, otras variables externas son la comodidad, la privacidad, la seguridad y un entorno limpio y estético (Watson, 2008).
9. Contribuir con reverencia a necesidades básicas como los actos sagrados, en apoyo de la dignidad humana (ministrar) La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales propias y del paciente. Los pacientes deben tener satisfechas las necesidades de orden inferior antes de tratar de satisfacer las de orden superior. La alimentación, la defecación/micción y la ventilación son ejemplos de las necesidades de orden inferior de tipo biofísico, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades

de orden inferior a nivel psicofísico. Los logros y la pertenencia son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal-interpersonal de orden superior (Watson, 2008, 2017, citado en Raile, 2022).

10. Apertura y atención a los aspectos espirituales, misteriosos y desconocidos; permitir los milagros (abrir) Watson considera que este proceso es el más difícil de entender y se puede comprender mejor a través de sus propias palabras. «Nuestras mentes racionales y la ciencia moderna no tienen todas las respuestas a la vida y a la muerte ni a todas las condiciones humanas a las que nos enfrentamos; por tanto, tenemos que estar abiertos a los aspectos desconocidos que no podemos controlar, permitiendo incluso la entrada de lo que podríamos considerar un “milagro” en nuestra vida y nuestro trabajo. Este proceso también reconoce que el mundo subjetivo de las experiencias de la vida interna sobre uno mismo y los demás es en último término un fenómeno, un misterio insondable, que se ve afectado por muchos factores que nunca podrán ser explicados por completo.» (Watson, 2008, p. 191).

Fundamentos Teóricos:

Enfermera: para Watson, la enfermería es «los conocimientos, pensamientos, valores, filosofía, compromisos y acciones, con cierto grado de pasión» (Watson, 2008, p. 53). Las enfermeras están interesadas en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, en promover y restablecer la salud y en prevenir la enfermedad. La teoría de Watson pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, las tareas y las técnicas prácticas, el patrón de la enfermería, en contraste con el corazón de esta, que son aquellos aspectos de la relación enfermera-

paciente que dan lugar a un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal (Watson, 2005, 2012, citado en Raile, 2022). Los 10 procesos de caridad describen los cuidados esenciales que prestan las enfermeras. Una enfermera, al participar en los procesos de caridad, al encontrarse con el paciente en una relación transpersonal y al experimentar un momento de cuidado transpersonal, facilita que el paciente alcance o mantenga la salud o muera en paz (Watson, 2008).

Persona: Watson utiliza indistintamente los términos ser humano, persona, vida, personalidad y yo. Considera a la persona como «una unidad de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza» (1996, p. 147, citado en Raile, 2022), y dice que «la personalidad está ligada a la noción de que el alma posee un cuerpo que no está limitado por el tiempo y el espacio objetivos» (Watson, 1988, p. 45). Watson afirma: «Me propongo utilizar la mente, el cuerpo, el alma o la unidad dentro de una visión del mundo emergente en evolución: la conexión de todo» (Watson, comunicación personal, 12 de abril de 1994). La escritura y la visión de la humanidad de Watson hacen hincapié en la interconexión del yo, los demás y la fuente (Watson, 2008). Los escritos recientes de Watson (2017) se alinean con las visiones del mundo transformadoras unitarias, insistiendo aún más en «los humanos como seres espirituales completos, totalmente conectados y que evolucionan hacia la fuente con un campo infinito de conciencia universal y amor cósmico» (Watson, 2017, citado en Raile, 2022).

Salud: la definición de salud de Watson (1979) originalmente procedía de la establecida por la Organización Mundial de la Salud, como «el estado positivo de bienestar físico, mental y social con inclusión de tres elementos: 1) un alto nivel de funcionamiento físico, mental y social general; 2) un nivel general de adaptación-

mantenimiento para el funcionamiento diario, y 3) la ausencia de enfermedad (o presencia de esfuerzos que permiten que no se produzca)» (p. 220). Más tarde, definió la salud como «la unidad y la armonía dentro de la mente, el cuerpo y el alma», asociada al «grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado» (Watson, 1988, p. 48). Watson (1988) afirmó también que «la enfermedad no tiene siempre un matiz físico; [en su lugar se trata de] una falta de armonía o malestar subjetivo del yo o alma de la persona en algún nivel dentro de las distintas esferas que la conforman, es decir, el cuerpo, la mente o el alma, tanto consciente como inconsciente» (p. 47). «Aunque la enfermedad puede traducirse en un enfermar físico, no es necesario interpretar la salud y la enfermedad como un fenómeno continuo. Los procesos patológicos pueden ser consecuencia también de una vulnerabilidad genética o constitucional, y manifestarse cuando existe una falta de armonía. La enfermedad, a su vez, contribuye a una mayor pérdida de armonía» (Watson, 1988, p. 48).

Entorno: Watson hablaba del papel de la enfermera en el entorno como la «atención a los entornos mentales, físicos, sociales y espirituales de apoyo, protección y/o corrección» (Watson, 1979, p. 10, citado en Raile, 2022) dentro de los factores de cuidado originales. En trabajos posteriores amplía su visión del entorno y afirma que «la ciencia del cuidado no solo sirve para mantener a la humanidad, sino también el planeta... Pertenecemos a un mundo espiritual universal infinito de la naturaleza y de todos los seres vivos, que es el vínculo primordial entre la humanidad y la vida misma, a través del tiempo y el espacio, de las fronteras y de las nacionalidades». Afirma que «los espacios de curación pueden utilizarse para ayudar a otros a trascender a la enfermedad, el dolor y el sufrimiento», haciendo hincapié en la

conexión entre el entorno y la persona: «Cuando la enfermera entra en la habitación del paciente, se crea un campo magnético de expectativas» (Watson, 2003, p. 305, citado en Raile, 2022).

2.1. ANTECEDENTES

En el ámbito Internacional:

En Brasil, Fernándes et al. (2020) en su investigación “Factores asociados con el contacto inmediato piel a piel en una maternidad. Resultados: La incidencia del contacto inmediato piel a piel fue del 30% y se asoció con: profesional del parto que no es lo mismo que de la asistencia prenatal (OR 3.17; IC del 95% 1.52 -6.62), presencia de acompañante (OR 3.35; IC 95% 1.67-6.73) y parto normal (OR 15.59; IC 95% 7.50-32.41). Conclusiones: Es esencial fomentar el parto normal, sensibilizar a los profesionales y empoderar a las mujeres sobre el derecho del acompañante y el CPP, ya que esto minimiza las intervenciones en la primera hora, estimula el vínculo y promueve la LM”.

En Brasil, Melo et al. (2020) en su investigación “Contacto piel con piel y lactancia materna del recién nacido en un hospital universitario. Resultados: Inmediatamente después del nacimiento, el 60,1% de los recién nacidos (RN) tuvieron CPP y el 44,9% fueron estimulados a mamar. Después de los primeros cuidados, el 24,1% tuvieron CPP y el 69,3% fueron estimulados a mamar; el 47,7% de los RN no tuvieron CPP por no presentar buenas condiciones clínicas; el 79,2% de las mujeres no supieron informar el motivo de la falta de estímulo para la LM; el 58,5% de las mujeres recibieron orientación sobre CPP en el prenatal, y el 90,8%, sobre LM. Conclusión:

Consideramos que hay oportunidad de mejoría en los índices de CPP y de LM, considerando los beneficios de estas prácticas”.

En Brasil, Kuamoto et al. (2021) investigó “Contacto piel a piel entre madres y recién nacidos a término después del nacimiento: un estudio transversal. Resultados: El CPP se realizó en el 94,9% de los partos, con una duración media de 29 minutos. Los partos con perineo intacto demoraron más, los neonatos con Apgar 10, sin aspiración de vía aérea superior, asistidos por enfermera partera y con asistencia neonatal por residente de pediatría. Las variables que favorecen el apego al amamantamiento fueron integridad perineal, RN con buena vitalidad, sin aspiración de vía aérea superior y que recibió asistencia profesional para el apego al amamantamiento. Conclusión: el CPP se realizó en casi todos los partos, pero con menos tiempo del recomendado como mejor práctica”.

En Colombia, Castillejo et al. (2021) en su estudio “Práctica de la lactancia materna y factores asociados entre mujeres jóvenes y adultas en el Municipio de Envigado, Antioquia-Colombia. Resultados: La entrega del bebé a la madre inmediata o en la primera hora de vida (PHV) (83%), favorece la lactancia materna (LM) precoz (74%). La LM exclusiva (4,6 meses) y la total (12,6 meses) fueron similares en madres jóvenes (MJ) (<27 años) y madres adultas (≥ 27 años). En MJ tener al bebé hospitalizado ($p=0,00$), el número de hijos ($p=0,04$) y un embarazo planificado ($p=0,02$) predicen la LM en la primera hora de vida, exclusiva y total”.

En Arabia Saudita, Almutairi (2021) en la revisión de la literatura: Manejo fisiológico para la prevención de la hemorragia posparto, demuestran los hallazgos de esta

revisión que la práctica del CPP y la LM inmediatos durante la primera hora después del parto estos son mediadores centrales del proceso fisiológico.

En Chile, Astorga Escudero et al. (2021) llevaron a cabo una revisión bibliográfica en la revista *Pediatría Electrónica* que examinó los beneficios del contacto piel a piel (CPP) durante el periodo inmediato postparto. Este estudio encontró que el CPP mejora significativamente diversos indicadores de éxito de la LM, incluyendo: Aumento en la eficacia de la primera toma, mayor probabilidad de mantener la lactancia materna hasta los 4 meses, prolongación del periodo de lactancia, incremento en la probabilidad de LM exclusiva a los 6 meses y mayor frecuencia de lactancia que, indirectamente, reduce el riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal.

En México, Vargas-Luna et al. (2021) efectuaron un estudio transversal con 220 madres, evaluando la calidad percibida del contacto piel a piel y su relación con el inicio temprano de la lactancia. Reportaron que un 78% de las madres que calificaron el contacto como “muy satisfactorio” iniciaron la lactancia antes de los 30 minutos, en contraste con un 42% en las que refirieron baja satisfacción. El análisis multivariado indicó que la calidad del contacto es un predictor independiente del inicio precoz de la lactancia (OR = 2.4; IC95%: 1.6-3.8).

En Colombia, Agudelo et al. (2021) en el “ensayo clínico aleatorizado sobre el efecto del momento de inicio del contacto piel con piel al nacer, inmediato comparado con temprano, sobre la duración de la lactancia materna en recién nacidos a término”. Se estudiaron 297 recién nacidos: 148 recién nacidos en el grupo contacto piel a piel inmediato y 159 en el grupo de contacto piel a piel temprano. La duración media de la lactancia materna exclusiva en ambos grupos fue de 5 meses. No se observaron

diferencias entre los grupos en el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses ni en la duración de la lactancia materna exclusiva. Concluyeron que el porcentaje lactantes y la duración de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida fueron iguales en ambos grupos de intervenciones de contacto piel a piel. Dadas las barreras actuales para su implementación, los resultados de este estudio podrían tener un impacto positivo en el uso del contacto piel a piel al nacer, estandarizar la intervención y mejorar los indicadores de LM.

En Ecuador, Dueñas-Espín et al. (2021) en su estudio prospectivo “Educación sobre lactancia materna, contacto piel con piel temprano y otros determinantes fuertes de la LM exclusiva en una población urbano. Llegaron a la conclusión: “La educación prenatal sobre la LM, la autopercepción de una producción suficiente de leche materna y el contacto temprano piel con piel parecen ser fuertes protectores de la lactancia materna exclusiva entre las díadas madre-bebé ecuatorianas urbanas”.

En Brasil, Antunes y Texeira (2022) en su revisión exploratoria: El contacto piel a piel en el éxito de la lactancia materna. “El contacto piel a piel es un factor determinante en la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina”, así mismo refiere: “El contacto piel a piel es esencial para el inicio temprano de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva”.

En Colombia, Agudelo, Gamboa y Molina (2022) realizó un “análisis de costo efectividad del Contacto Piel a Piel al Nacimiento, Temprano vs Inmediato, en la Morbilidad Neonatal de Recién Nacidos de Bajo Riesgo. Concluyeron que el contacto piel con piel temprano es una intervención predominante. Desde una

perspectiva económica, el CPP inmediato es una intervención deseable para la prevención de enfermedades prevalentes en el recién nacido de bajo riesgo al nacer.

En Vietnam, Giang et al. (2022) investigó la prevalencia del contacto piel a piel precoz y su relación con la lactancia materna exclusiva durante la hospitalización. Los resultados: El 88,7% de las madres experimentaron contacto piel a piel con sus bebés justo después del nacimiento. Las madres que practicaron el contacto piel a piel, el 18,8% de los bebés tuvieron más de 90 min de contacto piel a piel y lograron la primera lactancia materna durante este tiempo. La prevalencia de lactancia materna exclusiva durante la estancia hospitalaria de maternidad fue del 46,7%. En relación con los bebés sin contacto piel a piel, la prevalencia de lactancia materna exclusiva fue mayor en los bebés que permanecieron en contacto piel a piel durante 15-90 min. Concluyen que cuanto mayor es la duración del contacto piel a piel, mayor es la probabilidad de lograr lactancia exclusiva en el hospital, por lo que se recomienda implementar intervenciones que promuevan un contacto piel a piel prolongado e ininterrumpido como estrategia clave para fortalecer la LM.

En Canadá, Bedford, Piccinini-Vallis y Woolcott (2022) en su trabajo científico “La relación entre el contacto piel con piel y las tasas de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses entre un grupo de madres en Nueva Escocia: un estudio de cohorte retrospectivo” concluyen que el CPP temprano está asociado a mayores tasas de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses de vida fortaleciendo la importancia de implementar esta práctica como estrategia de promoción de la lactancia.

En EE. UU., Kumaresan, Flink-Bochacki, Huppertz Morris (2022) en su investigación “Prevalencia y predictores del contacto piel con piel madre-hijo al nacer: hallazgos de un centro médico terciario de EE. UU”. Encontraron que la prevalencia de cualquier contacto piel con piel fue del 74% y del contacto piel con piel que cumplió con el estándar de atención de la OMS fue del 43%. Y otros factores neonatales que disminuyeron las probabilidades de CPP fueron la gestación múltiple. Llegando a la conclusión: La práctica del CPP inmediato después del parto vaginal no cumplió con el estándar recomendado. Las complicaciones neonatales y el menor nivel educativo materno redujeron aún más la prevalencia y la duración, lo que indica la necesidad de intervenciones educativas específicas para pacientes y proveedores.

En México, Sampieri et al., (2022) en su investigación “Influencia del contacto piel con piel en la lactancia materna: resultados de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica de México”. Encontraron: el CCP fue descrito por el 78,7% de las madres y se asoció con recibir una explicación sobre cómo dar leche materna o el pecho al bebé inmediatamente después del nacimiento con intervalo de confianza del 95%, iniciar la LM en la primera hora de vida IC 95% y una duración de la LM de ≥ 6 meses IC 95%. La duración de la LM, en días, fue mayor en el grupo con CPP que en el grupo sin CPP. Concluyendo que se debe facilitar el CPP inmediato e ininterrumpido entre los RN y sus madres. Se debe brindar apoyo a las madres para favorecer el CPP y el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida, idealmente a través de una explicación empática por parte de personal capacitado.

En África, Aboagye et al., (2023) investigaron el contacto piel a piel entre madre y recién nacido e inicio oportuno de la lactancia materna en África subsahariana.

Encontraron la prevalencia del CPP entre la madre y el RN fue del 45,68% y del inicio de la LM oportuna del 62,89%. Se evidenció que las madres que realizaron el CPP con el RN tuvieron una mayor probabilidad de iniciar oportunamente la LM en comparación con las que no lo practicaron. Concluyeron: La prevalencia del CPP fue relativamente baja, pero el inicio oportuno de la lactancia materna fue alto. Enfatizando que el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido es un factor esencial del inicio oportuno de la LM en África Subsahariana.

En España, Cotobal (2023) en el estudio “contacto piel a piel e inicio y éxito de la lactancia materna exclusiva”. Concluye que “se deben evitar rutinas hospitalarias que interrumpan el CPP, así como procurar que al alta hospitalaria la lactancia materna exclusiva este correctamente establecida”.

En Australia, Anderson et al., (2023) realizaron un ensayo clínico aleatorizado con 300 madres primíparas, comparando contacto piel a piel inmediato (≥ 60 min) versus diferido (30 min). Los resultados mostraron que el grupo de contacto inmediato presentó mayor tasa de succión efectiva en los primeros 60 minutos (82% vs. 54%), mejor regulación térmica y menor llanto. Recomiendan incorporar protocolos que prioricen un CPP prolongado.

En Ecuador, Erazo, Jara y Moran (2024) en su estudio descriptivo transversal: “Apego precoz, situación actual del Hospital Metropolitano de Quito, Ecuador. Concluye: “se debe favorecer la continuidad del contacto de madre e hijo, poniéndose una sala exclusiva para este fin. Reforzar el conocimiento sobre apego de todo el

personal de salud y asignar una persona exclusiva para el cumplimiento de los pasos de apego precoz durante la primera hora de vida”.

En República Islámica de Mauritania, Sarfo et al., (2024) en su estudio evaluaron la “Prevalencia del inicio temprano de la LM y sus factores asociados entre las mujeres de Mauritania: evidencia de una encuesta nacional”. La prevalencia de inicio temprano de la LM fue del 57,3 %. Las madres que practicaban el CPP tuvieron mayor probabilidad de iniciar la LM tempranamente que las que no lo practicaban. Las probabilidades de inicio oportuno de la LM fueron menores entre las mujeres que tuvieron un parto por cesárea en comparación con las que tuvieron un parto normal. Concluyeron: La baja prevalencia del inicio temprano de la lactancia materna entre las mujeres de Mauritania se ve influenciado por Factores: el CPP entre la madre y el recién nacido después del parto, los partos por cesáreas y otros.

En México, Prian-Gaudiano, Horta-Carpinteyro y Sarmiento-Aguilar (2024) en su estudio “Relación entre el contacto piel con piel durante la primera hora de vida y la duración de la lactancia materna exclusiva” demostraron que los recién nacidos que recibieron contacto piel a piel en la primera hora de vida tuvieron mayor probabilidad de recibir lactancia materna exclusiva a los 3 y 6 meses de edad.

En Israel, Schlesinger, Hatiel, Hod y Shinwell (2024) en estudio observacional sobre “Un contacto piel con piel más prolongado después del parto mejora la calidad y la duración de la lactancia materna: un estudio de cohorte” concluyen “mantener el contacto piel a piel más de 45 minutos después del parto se asocia con una mayor calidad de lactancia y una duración prolongada”.

En Etiopía, Hussen, Kassa y Habtie (2024) realizaron un “Análisis multinivel del inicio temprano de la lactancia materna en Etiopía”. Siendo la prevalencia de inicio temprano de la lactancia materna del 72% y en donde el tipo de parto vaginal se asocia con una mayor probabilidad de inicio temprano de la lactancia materna.

En África, Lewis-Koku et al., (2025) en su revisión y metaanálisis” Inicio temprano de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva en países anglófonos y francófonos de África Occidental: revisión sistemática y metaanálisis de prevalencia. Se encontró que la prevalencia ponderada de inicio temprano de la lactancia fue del 51,7% en los países anglófonos y del 45,5% en los países francófonos. En relación con la lactancia exclusiva, la prevalencia combinada fue del 41,2% en los países anglófonos y del 30,1% en los francófonos. El estudio concluye que, aunque los niveles de EIBF y EBF tienden a ser más altos en los países anglófonos, las tasas globales en África Occidental aún son subóptimas, por lo que se requieren intervenciones sostenidas que promuevan estas prácticas para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2 y 3 en 2030.

En el ámbito Nacional:

En Lima, Cajacuri (2020) en su investigación “Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna”. Como principales resultados se cuenta que “el principal motivo para retrasar el inicio de una lactancia materna dentro de la primera hora de vida del neonato es la cesárea a la que fue sometida la madre. Así mismo como principal factor que contribuye al comienzo oportuno y temprano de una lactancia materna es el contacto de piel a piel entre la progenitora y el neonato. Y el

principal factor que afecta al mantenimiento de la lactancia es la actitud de la madre frente a la práctica, posteriormente se encuentra el retorno al trabajo y déficit de apoyo social y emocional, tanto de la sociedad como de la familia”.

En Lima, Cucchi y Cruzado (2020) investigaron: Beneficio del contacto inmediato piel a piel después del nacimiento para el logro y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en recién nacidos. Resultados: “de los 30 artículos analizados que formaron parte de la población del presente estudio, 10 fueron designados para conformar la muestra cuyas cualidades metodológicas son: metaanálisis, revisiones sistemáticas y estudios controlados aleatorizados. De los 10 artículos analizados sistemáticamente, el 100% (10) demuestran el beneficio que tiene el contacto inmediato piel a piel después del nacimiento en el logro y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los recién nacidos, con ello se demuestra no solo el beneficio de este procedimiento sino el impacto en la salud del binomio madre-hijo”.

En Cajamarca, Saldaña (2020) investigó: “Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio temprano de la lactancia materna. Hospital Regional docente de Cajamarca. 2019. encontrando que el tipo de parto es el único factor que se asocia al inicio temprano de la lactancia materna; mientras que el alojamiento conjunto y el contacto piel a piel, son los factores perinatales asociados a dicha actividad. Concluye, se llegó a comprobar la hipótesis propuesta, pues se encontró asociación significativa, entre el tipo de parto, alojamiento conjunto y contacto piel a piel con el inicio temprano de la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, según la prueba estadística de Chi cuadrado”.

En Ayacucho, Chávez y Dueñas (2021) en su investigación: “Contacto piel a piel y lactancia materna precoz en madres de recién nacidos del servicio de atención inmediata del Centro Salud Ocos – Ayacucho, 2021. Tuvo como resultados del 100% de madres de neonatos que participaron en el estudio, el 74.3% tuvieron contacto piel a piel inadecuado, de ellos el 48.6% tuvieron lactancia materna precoz y el 25.7% no iniciaron lactancia materna dentro de la primera hora de vida. El 25.7% tuvieron CPP adecuado los cuales iniciaron lactancia materna dentro de la primera hora de vida. En la dimensión oportunidad el 91.4% fueron puestos en el pecho materno inmediatamente después del parto, de ellos el 74,3% tuvieron lactancia materna precoz y el 17.1% no tuvieron lactancia materna precoz. Concluyendo: “Existe asociación del contacto piel a piel y la lactancia materna precoz de las madres y sus RN, en el estudio se observa un contacto piel a piel inadecuado, resaltando que a pesar de ello un buen número de neonatos iniciaron lactancia materna precoz”.

En Lima, Almeyda (2021) en su estudio “Asociación entre el contacto precoz piel a piel y las características de la lactancia materna en hijos de las mujeres en edad reproductiva del Perú, ENDES 2019”. El 83,3% de mujeres refirió que tuvo parto vaginal, además, el 68% de los hijos de las mujeres se les colocó en contacto precoz piel a piel, el 81% no inició la LM de forma precoz y el 71,6% recibió LM exclusiva. El 76,6% de las mujeres recibió alguna capacitación, y de ellas, el 84% la recibió en algún establecimiento del MINSA. Al 83,3% de mujeres les enseñaron a preparar los pezones y a 84,7% cómo dar pecho a su bebé. El 88,2% de los hijos de las madres que recibieron contacto precoz piel a piel, iniciaron precozmente la LM ($p<0,001$); y, el 71,8% de este mismo grupo recibieron lactancia de forma exclusiva ($p=0,563$).

Conclusión: El contacto precoz piel a piel se asocia con el inicio precoz de la LM, pero no con la lactancia materna exclusiva.

En Lima, Poves (2022) en el estudio del “Contacto piel a piel durante el posparto y sus beneficios en el desarrollo fisiológico y comportamental en recién nacidos durante la primera hora”: una revisión narrativa, Resultados: “La búsqueda identificó 115 estudios. Solo diez fueron incluidos por responder la pregunta de investigación. Se identificó que el CPP entre la madre y el neonato durante los primeros 60 minutos posparto permiten al recién nacido atravesar por nueve etapas instintivas, observándose un patrón de comportamiento innato y secuencial que permitirá el inicio temprano de la LM. Además, el CPP entre la madre y el neonato durante los primeros 60 minutos de vida permiten la activación del sistema oxitocinérgico neonatal y materno que influye de manera positiva en el desarrollo, estabilización y organización de los parámetros fisiológicos y sistemas del neonato y la puerpera”.

En Lima, Mendoza (2022) en su tesis “Características del contacto precoz y el inicio de la lactancia materna del recién nacido a término del C. M. I San José. Lima, Perú, 2022. obteniendo como resultados del análisis estadístico, que el 82% cumple de manera adecuada con las características del contacto precoz, la característica oportunidad solo el 82% logro cumplirla de manera adecuada, así mismo el 90% ha realizado de manera oportuna el inicio de la lactancia materna, se evidencia que no existe relación entre el contacto precoz y el inicio de la lactancia materna en los RN a término en el C.M.I San José Lima, Perú, 2022, sin embargo existe un inicio oportuno de la lactancia materna en los RN del C.M.I San José Lima, Perú – 2022”.

En Ayacucho, Meneses y Fidel (2023) “Satisfacción materna del contacto precoz piel a piel y su relación con el inicio temprano de la lactancia materna. Centro de Salud Los Licenciados. Enero - marzo, 2022”. Los resultados evidenciaron que el 91,3% de las madres se sintieron satisfechas con la experiencia del contacto piel a piel inmediato. En cuanto a las dimensiones específicas, se observó que el 88,8% reportó satisfacción en la dimensión humana, el 82,5% en la dimensión técnica y el 86,3% en lo relacionado con el entorno. Asimismo, se encontró que el 85% de las púerperas inició la lactancia materna de manera temprana, y que el 81,3% manifestó satisfacción con el contacto precoz piel a piel, lo que a su vez estuvo estrechamente vinculado con el inicio oportuno de la lactancia materna.

En Puno, Bonelly y Quispe (2023) en su estudio “Contacto piel a piel y lactancia materna precoz en púerperas del Centro de Salud Santa Adriana – Juliaca, 2023”. Los resultados indican que el 67,8% si cumple con el contacto piel a piel, el 32,2% no cumple con el contacto piel a piel, el 53,3% si inician con la lactancia materna precoz, el 46,7% no inicia con la lactancia materna precoz. En conclusión, se determinó que, si existe asociación significativa entre el contacto piel a piel y la lactancia materna precoz en púerperas del Centro de Salud Santa Adriana.

En Lima, Pareja y Ramos (2023) en su investigación: “Percepción del cuidado de enfermería y satisfacción de la madre sobre el contacto piel a piel, en el Hospital San Bartolomé – Lima 2023”. Siendo los resultados. Del total de madres que participaron en el estudio el 94% tienen satisfacción alta, el 4% satisfacción media y el 2% satisfacción baja. Según sus dimensiones: en la humana y entorno 98 % presentaron

satisfacción alta. Concluyeron que las madres presentan un nivel de satisfacción alta referente a la percepción del cuidado de enfermería durante el contacto piel a piel.

En Lima, Ortiz y Loayza (2023) en la investigación “Factores asociados al inicio temprano de lactancia materna entre mujeres peruanas”. Llegando a estos resultados: La prevalencia del inicio temprano de lactancia materna fue 49,6% y de los factores asociados tener dos hijos (ORa: 1,42), vivir en la región sierra (ORa: 1,73) y selva (ORa: 1,72), peso ≥ 2.500 (ORa: 1,96), mantener CPP (ORa: 2,15) y no tener parto por cesárea (OR: 9,21). Concluyendo que, para mejorar el inicio temprano de la LM, los proveedores de atención prenatal y los de salas de parto de los diferentes establecimientos de salud deben brindar más apoyo a las mujeres sin hijos y a las que viven en región costa. Asimismo, deben promover el CPP y por el contrario desalentar a las mujeres de una cesárea injustificada y de una alimentación pre-láctea.

Amazonas, López et al., (2024) en la revisión de artículos denominado “el poder del CPP en el mantenimiento de la lactancia materna” llegando a la conclusión que “el contacto piel a piel es crucial para una LM exitosa a la vez fomenta un vínculo afectivo solido entre la madre y su hijo. Promover esta práctica desde el nacimiento es esencial para mejorar la salud de la madre y del RN” (López, 2024, p. 1).

La Libertad, Miñano y Cisneros (2024) en su investigación “El contacto piel a piel como factor protector de la lactancia materna exclusiva en el Hospital Belén de Trujillo”, llegando a la Conclusión: “El contacto piel a piel por 60 minutos es un factor protector de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida de los niños”.

En Cajamarca, Sangay (2024) en su estudio “Contacto piel a piel y el inicio precoz de lactancia materna en recién nacidos atendidos en el centro de Salud Baños del Inca – Cajamarca, 2024”. Obteniendo los siguientes resultados: “El 70,6% de los recién nacidos tuvieron lactancia materna precoz de los cuales el 55,9% tuvieron contacto piel a piel adecuado, concluyendo que existe relación altamente significativa entre el contacto piel a piel y el inicio precoz de la lactancia materna”.

En Lambayeque, Tejada (2024) en su estudio “El contacto piel con piel desde las experiencias de madres atendidas en un centro de salud de Lambayeque, 2023”. Los resultados: Emergieron cinco categorías: sentimientos vividos por las madres durante el CPP, el CPP como primera y única experiencia, el CPP como propiciador del inicio del vínculo filial madre-niño, importancia del CPP para el inicio de la LM en la primera hora de vida y participación de las enfermeras durante el CPP. concluyendo: El CPP es una experiencia única, que genera sentimientos positivos en la madre como, emoción, felicidad y alegría, que conlleva a una sensación de alivio y tranquilidad vs nerviosísimo, además es un método que propicia el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida y el vínculo madre-niño, en el que, el profesional de enfermería tiene una participación importante.

En Cajamarca, Paredes (2024) en su investigación “Características del contacto piel a piel madre hijo y el vínculo afectivo materno, Hospital de Apoyo Cajabamba 2023”. Siendo los resultados: en la característica eficacia, en el 86 % de las madres observadas el CPP fue eficaz y el vínculo afectivo materno fue adecuado; en la característica continuidad el 80 % de las madres encuestadas el CPP es discontinuo y el vínculo afectivo materno es adecuado, así mismo en la característica de

oportunidad el 82 % el CPP es oportuno y el vínculo afectivo materno es adecuado y en la característica de privacidad el 81 % de madres si tuvo privacidad durante el CPP y el vínculo afectivo materno fue adecuado. Concluyendo que no existe relación entre las características del CPP y el vínculo afectivo materno, encontrándose un nivel de significancia de 0.05.

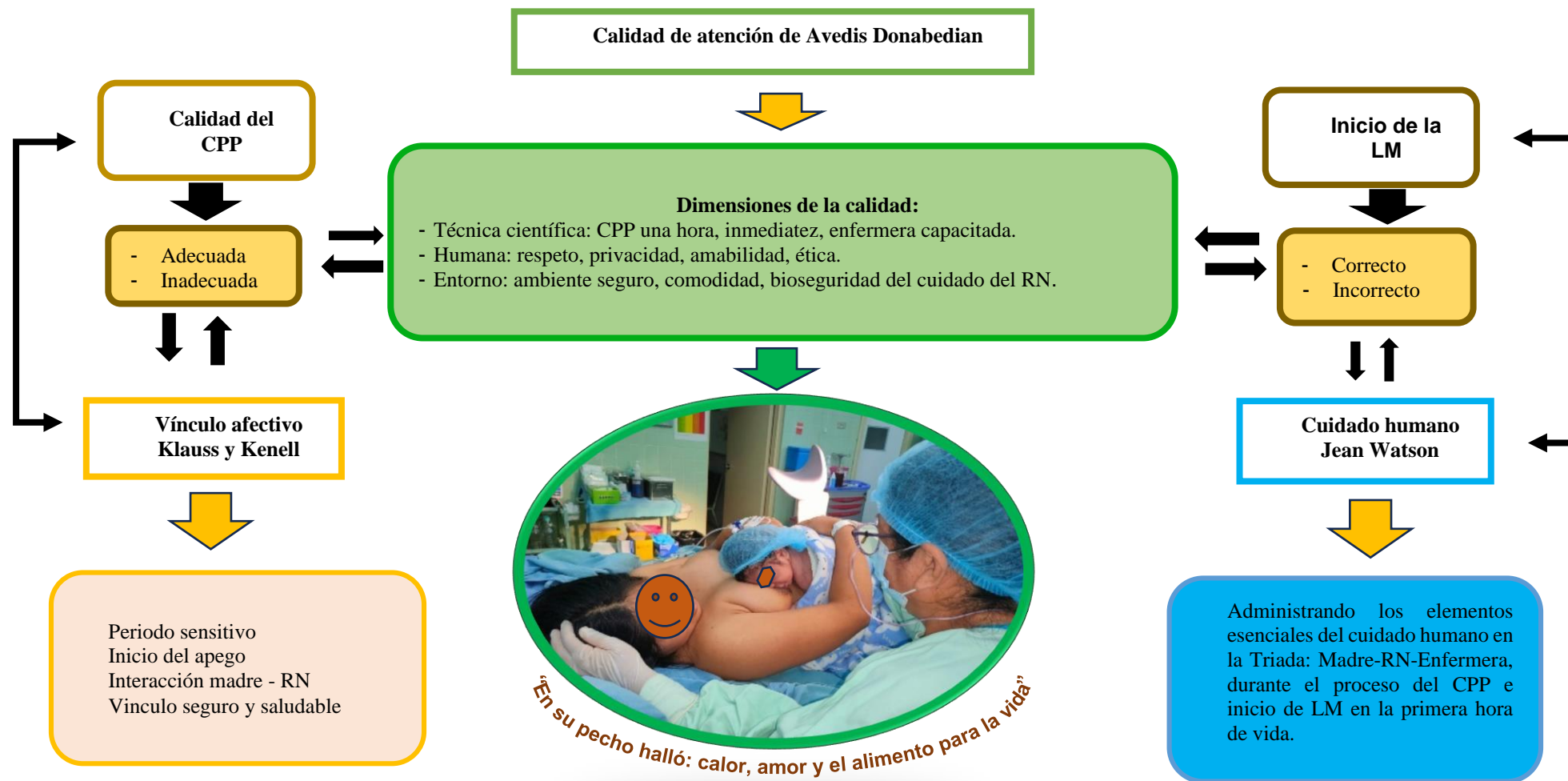
En Huánuco, Augusto, Salinas y Jesús (2024) en su trabajo científico: “Satisfacción de las madres del recién nacido en relación con el CPP con el inicio de la lactancia precoz en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari-Huánuco 2024”. Los hallazgos fueron: el 71.28% de las madres estudiadas tienen un nivel de satisfacción y una experiencia relativamente positiva, 67.82% de las madres experimentaron el CPP e inicio de la lactancia precoz siendo un resultado positivo para fomentar la LM y el vínculo afectivo. Concluyendo, que existe relación entre la satisfacción de las madres del RN en relación con el CPP e inicio de la lactancia materna precoz.

En el ámbito Local:

En Ancash, Cano (2019) en su estudio titulado “Calidad de atención de enfermería y satisfacción del usuario externo, servicio de Neonatología Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote – 2019”. Se empleó un enfoque cuantitativo, no experimental, con diseño transversal y descriptivo. La muestra incluyó 234 madres en trabajo de parto y púerperas inmediatas, a quienes se aplicó la encuesta SERVQUAL modificada (valoraciones de expectativas y percepciones), con consentimiento informado previo. Resultados: El 87,5 % de las usuarias estaba satisfecha con la atención de enfermería, superando el estándar del 60 %,

dejando una brecha de insatisfacción del 12,5 % —un nivel considerado aceptable (“verde”) según los criterios usados. Concluyendo que las usuarias están satisfechas con la calidad de atención brindada por las enfermeras que laboran en la unidad de la atención inmediata del recién nacido del servicio de Neonatología del Hospital Eleazar Guzmán Barrón (H.E.G.B.).

En Ancash, Carranza y Huamán (2024) en su investigación: “Contacto piel con piel y comienzo de la lactancia materna precoz del recién nacido en un hospital público. Chimbote, 2023”. Siendo los resultados: El 73.20% de los RN tuvieron un CPP adecuado y el 26.80 % inadecuado. El 70.40% de los recién nacidos iniciaron la lactancia durante la primera hora. Existe una asociación significativa entre el CPP y el comienzo de la LM.



Esquema de las teorías: Klaus y Kenell, Avedis Donabedian y Jean Watson; adaptado a la investigación de la “Calidad del contacto piel a piel e inicio de la lactancia materna”.

2.3. Marco conceptual

Cuidado:

En sus orígenes, el cuidado de enfermería se concebía principalmente desde una perspectiva higiénica y vitalista. Florence Nightingale (1859) lo definió como la acción de colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él, destacando la importancia del ambiente y la higiene en la recuperación. Años más tarde, Collière (1993) amplió esta mirada señalando que el cuidado es “actos de vida” orientados a mantener, preservar y desarrollar la vida, incluso en la enfermedad. Estos enfoques clásicos resaltan la función del cuidado como una práctica esencial para sostener la existencia humana y favorecer la recuperación natural.

En la actualidad, el cuidado de enfermería se entiende como una práctica más compleja que integra dimensiones sociales, culturales y espirituales. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2021) lo define como una atención autónoma y colaborativa que abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el acompañamiento en todas las etapas de la vida. Mientras que Leininger (1991) subraya que es un fenómeno universal, pero condicionado por los valores y creencias culturales. Así, los enfoques contemporáneos destacan que el cuidado no solo busca sanar, sino también respetar la dignidad y diversidad cultural de cada persona.

Jean Watson, en su Teoría del Cuidado Humano, sostiene que el cuidado de enfermería va más allá de lo técnico y lo biológico, ya que implica una relación transpersonal en la que la enfermera establece un vínculo profundo con la

persona, basado en la empatía, la compasión y la presencia auténtica. Según Watson (2008), este tipo de cuidado no solo busca la curación física, sino también favorecer la sanación interior, el crecimiento personal y el bienestar integral del paciente. De esta manera, el cuidado se convierte en un acto humano y espiritual que respeta la dignidad y la unicidad de cada persona (Watson, 2008). La enfermería se entiende como una disciplina que “abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se presta a personas de todas las edades, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas” (CIE, 2021).

Atributos del cuidado de enfermería (Colegio de Enfermeros del Perú [CEP], 2024):

- Constituye la esencia de la profesión, con una mirada global del ser humano; se debe considerar como un medio para lograr un fin que es propender a la salud de las personas.
- Se basa en el respeto a las personas enmarcado en un trato digno.
- Es intencional, es planificado y es dirigido.
- Es un proceso, tiene cinco etapas.
- Es un proceso interpersonal, transpersonal y profesional.
- Es de carácter personal, implica una interacción individualizada, directa e integral.
- Es competente, requiere preparación profesional.
- Se da en un contexto, involucra a la familia y al entorno, no es aislado
- Se desarrolla como agente terapéutico en el entorno salud – enfermedad

Naturaleza y el alcance de la “Gestión del cuidado enfermero”:

Con frecuencia el cuidado es invisible, como expresa Colliere (1986), cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente; son acciones concretas pero muchas veces invisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es muy limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige escucha, reflexión, apoyo, confort y educación. (citado en CEP, 2024, p. 28).

Susan Kérouac (1996) define la gestión del cuidado enfermero como "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud". Para Ibarra X (2006), Gestión del cuidado “es el punto de equilibrio, donde confluyen los conceptos, las teorías, los procesos, los principios y los elementos propios de cada área; es la búsqueda de posibles vías de acción para garantizar y proveer el cuidado, es la consolidación de una cultura efectiva dentro del sistema de salud y educación, puede ser visualizado cada día en los servicios asistenciales, donde el rol del enfermero profesional es preponderante para gestionar las actividades que permiten generar un funcionamiento óptimo en las unidades de trabajo” (citado CEP, 2024, p. 28).

Gestión de cuidado enfermero:

La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: la naturaleza de los cuidados, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone, la toma de decisiones y su aplicación basada en los conocimientos científicos, la adecuada utilización de la tecnología y la dotación de recursos humanos necesarios de acuerdo con la capacidad resolutive y a la normatividad legal existente. La gestión del cuidado, va dirigido al cuidado integral de la persona, involucra la visión integral de la persona, familia y contexto, la valoración del paciente los aspectos físico, mental y emocional, socio-cultural, espiritual y la garantía de sus derechos; “la evaluación de su entorno y los recursos con que se cuenta, el diagnóstico de enfermería, la planificación de cuidados holísticos, la ejecución y la evaluación de resultados, con la finalidad de obtener el mejor cuidado de enfermería posible en una persona o grupo de personas” (CEP,2024).

La gestión del cuidado es un proceso heurístico, creativo, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud” (Susan Kéroutac,1996). La heurística es un proceso, mediante el cual el cerebro realiza juicios, define una respuesta inmediata y toma decisiones rápidas para hacerle frente a una situación específica. Meleis (1989) señala que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que ofrecen las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería. (citado en CEP, 2024, p. 29).

El cuidado ético:

La ética constituye un eje transversal en toda práctica profesional de enfermería, pues orienta las razones y conductas que guían el ejercicio de la disciplina. Según Orrego Ortiz, la dimensión ética se traduce en la aplicación de principios y valores en el acto de cuidar. Menciona los principios: el amor, la compasión, el servicio y el respeto por la autonomía de la persona; destaca los valores como: el respeto, la amabilidad, la responsabilidad, la bondad y la honestidad. Mientras que la bioética aporta grandes principios que rigen el cuidado enfermero: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, los cuales guían y direccionan en la toma de decisiones e intervenciones en beneficio del paciente y su familia (CEP, 2024).

Cuidados de Enfermería en Hospitalización:

Conjunto de actividades asistenciales que realiza el enfermero(a) en áreas, unidades o servicios de internamiento de pacientes según el ámbito de su competencia y como parte del equipo de salud (CEP, 2024).

Cuidados de Enfermería en Neonatología:

Cuidados de enfermería especializados que el enfermero(a) acreditado brinda en la atención inmediata del recién nacido en el Centro Obstétrico o en sala de operaciones, en la supervisión del proceso de adaptación fuera del claustro materno en las áreas de cuidados transicionales, en alojamiento conjunto y en los servicios de hospitalización de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales (UCI neo-UCIN neo). En el área de cuidados transicionales se brinda cuidados al recién nacido estable con condiciones clínicas que no requieren hospitalización en los servicios de UCI Neo o UCIN Neo (CEP, 2024).

Calidad:

El concepto de calidad ha sido incorporado en el campo de la atención de la salud, por Avedis Donabedian, (1995) quien definió la calidad de atención como: “el conjunto de servicios que se espera maximizar para el paciente, minimizando los riesgos en el proceso de atención”. (citado en CEP, 2024, p. 20).

El concepto sobre calidad ha evolucionado y desde el surgimiento de la atención hospitalaria ha sido motivo de preocupación, debido a que las acciones son realizadas en el ser humano. Durante todo este siglo hasta principios de la década de los ochenta ha predominado la creencia de que una buena calidad está implícita en el propio ser del médico o la enfermera y que por ello no tenía mucho sentido hablar de calidad; se pensaba que la calidad es tan subjetiva que no es posible medirla y en consecuencia no tenía sentido enjuiciarla. Se creyó además que, a mayor cantidad de servicios, mayor calidad; es decir si se construyesen más hospitales con más médicos y más enfermeras, entonces eso era calidad (Ruelas y Morales, 1997).

La calidad debe ser el resultado de un reordenamiento de los diversos elementos que componen los sistemas, reforzando la regulación de los establecimientos de atención y el actuar de los equipos de atención en todo momento, de ahí que el recurso humano es una de las columnas de este cambio, como una estrategia que modere el *modus operandi*. Se deben redefinir reglas y considerar a todos los actores y recursos disponibles tanto en el ámbito nacional como local para impactar en la mejora de los procesos de atención, tanto en la dimensión técnica de la calidad como en la interpersonal (Ruelas y Morales, 1997).

El concepto de “calidad” proviene del latín *qualitis*, conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, superioridad. El Pequeño Larousse Ilustrado define “calidad” como el conjunto de cualidades de una persona o cosa. En estas definiciones se concibe la calidad como un atributo o características que distingue a las personas, a bienes y a servicios. Según E. Deming, “la calidad es el orgullo de la mano de obra”, entendiendo “mano de obra” en el más amplio sentido, y agrega que “la calidad se define en términos de quien la valora”. P. Crosby dice: “La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia”, y J. Juran define “calidad” como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias” (Llinas, 2010).

El concepto de calidad en salud es general, abstracto, tiene un doble carácter, objetivo y subjetivo, y múltiples dimensiones, las cuales son notablemente influenciadas por el proceso cultural y la influencia de los actores de poder. Donabedian define la calidad en salud circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes (Llinas, 2010).

Los servicios de salud de alta calidad involucran la atención correcta, en el momento correcto, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios del servicio, al tiempo que minimizan el daño y desperdicio de recursos. La atención en salud de calidad aumenta la probabilidad de resultados en salud

deseados y es coherente con las siete características medibles: efectividad, seguridad, centralidad en las personas, oportunidad, equidad, integración de atención y eficiencia (OMS, 2025).

La calidad requiere la medición y generación de información. La atención en salud es cambiante en todo momento, de manera que la calidad se tiene que monitorear y evaluar en forma continua para impulsar la mejora. Esto depende de información precisa y oportuna. Esto tiene que cambiar si la calidad se ha de convertir en una parte rutinaria de la atención en salud, teniendo en cuenta las necesidades y prioridad de los clientes de los servicios de salud: pacientes, familiares y su entorno (OMS, 2025).

En la prestación de atención de alta calidad, el conocimiento técnico se tiene que aumentar por la habilidad de comunicar y trabajar como equipo con otros profesionales, y de aliarse con los pacientes y sus cuidadores. La calidad es también una función de lo bien que estén organizados e integrados los esfuerzos con otros sectores, teniendo en cuenta los patrones de comportamiento, interacción humana y relaciones. Esto a su turno depende de los incentivos existentes, incluyendo el financiamiento y remuneración, regulación, informes y retroalimentación, que se tienen que incorporar cuidadosamente en todos los procesos e instituciones (OMS,2020).

Según la OPS y OMS (2020) los cinco elementos básicos para la prestación de servicios de atención en salud de calidad son:

1. “En primer lugar, se requiere que haya apoyo en el lugar de trabajo para asegurarse de que los trabajadores de salud dispongan de la capacitación, la tutoría y el apoyo a las habilidades clínicas imprescindibles para mejorar la calidad” (OPS y OMS, 2020, p. 4).
2. “En segundo lugar, es preciso contar con mecanismos de medición para hacer un seguimiento de la prestación de servicios de salud de calidad y promover la rendición de cuentas” (OPS y OMS, 2020, p. 4).
3. “En tercer lugar, es necesario el intercambio y aprendizaje a fin de que sea posible intercambiar experiencias para mejorar la calidad en cada nivel del sistema de salud y entre los distintos niveles” (OPS y OMS, 2020, p. 4).
4. “En cuarto lugar, hay que promover la participación de las partes interesadas y de la comunidad para garantizar que haya una participación regular, activa y significativa de la comunidad en las tareas de mejora de la calidad” (OPS y OMS, 2020, p. 4).
5. “Por último, se requiere que haya una gestión para asegurar que las actividades de mejora de la calidad se lleven a cabo dentro de una estructura de apoyo funcional” (OPS y OMS, 2020, p. 4).

Calidad en Salud:

La calidad de los servicios de salud es fundamental para lograr la cobertura universal de salud. Además, los servicios de salud de calidad deben ser: eficaces, seguros y centrados en las personas, oportuna, equitativa, integrada y eficiente.

Así mismo, brindar atención de calidad es seguridad para el paciente, familia y comunidad (OPS y OMS, 2020).

La calidad de la atención médica es definida como: El logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes (López, et al, 2021).

Calidad de los Servicios de Enfermería:

El cuidado de enfermería es una atención oportuna, razonada, personalizada, humana, continua y eficiente, orientada a responder con eficacia, eficiencia y efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, bajo principios técnicos, científicos, éticos y sociales, garantizando servicios de salud de calidad (CEP, 2024).

La gestión del cuidado se entiende como el proceso que fortalece la identidad profesional de enfermería mediante la creación de modelos propios de la disciplina, el uso de un lenguaje enfermero y la aplicación en la práctica clínica de conceptos compartidos, con el fin de garantizar un cuidado de calidad a las personas y sus familias (CEP, 2024).

Análisis para la evaluación de la calidad del cuidado: (CEP, 2024):

1. **Eficacia del cuidado:** Consiste en valorar si las intervenciones, procedimientos y tratamientos aplicados por el personal de enfermería alcanzan los resultados esperados con relación a la salud y el bienestar del paciente.
2. **Seguridad del cuidado:** Analizar el nivel de seguridad de las prácticas enfermeras, asegurando la prevención de errores, la correcta administración de medicamentos y la prevención de caídas o lesiones.
3. **Calidad de la comunicación:** Evaluación de la efectividad de la comunicación tanto entre enfermeras y pacientes como en el equipo de salud. Incluyen: instrucciones claras, empatía en el trato y la capacidad de escuchar y comprender las necesidades expresadas por el paciente.
4. **Colaboración interprofesional:** Evalúa el grado en que el cuidado enfermero se articula con la labor de otros profesionales de la salud y trabajadores, para promover una atención coordinada e integral.
5. **Satisfacción del paciente:** Se centra en medir la satisfacción del paciente con respecto al cuidado enfermero recibido en: la amabilidad, el respeto, la atención individualizada y la disposición del personal de enfermería para responder dudas e inquietudes.
6. **Cuidado centrado en el paciente:** Evalúa en qué medida el cuidado enfermero se ajusta a las necesidades, valores y preferencias individuales del paciente, tomando en cuenta su contexto cultural, emocional y social.
7. **Eficiencia del cuidado:** Estudia el uso eficiente de cómo se emplean los recursos disponibles en quehacer día a día de la enfermera, procurando minimizar el desperdicio y garantizar una asignación justa y racional.

8. **Cumplimiento de estándares y protocolos:** Verifica si la atención de enfermería se desarrolla en concordancia con los estándares profesionales, las políticas institucionales y los protocolos vigentes.

Esta matriz de análisis puede adaptarse y personalizarse según las necesidades específicas de evaluación en el contexto particular de la práctica enfermera y el entorno de atención. “Los indicadores de la gestión de los cuidados holísticos de calidad de Enfermería que se incluyen tienen por objetivo medir el impacto de estos cuidados en seis dimensiones de la calidad: accesibilidad, atención centrada en la persona, continuidad de la atención, eficacia de la práctica, seguridad y uso adecuado de los recursos” (CEP, 2024).

La calidad de atención de Enfermería se puede medir en dos aspectos: cuantitativos y cualitativos. Se han diseñado diversos instrumentos para establecerlos alcances técnicos, científicos y humanísticos acorde al cuidado del profesional en enfermería, en las áreas: administrativa, asistencial, docencia/capacitación e investigación (CEP, 2024).

La seguridad del paciente, como una de las claves de la calidad asistencial, se convierte en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud. Uno de los principales enfoques, es el desarrollo de indicadores para la monitorización de la calidad de atención, con el objetivo de comparar instituciones, identificar oportunidades de mejora y evaluar el impacto de las intervenciones (CEP, 2024).

Contacto Piel a Piel:

El CCP temprano, consiste en colocar al RN desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después (OMS, 1996). Gómez (2006) “El RN esté en período sensitivo durante 2 horas nada más nacer es fundamental que se ha de establecer con su madre”. “Se conoce como contacto precoz el CPP entre el RN y su madre, nada más nacer” (Gómez, 2006). Es justo durante las 2 primeras horas después del nacimiento cuando el bebé está en alerta tranquila durante más tiempo; es el llamado período sensitivo del RN, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el trabajo del parto. A la oxitocina se le ha llamado hormona del comportamiento maternal ya que promueve el vínculo afectivo entre la madre y su bebé (Porter, 2004).

Los seres vivos recién nacidos dependen de su madre para sobrevivir y nacen con algunas habilidades que les permiten reconocer a su madre. El cachorro humano es el ser más indefenso de la naturaleza. Pero durante los 9 meses de embarazo ha oído la voz de su madre (modificada y mezclada con otros sonidos) y ha estado en contacto con el olor materno (el del líquido amniótico, que lo distinguen y prefieren al de otros líquidos amnióticos). La secreción de noradrenalina en el encéfalo facilita el aprendizaje olfatorio. El recién nacido reconoce a su madre por su olor facilitando el establecimiento del vínculo y su adaptación al ambiente postnatal (Porter, 2004).

“El contacto piel con piel (CPP) es una técnica mediante la cual ponemos al RN boca abajo en contacto con la piel del pecho y abdomen de la madre, justo inmediatamente después del parto, incluso, si es posible, antes de cortar el cordón umbilical” (Gangal et al., 2007). Contacto piel a piel, consiste en colocar inmediatamente al recién nacido

sobre el vientre materno por el personal que atiende el parto y el equipo de atención neonatal se encargará de secarlo con un campo precalentado, se procede a retirar el primer campo húmedo y cubrir al bebé con el segundo campo precalentado (MINSA, 2014).

Es un método que favorece el vínculo materno-neonato y, sobre todo, la condición fisiológica y psicológica del neonato, siendo también la madre favorecida mediante los movimientos reptantes del recién nacido sobre su vientre durante este contacto, ayudándole a desprender de forma natural la placenta, disminuyendo la pérdida de sangre postparto. Según Gangal et al., el neonato al ser colocado en contacto piel a piel sobre la madre, ella le pasará los microorganismos de su cuerpo para que mantenga su protección y disminuya el riesgo de contraer alguna enfermedad neonatal (Ríos y Lías, 2015).

El contacto piel a piel consiste en colocar al neonato desnudo después del nacimiento en posición decúbito ventral sobre el abdomen-pecho desnudo de la madre, cubriendo su espalda con una manta (templada) para que ambos sientan el primer contacto físico y compartan la experiencia afectiva, posiblemente inducida por el alto componente de oxitocina en la diada, además de catecolaminas en el recién nacido. Alba et al., en su estudio de revisión afirman que estas hormonas serían las responsables de la intensa sensación amorosa que experimenta el recién nacido durante las primeras horas de vida y que quedarán grabadas en varias áreas de su cerebro; sensación que podría también estar experimentando la madre; haciendo de este evento un acto instintivo, único y perdurable (citado en Ríos y Lías, 2015).

El contacto piel a piel inmediato (CPPI) brinda múltiples beneficios para la diada madre-neonato, destacando que no solo logra una mejor transición de la vida intrauterina a la extrauterina, sino que favorece los cambios inmediatos que ocurren en el neonato durante este período adaptativo. En el aspecto psicológico le ayuda a mantener la estabilidad de vida emocional saludable y amigable con la madre, unión que no debe ser interrumpida porque se estaría rompiendo un lazo afectivo y favorable, conociéndose mutuamente y estableciendo diálogos. Esta comunicación inmediata entre la diada promueve la comunicación verbal, gestual y no verbal, en la que intervienen el tacto, el olfato, la visión e incluso el gusto. Mediante el tocamiento de las manos sentirán una atracción y unión afectiva y las palabras de la madre estimularán la sensación auditiva del neonato, quien reconocerá su voz de forma inmediata, sintiéndose más seguro y amado; calmando así su llanto y permaneciendo tranquilo. De esta manera el neonato podrá mantener un buen sueño y no se sentirá estresado por el cambio que tuvo al pasar a la vida extrauterina (Ríos y Lías, 2015).

En el aspecto fisiológico, el RN recibe beneficios como: regulación de la temperatura, respiración, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno. Al nacer ocurre un cambio brusco en su temperatura corporal que es $< 36,5^{\circ}\text{C}$ siendo incapaz aun de poner en funcionamiento su sistema hipotalámico; proceso que es muy bien compensando con el calor corporal de la madre por el mecanismo de conducción térmica, al ser colocado en CPP sobre su abdomen-pecho, hecho que se produce gracias la respuesta térmica inmediata de la madre y la intervención de varias hormonas, entre ellas la oxitocina y las endorfinas (Ríos y Lías, 2015). “El contacto inmediato piel a piel ayuda a regular la temperatura corporal del RN e

incorpora a su organismo bacterias benéficas provenientes de la piel de la madre. Estas bacterias “buenas” lo protegen contra las enfermedades infecciosas y contribuyen a la formación del sistema inmunológico del bebé” (UNICEF y OMS, 2018, p. 8).

Contacto epidérmico inmediato e ininterrumpido entre la madre y el RN debe facilitarse y alentarse lo antes posible tras el parto. El contacto de la piel del niño y de la madre se produce cuando el bebé se coloca boca abajo sobre el abdomen o el pecho de la madre, sin ninguna prenda que se interponga entre ellos. Se recomienda que el contacto epidérmico entre la madre y el niño comience de inmediato, con independencia del tipo de parto, y que no se interrumpa durante al menos 60 minutos. Durante el contacto epidérmico inmediato y a lo largo de al menos las dos primeras horas de vida, deben tomarse medidas adecuadas de vigilancia y seguridad, a fin de que los profesionales de la salud puedan observar, evaluar y manejar cualquier señal de sufrimiento. Las madres que estén adormecidas o bajo los efectos de la anestesia o la medicación requerirán una observación más estrecha (UNICEF y OMS, 2018).

El contacto epidérmico inmediato y la iniciación temprana de la LM son dos intervenciones estrechamente ligadas que deben llevarse a cabo conjuntamente para obtener un beneficio óptimo. El contacto epidérmico inmediato e ininterrumpido favorece el reflejo de búsqueda primitivo del RN que ayuda a que encuentre el pezón del pecho materno y lo succione. Además, el contacto epidérmico inmediato contribuye a la maduración del microbioma del RN y previene la hipotermia. El amamantamiento temprano propicia la producción de LM y acelerará la lactogénesis. Muchas madres dejan de amamantar pronto o creen que no pueden amamantar debido

a la falta de leche suficiente, por lo que establecer una reserva de leche es de vital importancia para el éxito de la LM. Además, se ha demostrado que el inicio temprano de la LM reduce el riesgo de mortalidad infantil (OMS y UNICEF, 2018).

El inicio de la LM suele ser una consecuencia directa del contacto epidérmico ininterrumpido, ya que arrastrarse o gatear lentamente hacia el pecho es un reflejo natural de la mayoría de los RN. Las madres pueden recibir apoyo para ayudar al bebé a ir hacia el pecho si lo desean. Es preciso ayudar a las madres a que entiendan cómo pueden ayudar al bebé y cómo cerciorarse de que este se agarre al pecho para amamantarse. Todas las madres deben recibir apoyo para que empiecen a amamantar al niño lo antes posible después del parto, en la primera hora de vida. Cabe señalar que la leche que toma un RN inmediatamente después del parto es el calostro, que es muy nutritivo y contiene importantes anticuerpos y sustancias inmunitarias. La cantidad de calostro que recibe un RN en las primeras tomas es muy pequeña. El inicio temprano de la LM es importante para estimular la producción de leche y establecer el suministro de leche materna. La cantidad de leche ingerida es un factor relativamente poco importante (UNICEF y OMS, 2018).

La primera hora después del nacimiento es un período delicado tanto para el bebé como para la madre. Mediante una mejor comprensión del comportamiento instintivo del recién nacido, las sugerencias prácticas y basadas en la evidencia buscan superar las barreras y facilitar la aplicación del conocimiento. Este período debe protegerse mediante rutinas del personal basadas en la evidencia. Durante la primera hora después del nacimiento, la mamá y el bebé se encuentran en un estado único, causado por todo el estrés del nacimiento y los cambios hormonales que conllevan. Esto hace

que esa primera hora sea un periodo sensible y especial para ambos, lleno de emoción y aprendizaje (Widström et al., 2019).

El contacto piel a piel: La o el RN dispone de competencias sensoriales e interactivas para vincularse y promover conductas de apego con su madre. Dentro de la primera hora de nacido, se muestra en un estado de vigilia - calma, con avidez sensorial, y buscando ser acogido en el ambiente extrauterino. Puesto sobre el abdomen de su madre, la o el RN instintivamente reptará buscando el pezón pues sus reflejos sensoriales y motores están suficientemente estimulados para reconocer el olor que emana del pezón, visualizarlo y lamerlo, y dar un pequeño impulso con las piernas y brazos hasta lograr acoplarse vigorosa y armónicamente (MINSA, 2019).

La madre, inmediatamente después del parto, se encuentra especialmente predispuesta para compartir emociones con su bebé y para aprender conductas maternas, tales como entregar cuidado físico y afecto a su bebé; las que se estimulan cuando se facilita el contacto con la o el bebé y mejor aún, cuando hay un apoyo personalizado del personal de salud y la participación del padre, pareja, familiar o persona de confianza de la madre. El CPP estimula la secreción de las glándulas mamarias y sudoríparas en la madre, conectando íntimamente el tacto, los olores, los sonidos y miradas entre madre y bebé; activándose las hormonas relacionadas a las conductas de vinculación y facilitando la LM (MINSA, 2019).

Por el contrario, la falta de contacto neonatal está asociada con la disminución de la LM y consecuencias en la capacidad futura de la o el bebé para establecer vínculos interpersonales al carecer de la experiencia vinculante primaria con su madre. Será

importante evaluar la interacción materno neonatal para identificar las necesidades de apoyo en esta etapa clave de la vida de la o el RN. La atención de salud a la madre y a la o el bebé ofrece una excelente oportunidad para seguir reforzando la calidad del proceso de vinculación dado el impacto en la salud a lo largo de la vida del ser humano (MINSA, 2019, p.40).

“Desde la experiencia del personal de salud, es posible aplicar el CPP previa capacitación y sensibilización al equipo de salud, y acondicionamiento del ambiente, a fin de implementarlo como política del establecimiento de salud” (Navarro et al,2024). Contacto piel a piel: Procedimiento con importantes beneficios para la madre y el RN que consiste en la colocación del RN desnudo en posición vertical, sobre el abdomen y/o pecho desnudo de la madre, favoreciendo el inicio de la LM y su mantenimiento de forma exclusiva, tanto en nacimientos de partos eutócicos como partos por cesárea. Para lograr los beneficios, esta debe ser mantenida por un periodo de tiempo de 60 minutos o más, de ser necesario (MINSA, 2024, p. 3).

Categorización al término CPP en relación del momento de inicio, en 3 tipos (García et al, 2018):

1. **CPP al nacimiento:** “cuando se coloca al RN desnudo sobre el pecho de la madre dentro del primer minuto después del nacimiento”.
2. **CPP precoz:** “cuando se coloca al RN desnudo sobre el pecho de la madre en los primeros 30 min después del nacimiento”.
3. **CPP temprano:** “cuando se coloca al RN desnudo sobre el pecho de la madre después de la primera hora, pero antes de 24 h después del nacimiento”.

Requisitos para realizar el contacto piel a piel:

1. Condición del recién nacido, según (OMC, 2021; MINSA, 2024; AAP & AHA, 2021):
 - Recién nacido: a término, buen tono muscular y respira o llora; también se considera al pretérmino tardío que se encuentra estable (frecuencia cardíaca y respiratoria adecuadas, tono conservado).
 - Respiración: presenta buen inicio respiratorio o respiración espontánea después de estímulos iniciales.
2. Condición de las madres (UNICEF y OMS, 2018; MINSA, 2024; Mateo, 2014):
 - Madre consciente, estable hemodinámicamente y con capacidad de sostener al bebé.
 - Sin hemorragia activa ni complicaciones que comprometan su seguridad inmediata.
3. Ambiente seguro (MINSA, 2024).
 - Sala de partos a una temperatura adecuada (24–26 °C) y ausencia de corrientes de aire. La sala de partos debe contar con termómetro ambiental.
 - Cuna térmica precalentada 30 minutos antes del parto
 - Materiales: toallas estériles y mantas precalentadas para la recepción y secado del RN.

Procedimiento del contacto piel a piel (MINSA, 2024):

- Recepcionar al RN sobre el abdomen desnudo de la madre.
- Cubrir al RN con toalla estéril tibia, secar y estimular; cambiar toallas tibias las veces que sean necesarias.
- Lateralizar la cabeza del RN.
- Colocar gorrito y cubrir con una frazadita tibia.

- Animar a la madre que abrace, hable, cante a su bebé.
- Evaluar permanente al RN durante el tiempo del CPP.
- El tiempo del CPP es mínimo de 60 minutos ininterrumpidos, ideal hasta después que inicia la lactancia materna.
- Si se presenta algún signo de alarma se suspende el CPP y el RN es trasladado a la cuna térmica para ser evaluado por el pediatra de turno.
- Antes de retirar al RN de su madre identificarlo colocando un brazalete en la muñeca izquierda.

Aspectos del contacto piel a piel (Guzmán, 2015).

- Inmediatez del contacto entre el recién nacido y su madre.
- Forma de entrega desnudo del recién nacido a su madre.
- Si el pecho materno estaba desnudo o descubierto.
- Tiempo de permanencia del recién nacido sobre el pecho materno o tiempo de contacto.

El proceso del CPP se logra por la coordinación de todos los sentidos del bebé, como lo son la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olor. Un ejemplo de ello es que el pezón y la areola de la mamá adquieren una coloración más oscura durante el embarazo y el parto que le permite al bebé visualizarlo de forma más fácil y así acercarse a ellos. También, las glándulas alrededor de la areola liberan una secreción oleosa con sabor y olor parecido al líquido amniótico, haciendo que el bebé los reconozca de manera más fácil y se acerque a ellos. Cuando el bebé está en CPP con la mamá después del nacimiento, se activan diferentes procesos internos que le permiten pasar por las 9 etapas instintivas.

Etapas (Widström, et al., 2019):

1. **Llanto de nacimiento:** el bebé tiene un llanto intenso justo después del nacimiento. Este llanto fuerte le permite sacar el líquido amniótico de sus pulmones y empezar a respirar aire”.
2. **Relajación:** el bebé descansa, sin realizar movimientos o sonidos. El silencio permite que el bebé reconozca sonidos familiares como el latido del corazón o la voz de mamá”.
3. **Despertar:** “bebé empieza a demostrar signos de actividad como pequeños movimientos de cabeza, brazos y hombros. También empieza a abrir sus ojos y a realizar movimientos de boca”.
4. **Actividad:** “bebé mueve la cabeza, cuerpo, brazos y piernas con movimientos más pronunciados. También puede presentar señales de hambre como el reflejo de búsqueda con la boca, llevarse las manos a la boca, movimientos de lengua y labios, entre otros”.
5. **Descanso:** “bebé descansa con ojos cerrados o abiertos, sin realizar movimientos del cuerpo, pero puede continuar con movimientos de boca y succión de manos. Puede haber periodos de descanso entre cualquiera de las otras etapas”.
6. **Arrastre:** “bebé empieza con movimientos de cuerpo, brazos y piernas para gatear, saltar, deslizarse, impulsarse y acercarse al pezón”.
7. **Familiarización:** “bebé llega a areola y pezón de mamá y lo empieza a explorar con su boca y lengua al lamerlo y con sus manos al tocar y masajearlo”.

8. **Succión:** “bebé se agarra al pezón por si mismo y comienza a succionar. No es necesario ajustar la posición del bebé o buscar un agarre “perfecto” en este momento”.
9. **Sueño:** “bebé cierra sus ojos y se queda dormido”.

Es importante dejar que el bebé experimente por su cuenta todas las etapas del contacto piel a piel, evitando quitarlo del pecho, moverlo o ajustar su posición. Anexo N°02: Hormonas que intervienen en las nueve etapas del CPP de Widström.

El contacto piel a piel inmediato después del nacimiento o temprano tiene beneficios para la mamá y el bebé, entre ellas encontramos (Mateo, 2014).

1. Beneficios para mamá:

- Expulsión más rápida de placenta
- Disminución de sangrado
- Promueve la lactancia materna, estableciendo su producción temprana.
- Menores niveles de estrés materno.
- Establecimiento de apego mamá-bebé.

2. Beneficios para bebé:

- Imprime el comportamiento de búsqueda y succión del pecho.
- Mejor regulación de temperatura corporal, previniendo hipotermia.
- Estabilización más rápida del bebé, regulando su latido cardiaco, patrón de respiración, saturación de oxígeno y niveles de glucosa.
- Menos llanto.
- Colonización con las bacterias de la piel de mamá.
- Establecimiento de apego mamá-bebé.

El nacimiento, el apego y la lactancia: Durante el trabajo de parto y el parto se segregan diversas hormonas directamente relacionadas con la interacción madre-niña o niño y el inicio de la lactancia según (MINSA, 2019).

- La beta-endorfina que aumenta durante el parto, contrarresta el dolor, y estimula la secreción de la prolactina.
- La prolactina estimula la producción de leche materna, la maduración fetal y relaja a la madre.
- La oxitocina estimula las contracciones uterinas, produce el reflejo de eyección de leche e induce una conducta maternal; aumenta durante el trabajo de parto, pero es sensible a estímulos externos y a los sentimientos de la mujer.
- Si la mujer está temerosa, insegura y se siente observada, libera adrenalina e inhibe a la oxitocina y a las endorfinas.

Lactancia materna:

En 1989, la OMS y el UNICEF publicaron el documento Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural (los Diez Pasos) en el marco de un conjunto de políticas y procedimientos que los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología deberían aplicar para apoyar la lactancia materna. En la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural, adoptada en Florencia en 1990, se pidió a todos los gobiernos que velaran porque todos los establecimientos de salud que prestaran servicios de maternidad y neonatología adoptaran los Diez Pasos en su totalidad. En 1991, la OMS y el UNICEF pusieron en marcha la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) a fin de alentar a los establecimientos que prestaban servicios de maternidad y neonatología de todo el mundo a que adoptaran los Diez Pasos. Los establecimientos que documentaron su

plena adhesión a los Diez Pasos, así como la adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud (el Código), podían designarse como «amigos del niño». En 1998, la OMS publicó pruebas científicas sobre cada uno de los Diez Pasos (OMS, 1988; OMS y UNICEF, 2019).

El objetivo principal de los Diez Pasos sigue siendo el mismo que en la versión de 1989, a saber, proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología. La guía distingue entre los dos primeros pasos, relativos a los procedimientos de gestión necesarios para garantizar que la atención se preste de manera coherente y ética, y los ocho pasos restantes, que establecen las normas para la prestación de atención clínica a las madres y los lactantes (OMS y UNICEF, 2019).

Los Diez Pasos hacia una lactancia materna natural:

Procedimientos de gestión fundamentales:

1. a. Aplicar plenamente con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.
- b. Adoptar una política sobre alimentación de la lactante formulada por escrito que sistemáticamente se ponga en conocimiento del personal sanitario y de los padres.
- c. Crear sistemas de seguimiento y de gestión de datos.
2. Velar por que el personal cuente con los conocimientos, las competencias y las aptitudes necesarias para garantizar el apoyo a la lactancia natural.

Prácticas clínicas clave:

3. Explicar a las mujeres embarazadas y a sus familias la importancia de la lactancia materna y su práctica.
4. Favorecer el contacto epidérmico inmediato e ininterrumpido entre el RN y la madre, y ayudar a las madres a iniciar la LM lo antes posible tras el parto.
5. Ayudar a las madres a iniciar y mantener la LM y a afrontar las dificultades más frecuentes.
6. No dar a los RN ningún alimento líquido que no sea leche materna, salvo por indicación médica.
7. Facilitar que la madre y el RN permanezcan juntos y se alojen en la misma habitación las 24 horas del día.
8. Ayudar a las madres a reconocer los signos de hambre del RN y a actuar en consecuencia.
9. Asesorar a las madres sobre el uso y los riesgos de los biberones, las tetinas y los chupetes.
10. Coordinar el alta hospitalaria de forma que los padres y el recién nacido sigan teniendo acceso a los servicios de apoyo y a asistencia cuando lo necesiten.

La lactancia materna en el marco de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS, es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo, es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre (OMS, 2023). Independientemente de que el parto tenga lugar en una choza de una aldea rural o en un hospital de una gran ciudad, amamantar a los recién nacidos

dentro de la primera hora de vida equivale a brindarles la mejor oportunidad de sobrevivir, crecer y desarrollar todo su potencial. Estos beneficios hacen del inicio temprano de la lactancia una medida clave de la atención neonatal esencial en el Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos (UNICEF y OMS, 2018, p. 7).

“Recomiendan iniciar la LM a más tardar una hora después del nacimiento y alimentar a los bebés exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, lo que implica no ofrecer otros alimentos o líquidos, incluyendo agua”. “El inicio inmediato de la LM –amamantar a los RN dentro de la primera hora de vida– es una medida de importancia crítica tanto para la supervivencia como para la lactancia a largo plazo (UNICEF y OMS, 2018, p. 7).

Los niños que no reciben leche materna dentro de la primera hora de vida también corren un riesgo mayor de presentar infecciones comunes. Según un estudio realizado en Tanzania en el que participaron más de 4.000 niños, haber demorado el inicio de la lactancia se asoció con un riesgo más alto de presentar tos y un riesgo casi un 50% mayor de sufrir de dificultades respiratorias en los primeros 6 meses de vida, en comparación con recién nacidos que empezaron a recibir leche materna dentro de la primera hora después del parto Independientemente de que el parto tenga lugar en una choza de una aldea rural o en un hospital de una gran ciudad, amamantar a los recién nacidos dentro de la primera hora de vida equivale a brindarles la mejor oportunidad de sobrevivir, crecer y desarrollar todo su potencial (UNICEF y OMS, 2018, p. 7).

Succionar el pecho libera prolactina en la madre, una importante hormona que estimula la producción de leche y favorece el suministro continuo de alimento para el recién nacido. Además de ser extremadamente rica en nutrientes y anticuerpos, la leche materna que los recién nacidos consumen durante los primeros días –llamada calostro– actúa como primera “vacuna”, suministrándoles un escudo protector contra las enfermedades y la muerte (UNICEF y OMS, 2018, p. 8).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) reconoce a la lactancia materna como una práctica protectora que puede salvar vidas y recomienda que se inicie dentro de la primera hora de vida (conocida como "la hora mágica" (FIGO,2022, p.1). La lactancia es una pieza fundamental en la Agenda para el desarrollo sostenible del 2030 y se relaciona con numerosos puntos que son necesarios para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos puntos incluyen la erradicación del hambre y la malnutrición, la mejora de la salud y el bienestar (ODS 2 y 3), la erradicación de la pobreza, la promoción del crecimiento económico y la reducción de las desigualdades (ODS 1, 8 y 10), la educación (ODS 4), la igualdad de género (ODS 5) y el consumo responsable (ODS 12) (FIGO,2023; OMS y UNICEF; 2019).

Iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida no es fácil; de hecho, no se puede esperar que las madres lo hagan sin ayuda. Ellas requieren apoyo y una orientación adecuada sobre la posición que deben adoptar y la manera de hacer que sus bebés se alimenten. Brindar al RN y a la madre una atención apropiada en los momentos posteriores al parto es decisivo no solo para que la LM se inicie, sino también para que continúe satisfactoriamente (UNICEF y OMS, 2018, p. 8).

El contacto directo, inmediato e ininterrumpido del lactante con la piel de su madre y la iniciación de la LM en la primera hora de vida son importantes para el establecimiento de la LM y la supervivencia y el desarrollo neonatal e infantil. Comparado con los RN a quienes se empieza a dar el pecho en la primera hora de vida, el riesgo de morir a lo largo de los primeros 28 días de vida es un 33% superior en el caso de los bebés que empiezan a ser amamantados de 2 a 23 horas después de haber nacido, y de más del doble en el caso de los que empiezan a amamantarse un día después de haber nacido o más tarde. La protección que brinda esa iniciación temprana se extiende hasta los seis meses (UNICEF y OMS, 2018, p. 8).

La lactancia materna es la norma biológica de alimentación de todos los mamíferos, incluidos los seres humanos. La lactancia materna es fundamental para alcanzar los objetivos mundiales establecidos en materia de nutrición, salud y supervivencia, crecimiento económico y sostenibilidad ambiental. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna se inicie durante la primera hora de vida, se mantenga de forma exclusiva a lo largo de los primeros seis meses de vida y continúe, junto con alimentos complementarios sanos y adecuados, hasta los dos años o más. A nivel mundial, únicamente se siguen estas recomendaciones en el caso de una minoría de lactantes y de niños: solo el 44% de los bebés inicia la lactancia materna en la primera hora de vida y solo el 40% de los lactantes menores de seis meses son alimentados exclusivamente con leche materna. El 45% de los niños de dos años siguen alimentándose con leche materna (OMS y UNICEF, 2019).

Las primeras horas y los primeros días de vida de un recién nacido son el momento idóneo para establecer la lactancia materna y prestar a las madres el apoyo que necesitan para amamantar a sus bebés de forma satisfactoria. Ese apoyo no siempre se proporciona, como pone de manifiesto un examen de los datos del UNICEF, que muestra que el 78% de los partos fueron atendidos por un profesional sanitario capacitado, mientras que únicamente el 45% de los recién nacidos fueron amamantados en la primera hora de vida. Si bien la lactancia materna es la norma biológica, los profesionales de la salud pueden aplicar procedimientos inadecuados que interfieran con el inicio de la lactancia materna, como separar al bebé de la madre; retrasar el inicio de la lactancia materna; y suministrar alimentos prelácteos y suplementos innecesarios. Esos procedimientos hacen que aumente considerablemente el riesgo de que surjan problemas al amamantar al niño que den lugar a un abandono precoz de la lactancia materna. Las familias deben tener acceso a información y asesoramiento basados en datos científicos sobre lactancia materna y han de estar protegidas frente a intereses comerciales que tengan efectos negativos en esta (OMS y UNICEF, 2019).

Beneficios para la o el niño según MINSA (2019):

- Favorece el desarrollo físico y emocional de la o el bebé.
- Protege contra la infección y la muerte.
- Genera un mayor coeficiente intelectual.
- Nutrición ideal,
- Refuerza el vínculo afectivo madre-niña o niño.
- Reduce el riesgo de anemia temprana.
- Promueve la adecuada dentición y el desarrollo del habla.

- Reduce el riesgo de infecciones, desnutrición, alergias e intolerancia a la leche.
- Disminuye el riesgo de algunas enfermedades crónicas y la obesidad.

Beneficios para la madre según MINSA (2019):

- Promueve mayor satisfacción y fortalece la autoestima de la madre.
- Favorece la mejor recuperación fisiológica post parto.
- Contribuye a la disminución del peso y del riesgo de obesidad.
- Genera menor posibilidad de cáncer de ovario y de mama, así como de osteoporosis.
- Reduce la probabilidad de embarazo.
- Le permite proporcionar de manera sencilla un alimento natural, apropiado, ecológico y económico.
- Reduce la ausencia laboral de la madre.

La lactancia materna es una fuente de nutrición y de sustento no contaminante, sostenible y natural que no consume recursos. Los sucedáneos de la leche materna contribuyen a que aumenten las emisiones de gases de efecto invernadero en cada etapa de la producción, el transporte, la preparación y la utilización. También generan desechos que deben eliminarse. Entre los gases de efecto invernadero emitidos figuran el metano, el óxido nitroso y el dióxido de carbono. En un informe publicado recientemente se estima que las emisiones de dióxido de carbono derivadas de la fabricación de preparados para lactantes en Asia ascienden a 2,9 millones de toneladas (OMS y UNICEF, 2019).

Calostro:

El calostro es el primer alimento, es la primera leche materna, que recibe el recién nacido amamantado. Se produce durante los primeros 2-3 días de vida. El calostro es conocido también como "oro líquido", porque tiene una composición perfecta para los primeros días de vida del recién nacido (Maternify, 2025).

El calostro es una leche espesa y algo pegajosa que suele ser de color amarillo o anaranjado. Aporta todos los nutrientes y líquidos que el recién nacido necesita en los primeros días. También contiene muchas sustancias para proteger a su bebé de infecciones. Su color y consistencia se deben a la concentración de estos factores de protección. En comparación con la leche materna más madura, el calostro también es más rico en proteínas, ligeramente menos azucarado y significativamente menos graso (Healthy Children.org, 2024).

Calostro: Secreción láctea amarillenta, espesa, producida en poca cantidad, dentro de los 5 primeros días después del parto. Es muy rica en componentes inmunológicos, otras proteínas, calcio y otros minerales. Permite organizar las tres funciones básicas: succión, deglución y respiración. Facilita la eliminación del meconio evitando la ictericia neonatal fortalece la maduración del aparato digestivo (MINSA, 2019).

Cuando se amamanta durante la primera hora, el recién nacido recibe el calostro. La lactancia también evita que el recién nacido contraiga infecciones como la neumonía o la diarrea y, de esta manera, reduce el riesgo de mortalidad neonatal. Una iniciación temprana puede también ayudar a una LM sostenida con beneficios a largo plazo para la madre, como, por ejemplo, el control del peso posparto y una reducción en el riesgo

de contraer enfermedades no transmisibles como la diabetes tipo 2, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades cardiovasculares (FIGO, 2022, p.1). Hay muchos componentes de la leche humana que siembran y alimentan el sistema inmunológico del bebé con un microbiota saludable. Es probable que aún queden más componentes por descubrir. La investigación sobre el microbioma infantil es un área de estudio que evoluciona rápidamente.

Anticuerpos: Las células mamarias incluyen células de memoria que almacenan anticuerpos de infecciones anteriores. La IgA es un tipo de inmunoglobulina que abunda en el intestino y contiene anticuerpos contra microbios que el cuerpo ha experimentado en el pasado. Estos anticuerpos viajan desde el intestino a las glándulas mamarias y entran al suministro de leche. Se cree que también se podrían producir anticuerpos en respuesta a las bacterias que pasan de la boca del bebé al pecho de la madre. "Aunque esto merece más investigación, la respuesta de las células inmunes de la leche materna a la infección del bebé resalta un componente subestimado de la naturaleza protectora de la leche materna" (Kakulas, 2013).

Oligosacáridos. Los oligosacáridos de la leche humana (HMO) son un azúcar complejo no digerible. El intestino del bebé no puede digerir este azúcar complejo; en cambio, su propósito es alimentar el microbiota del microbioma de los bebés. Los investigadores han aprendido que cada madre tiene diferentes HMO y que cada HMO es necesaria para alimentar a un tipo específico de microbio. Los HMO son el tercer componente más importante de la leche humana después de la lactosa y los lípidos. El calostro contiene entre 20 y 25 g de HMO por litro y la leche madura tiene entre 5 y 20 g de HMO por litro. El calostro incluye relativamente más células inmunes

para proteger un sistema inmunológico inmaduro. Como ejemplo de las diferencias entre la leche humana y la leche de vaca, se han identificado más de 100 tipos de oligosacáridos en los humanos, mientras que solo hay 40 tipos en las vacas (Bode, 2012).

Los profesionales de la salud deben seguir los principios de la hora dorada y las recomendaciones de la OMS sobre el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido y ayudar a las madres a iniciar la lactancia lo antes posible después del nacimiento. Los profesionales de la salud también deben permitir que las madres permanezcan en la misma habitación que los bebés (FIGO, 2022, p.3).

CAPITULO III

III. MARCO METODOLOGICO

3.1. Métodos de la investigación

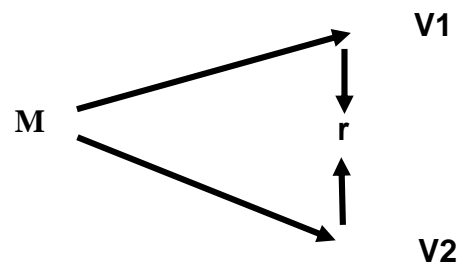
El enfoque de la investigación es cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal.

Descriptivo: porque va a describir a las variables del estudio.

Correlacional: describe la relación o grado de asociación que exista entre la Calidad del contacto piel a piel e inicio de la lactancia materna en el RN

De corte transversal: Porque se obtuvo la información en un tiempo determinado, para su análisis.

3.2. Diseño o esquema de la investigación



Donde:

M: Madres y recién nacidos

V1: Calidad del Contacto piel a piel

V2: Inicio de la lactancia materna en el recién nacido

r: Relación

3.3. Población y muestra

Población:

Todos los recién nacidos atendidos en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón durante el año 2023.

Muestra: Se consideró a todos los recién nacidos por parto vaginal y que reúnan los criterios de inclusión considerados, se aplica la fórmula para el tamaño de la muestra: $N = 268$ (Anexo N° 03)

Criterios de inclusión

- Recién nacidos por parto eutócico.
- Recién nacido con buen Apgar (7 a 10 puntos).
- Recién nacidos a término (37 a 41 semanas)
- Las licenciadas enfermería de la Unidad de atención inmediata del recién nacido del hospital E.G.B.

Criterios de exclusión:

- Madres que no aceptan participar en el estudio.
- Recién nacidos con depresión o asfixia al nacer
- Recién nacidos con malformaciones congénitas

3.4. Variables e indicadores de la investigación:

3.4.1. Variable dependiente:

Calidad del contacto piel a piel

Definición conceptual: “Procedimiento con importantes beneficios para la madre y el recién nacido que consiste en la colocación del recién nacido desnudo en posición vertical, sobre el abdomen y/o pecho desnudo de la madre, favoreciendo el inicio de la lactancia materna y su mantenimiento de forma exclusiva, tanto en nacimientos de partos eutócicos como partos por cesárea. Para lograr los beneficios, esta debe ser mantenida por un periodo de tiempo de 60 minutos o más, de ser necesario” (MINSA, 2024).

Definición operacional. Mediante escala Nominal:

- CPP inadecuado: 1 a 19 puntos
- CPP adecuado: 29 a 38 puntos

3.4.2. Variable independiente:

Inicio de la Lactancia Materna en el recién nacido

Definición Conceptual: Tiempo que transcurre desde el nacimiento del recién nacido hasta la primera mamada (MINSA, 2014).

Definición operacional. Mediante escala Nominal

- Correcto: En la primera hora de vida del recién nacido.
- Incorrecto: Después de la primera hora de vida del RN.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el marco del proyecto de tesis, se desarrolló el proceso de investigación y análisis de la temática, el cual incluyó la selección de instrumentos previamente utilizados y validados por otros investigadores, a fin de servir como referencia para el diseño del propio instrumento y para orientar el proceso de evaluación de su confiabilidad y validez. Durante la atención del recién nacido, se estableció un tiempo estándar de observación de una hora, periodo en el cual se verificó, en cada gestante, el cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos durante el nacimiento de su bebé.

La técnica fue la observación en el llenado de los instrumentos.

- a. **Guía de observación.** Calidad del contacto piel a piel en el recién nacido (anexo N° 04) de la investigadora Quispe Becerril (2023) modificado por la Autora: Cirila Cano Herrera, basado en la Teoría de Avedis Donabedian.

El cuestionario está comprendido por 18 ítems, de los cuales ha sido agrupados en 3 dimensiones: Dimensión humana con 7 ítems (1 al 7), Dimensión técnica-científica con 6 ítems (8 al 15) y Dimensión entorno con 5 ítems (16 al 20).

El instrumento comprende:

- I. Datos de la Madre: Numero de historia clínica, edad, tipo de parto y paridad.
- II. Datos del Recién nacido: Número de Historia Clínica, fecha de nacimiento, hora de Nacimiento, edad gestacional y APGAR.
- III. Calidad del contacto piel a piel (observación)
Hora del parto y hora de inicio del contacto piel a piel.

Consta de 3 dimensiones:

- Dimensión Técnica Científica: Efectividad, eficacia, eficiencia, continuidad y seguridad.
- Dimensión Humana: respeto, información, interés manifiesto, amabilidad y ética
- Dimensión del Entorno: Comodidad, ambiente, bioseguridad, privacidad y percepción de la madre.

En las dimensiones, cada ítem tiene un valor de 2 puntos, cuando la respuesta es Si y cuando la respuesta es No es 0 puntos, siendo el total 36 puntos.

- Inadecuado: 01 a 18 puntos
- Adecuado: 19 a 36 puntos

b. **Instrumento 2:** Instrumento para medir el inicio de Lactancia Materna (Anexo N° 05)

Se observó el tiempo para el inicio de la lactancia materna: hora de la primera mamada del bebé: Tiempo que pasó desde el nacimiento hasta que el/la bebé fue amamantado por primera vez.

La categoría de la lactancia materna se da en:

- Correcto : En 1ra hora de vida del recién nacido.
- Incorrecto : Después de 1 hora de vida del recién nacido

3.6. Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó el permiso al director del hospital Eleazar Guzmán Barrón, para el trámite correspondiente con la oficina de Investigación y Docencia quien lo derivó al jefe del Departamento de

Gineco-obstetricia. En sala de partos se identificó a la gestante que reunieron los criterios de inclusión, se tomaron los datos necesarios de la historia clínica y se hizo el seguimiento del proceso de la labor del parto de la gestante en el período expulsivo y puerperio inmediato para la observación del contacto piel a piel e inicio de la lactancia materna. Luego de observar se realizó el llenado de los instrumentos.

3.7. Técnicas de análisis de resultados

Los datos recolectados fueron procesados según:

Estadística descriptiva: La presentación de los datos recopilados fueron presentadas en tablas unidimensionales y bidimensionales, con frecuencias absolutas simples y porcentuales.

Estadística inferencial no paramétrica: El procesamiento y análisis estadístico se realizaron en el software especializado de estadística SPSS versión 27, para determinar la relación entre variables se aplicó la prueba estadística de independencia de criterios Chi cuadrado.

CAPITULO IV

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

Tabla 1

Calidad del Contacto Piel a Piel en el Recién Nacido en Sala de Partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.

Calidad del contacto piel a piel	Frecuencia	%
Adecuado	218	81.3
Inadecuado	50	18.7
TOTAL	268	100

Fuente. Observación en sala de partos hospital E.G.B. Nuevo Chimbote.

Figura1

Calidad del Contacto Piel a Piel en el Recien Nacido en Sala de Partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.

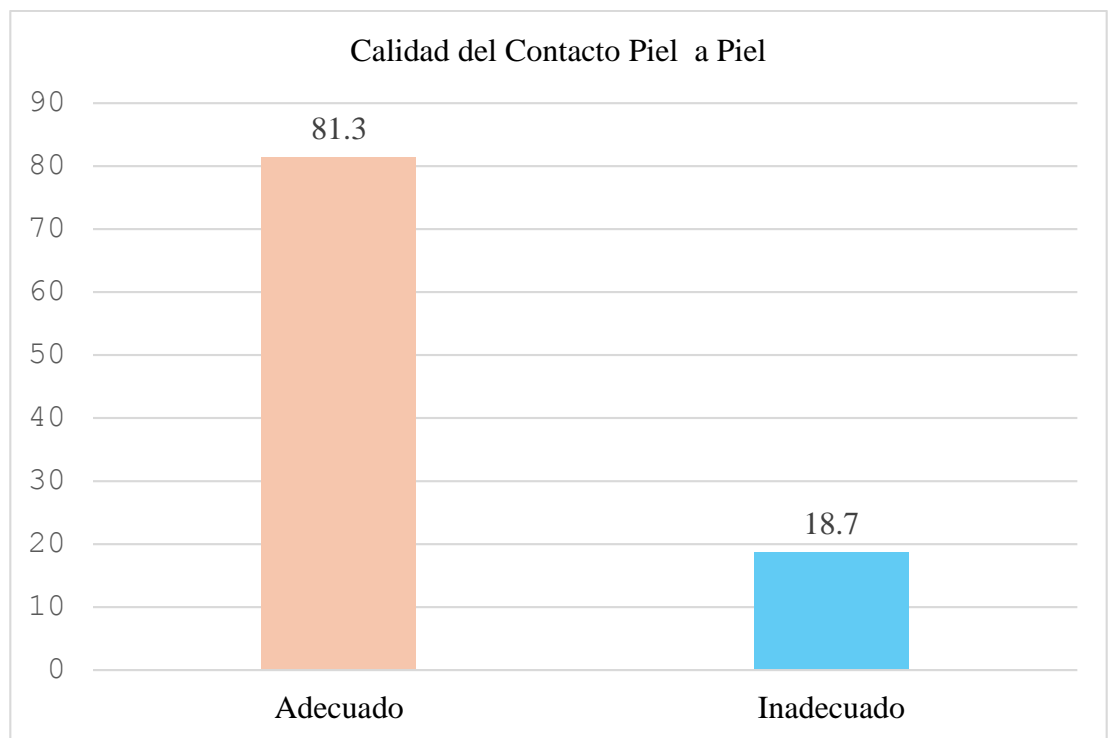


Tabla 2.

Calidad del Contacto Piel a Piel en el Recién Nacido en Sala de Partos según Dimensiones, del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.

Calidad del contacto piel a piel	Dimensiones					
	Técnica Científica		Humana		Entorno	
	F	%	F	%	F	%
Adecuado	197	73.5	92	34.3	244	91
Inadecuado	71	26.5	176	65.7	24	9
TOTAL	268	100	268	100	268	100

Fuente. Observación en sala de partos hospital E.G.B. Nuevo Chimbote.

Figura 2

Calidad del Contacto Piel a Piel en el Recién Nacido en Sala de Partos según dimensiones del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.

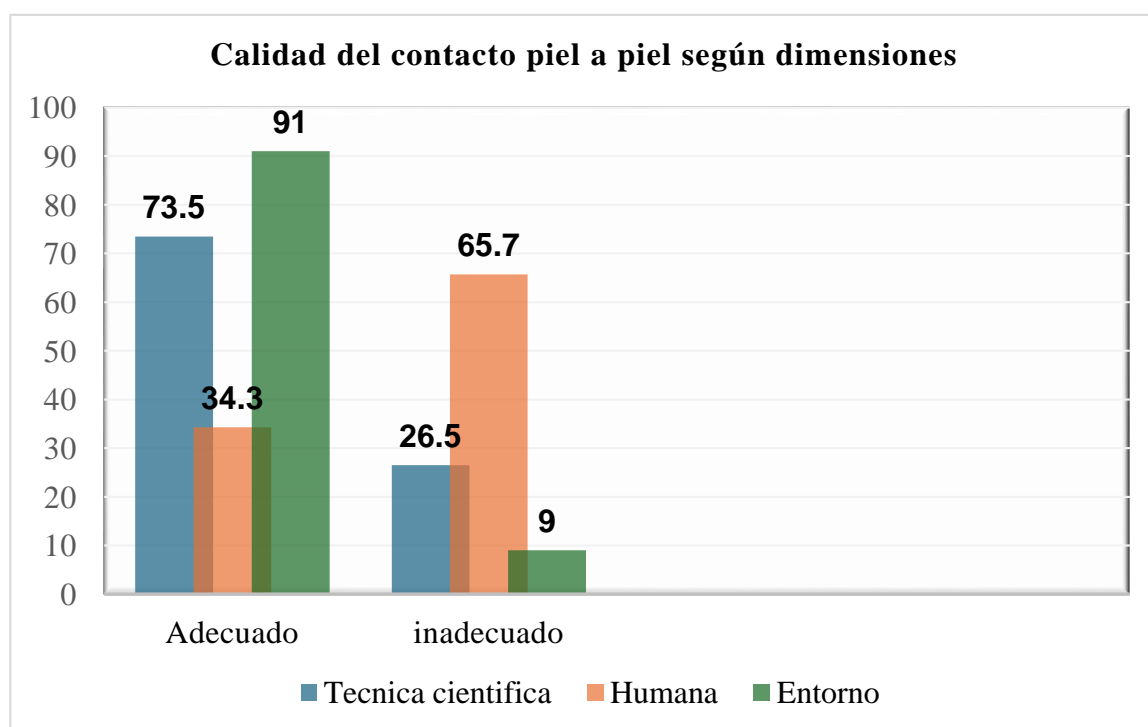


Tabla 3

Inicio de la Lactancia Materna en el Recién Nacido en Sala de Partos del Hospital

Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.

Inicio de la Lactancia Materna	Frecuencia	%
Correcto	261	97.4
Incorrecto	7	2.6
TOTAL	268	100

Fuente. Observación en sala de partos hospital E.G.B. Nuevo Chimbote.

Figura 3:

Inicio de la lactancia materna en el recién nacido en Sala de partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2023.

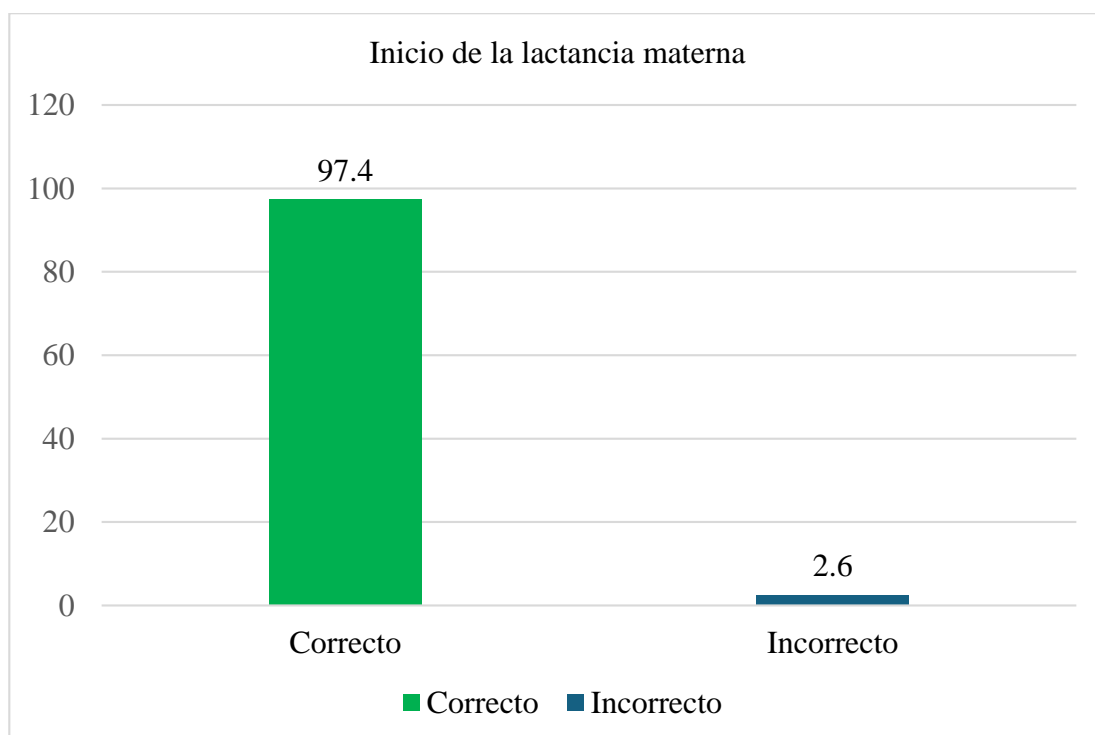


Tabla 4

Relación entre la Calidad del Contacto Piel a Piel e Inicio de la Lactancia Materna en el Recién Nacido en Sala de Partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.

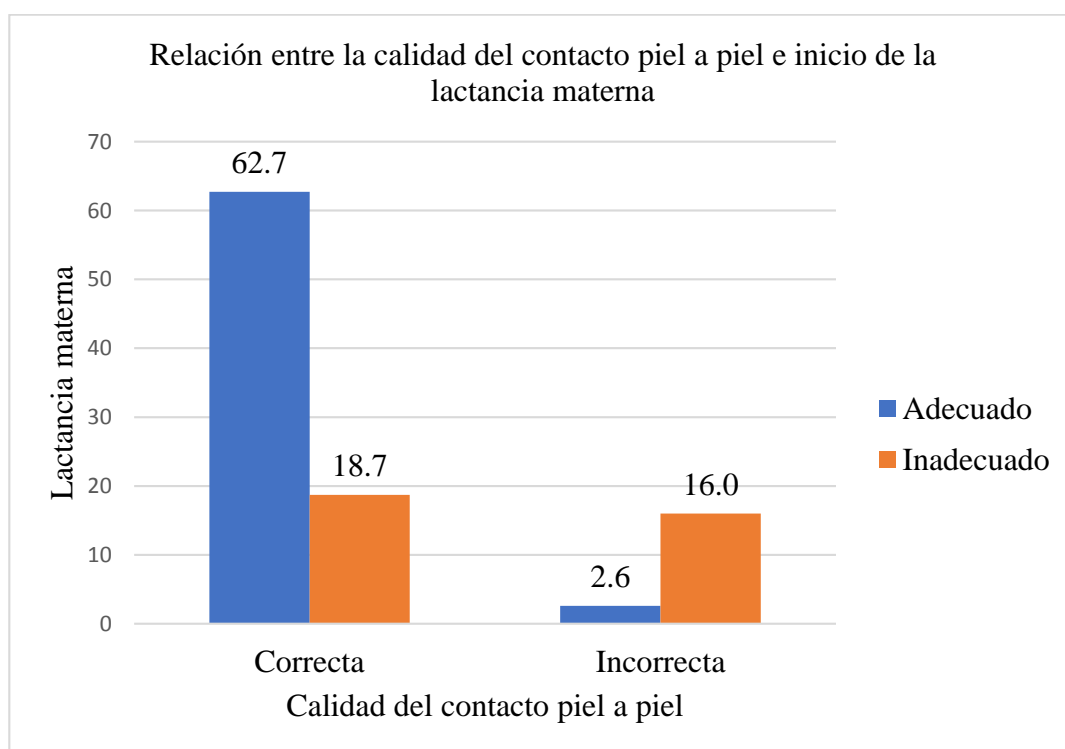
Inicio de la lactancia materna	CALIDAD DEL CONTACTO PIEL A PIEL				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Correcta	168	62,7	50	18,7	218	81,3
Incorrecta	7	2,6	43	16,0	50	18,7
TOTAL	175	65,3	93	34,7	268	100,0

$$X^2 = 71,385 \quad \text{Gl} = 3 \quad p = 0,000 \quad < 0,05 \quad \text{SIG}$$

Fuente. Observación en sala de partos hospital E.G.B. Nuevo Chimbote.

Figura 4.

Relación de la Calidad del Contacto Piel a Piel en el Recién Nacido en Sala de Partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023.



4.2. DISCUSIÓN

Tabla 1 Calidad del contacto piel a piel en el recién nacido en Sala de partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023. Tenemos que el 81,3 % de los recién nacidos recibieron una calidad del contacto piel a piel adecuado mientras que el 18,7% fue inadecuado. Este hallazgo muestra una proporción elevada de la calidad del contacto piel a piel en comparación con otros contextos nacionales e internacionales.

A nivel nacional, los resultados se asemejan a lo reportado por Carranza y Huamán (2024) en Chimbote, donde el 73,2 % de los recién nacidos tuvieron un contacto piel a piel adecuado, lo que indica avances sostenidos en la región de Áncash. En Puno, Bonelly y Quispe (2023) hallaron un 67,8 % de cumplimiento, identificando además una asociación significativa con la lactancia materna precoz, lo que refuerza el valor del contacto piel a piel como facilitador del inicio temprano de la lactancia.

Asimismo, Miñano y Cisneros (2024) en La Libertad concluyeron que mantener esta práctica durante 60 minutos constituye un factor protector de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, evidenciando beneficios que trascienden el periodo inmediato posparto. De igual forma, Poves (2022) en Lima documentó que esta práctica permite al recién nacido atravesar nueve etapas instintivas y activar el sistema oxitocinérgico materno y neonatal, contribuyendo a la regulación fisiológica y al fortalecimiento del vínculo afectivo. También, Tejada (2024) en Lambayeque resaltó que las madres perciben el CPP como una

experiencia única, que genera emociones positivas y favorece la lactancia precoz, destacando la importancia del acompañamiento del personal de enfermería.

En el contexto internacional, los hallazgos también se alinean con lo reportado en diversas investigaciones. Bedford, Piccinini-Vallis y Woolcott (2020) en Canadá observaron que el CPP se asocia a mayores tasas de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses. En Estados Unidos, Boundy et al. (2022) identificaron que el cumplimiento del contacto piel a piel se relaciona con una mejora significativa en la duración de la lactancia. De igual forma, un metaanálisis de Moore et al. (2016) mostró que el CPP inmediato incrementa la probabilidad de inicio temprano de la LM. En Europa, estudios como los de Bergman (2024) y Widström (2016) han confirmado que esta práctica potencia el apego, estabiliza parámetros fisiológicos y fortalece la autorregulación neonatal en la primera hora de vida.

De manera integral, tanto la evidencia nacional como internacional coincide en que el CPP inmediato no solo contribuye al inicio oportuno de la lactancia, sino que también actúa como un determinante de la calidad del vínculo madre-hijo, la estabilidad fisiológica neonatal y la consolidación de la LM exclusiva a largo plazo. El elevado porcentaje encontrado en el presente estudio (81,3 %) refleja avances significativos en la humanización del parto y en la implementación de prácticas basadas en evidencia dentro de los servicios de salud, aunque aún se requiere fortalecer estrategias para garantizar el cumplimiento universal de esta intervención.

En 1989, la OMS y UNICEF dieron a conocer el documento “Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural”, un conjunto de políticas y procedimientos que los servicios de maternidad y neonatología debían implementar para favorecer la lactancia materna. Posteriormente, en la Declaración de Innocenti sobre la protección, fomento y apoyo de la lactancia natural —adoptada en Florencia en 1990— se instó a todos los gobiernos a asegurar que dichos centros de salud aplicaran en su totalidad esos diez pasos. (OMS y UNICEF,2019).

En 1991, la OMS y el UNICEF pusieron en marcha la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) a fin de alentar a los establecimientos que prestaban servicios de maternidad y neonatología de todo el mundo a que adoptaran los Diez Pasos. El paso cuatro es: “Favorecer el contacto epidérmico inmediato e ininterrumpido entre el recién nacido y la madre, y ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna lo antes posible tras el parto” (OMS y UNICEF, 2019).

El contacto piel con piel inmediato y el inicio precoz de la lactancia materna son prácticas complementarias que deben llevarse a cabo juntas para lograr el mayor beneficio. Mantener el contacto cutáneo desde el nacimiento, sin interrupciones, estimula el reflejo de búsqueda del recién nacido y le facilita encontrar y succionar el pezón. Asimismo, este contacto temprano contribuye al desarrollo del microbioma neonatal y ayuda a prevenir la hipotermia. Por otra parte, comenzar a amamantar en las primeras horas impulsa la producción de leche y acelera la lactogénesis. Dado que muchas madres abandonan la lactancia antes de tiempo o creen no contar con leche suficiente, resulta fundamental establecer una reserva láctea adecuada para asegurar el éxito del amamantamiento. Además, se ha

comprobado que un inicio temprano de la lactancia disminuye el riesgo de mortalidad infantil (UNICEF y OMS, 2018).

Se debe promover e instaurar de manera inmediata y continua el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido tras el parto. Este contacto se logra colocando al bebé, sin ninguna prenda de por medio, boca abajo sobre el tórax o el abdomen materno. Se aconseja que esta práctica comience de inmediato, cualquiera que sea la vía de nacimiento, y se mantenga sin interrupciones durante al menos 60 minutos (OMS y UNICEF, 2018 y MINSA, 2024).

Se denomina contacto precoz al encuentro piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido inmediatamente después del parto (Gómez, 2006). Durante las dos primeras horas tras el nacimiento, el bebé permanece en un estado de “alerta tranquila” más prolongado, conocido como período sensible, el cual se debe a la oleada de noradrenalina liberada durante el trabajo de parto. Al mismo tiempo, la oxitocina —considerada la hormona del comportamiento maternal— favorece el establecimiento del vínculo afectivo entre la madre y su hijo (Porter, 2004). Según Gómez (2006), resulta esencial que el neonato viva este período sensible en contacto directo con su madre. Por último, Gangal et al. (2007) describen el CPP como la técnica que consiste en colocar al recién nacido boca abajo sobre el pecho y el abdomen maternos justo después del parto, preferiblemente antes de cortar el cordón umbilical.

Marshall Klaus y John Kennell identificaron el “periodo sensitivo”, esas primeras horas tras el parto fundamentales para afianzar el vínculo afectivo y comenzaron

a difundir sus hallazgos para evitar la separación de la madre y el recién nacido (Pinto, 2007). De igual manera, el vínculo materno-afectivo se consolida a partir de la interacción entre las respuestas innatas del recién nacido y las conductas que la madre despliega. Este proceso arranca con el primer contacto piel con piel y se fortalece cuando las miradas se cruzan, especialmente durante la lactancia materna (Marriner, 2011).

El contacto piel con piel se lleva a cabo gracias a la integración de los cinco sentidos del recién nacido: vista, oído, tacto, gusto y olfato. Durante el embarazo y el trabajo de parto, el pezón y la areola materna se oscurecen, lo que facilita que el bebé los distinga y se dirija hacia ellos. Además, las glándulas areolares secretan una sustancia oleosa con sabor y olor parecidos al líquido amniótico, de modo que el neonato los identifica con mayor rapidez y se aproxima al pecho. Una vez colocado sobre el cuerpo de la madre tras el nacimiento, el bebé inicia una serie de procesos internos que le permiten atravesar las nueve fases instintivas descritas por Widström et al. (2019): Es fundamental permitir que el bebé recorra de forma autónoma todas estas etapas del contacto piel con piel, evitando retirarlo del pecho, moverlo o modificar su postura.

Tabla 2 En la calidad del contacto piel a piel en el recién nacido en Sala de partos según dimensiones. Tenemos que la mayoría: 73,5% y el 91% de las dimensiones técnica científica y del entorno fueron adecuados y el 65,7% en la dimensión humana fue inadecuado. Concluyendo que la dimensión humana requiere fortalecimiento del cuidado brindado por la enfermera en el CPP con su mamá. Los resultados muestran que la calidad del contacto piel a piel fue globalmente

adecuada en la mayoría de los recién nacidos; sin embargo, existieron diferencias notorias entre las dimensiones evaluadas. La dimensión entorno alcanzó un 91 %, evidenciando que en la mayoría de los casos se garantizaron condiciones adecuadas de privacidad, respeto y ambiente favorable para el cuidado. Este hallazgo coincide con lo reportado por Pareja y Ramos (2023) en el Hospital San Bartolomé de Lima, donde el 98 % de las madres refirió alta satisfacción con el entorno del cuidado, así como con Meneses y Fidel (2023), quienes hallaron una satisfacción del 86,3 % en esta dimensión. Estos resultados reflejan la importancia de un ambiente acogedor y sin interrupciones, aspecto respaldado por la OMS y UNICEF (2019) en el cuarto paso de los Diez pasos para una lactancia materna exitosa, que enfatiza colocar al recién nacido en contacto piel a piel inmediato y continuo en un entorno seguro y respetuoso.

En cuanto a la dimensión técnico–científica, se obtuvo un 73,5 %, lo que indica que el personal de salud aplicó en buena medida los procedimientos clínicos recomendados para asegurar un contacto piel a piel efectivo. Este nivel de cumplimiento es comparable al hallado por Mendoza (2022) en Lima, donde el 82 % de las dadas realizó un contacto precoz adecuado, y por Sampieri et al. (2022) en México, quienes reportaron que el contacto piel a piel se asoció significativamente con el inicio oportuno de la lactancia y su mantenimiento hasta los seis meses. De acuerdo con la OMS y UNICEF (2019), la correcta aplicación de la técnica asegura beneficios fisiológicos inmediatos en la estabilización de la temperatura, la frecuencia cardíaca y la respiración del recién nacido, además de favorecer la succión temprana y eficaz.

Por el contrario, la dimensión humana evidenció un 65,7 % de inadecuado, lo que pone en evidencia una debilidad en la calidad del cuidado en la calidez, empatía y comunicación con la madre durante el contacto piel a piel. Este resultado contrasta con lo reportado por Meneses y Fidel (2023), quienes hallaron que el 88,8 % de las madres se sintió satisfecha con el aspecto humano, y con Pareja y Ramos (2023), donde el 98 % indicó satisfacción alta en esta dimensión. Esta diferencia sugiere que, a pesar de contar con protocolos técnicos y entornos adecuados, el componente humanizado aún requiere fortalecimiento en el contexto estudiado.

Desde el enfoque teórico, el cuidado transpersonal de Jean Watson sostiene que el cuidado humano va más allá de las intervenciones técnicas, ya que implica la conexión auténtica entre enfermera y paciente, basada en la empatía, la presencia y la comunicación significativa. Según Watson (2008), los momentos de cuidado transpersonal permiten generar experiencias que trascienden lo físico y fortalecen el bienestar integral. Aplicado al contacto piel a piel, esta teoría resalta que no basta con colocar al recién nacido sobre el pecho materno de manera técnica; es necesario que el personal de salud acompañe el proceso con sensibilidad, apoyo emocional y respeto, favoreciendo un vínculo de confianza y seguridad.

En este sentido, el bajo puntaje en la dimensión humana adecuada en un 34.3% sugiere la necesidad de reforzar la formación del personal de salud en competencias relacionales y de cuidado humanizado, en concordancia con la propuesta de Donabedian, quien señala que la calidad asistencial se estructura en tres componentes: técnico–científico, interpersonal y entorno. La combinación de estos elementos asegura una atención integral y efectiva.

El objetivo principal de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre, el Niño y la Niña (IHAN) es garantizar que las madres y los recién nacidos reciban la atención necesaria en el momento oportuno antes y durante su estancia en un establecimiento que preste servicios de maternidad y neonatología, a fin de poder establecer una alimentación óptima para el recién nacido, y promover, de ese modo, su salud y desarrollo. Dada la importancia demostrada de la lactancia materna, la IHAN protege, promueve y apoya ese tipo de lactancia. Al mismo tiempo, la Iniciativa también tiene como objetivo facilitar la prestación de una asistencia adecuada y la correcta alimentación de los recién nacidos que todavía no sean amamantados o que no lo sean de forma exclusiva, o que aún no puedan serlo. El Paso dos Competencia profesional del personal: Velar por que el personal cuente con los conocimientos, las competencias y las aptitudes necesarias para garantizar el apoyo a la lactancia natural (OMS y UNICEF, 2019).

Únicamente podrá dispensarse a las madres lactantes una atención adecuada cuando la necesiten si el personal cuenta con los conocimientos, las competencias y las aptitudes necesarias para ello. Por medio de la formación, los profesionales de la salud podrán adquirir competencias eficaces, transmitir mensajes coherentes y aplicar criterios normativos. Durante el contacto epidérmico inmediato y a lo largo de al menos las dos primeras horas de vida, deben tomarse medidas adecuadas de vigilancia y seguridad, a fin de que los profesionales de la salud puedan observar, evaluar y manejar cualquier señal de sufrimiento. Las madres que estén adormecidas o bajo los efectos de la anestesia o la medicación requerirán una observación más estrecha. Cuando la madre no esté totalmente despierta o no haya recuperado del todo la consciencia, deberá estar con ella un profesional de

la salud, una amiga o un familiar para evitar que el bebé se lastime accidentalmente (OMS y UNICEF, 2019).

En conclusión, los hallazgos confirman que, si bien la calidad técnica y ambiental del contacto piel a piel es adecuada, la dimensión humana representa un área crítica que debe fortalecerse. Para lograr un contacto piel a piel verdaderamente efectivo, se requiere un abordaje que integre la pericia técnica con el cuidado transpersonal, alineado a las recomendaciones de la OMS, UNICEF y la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre, el Niño y la Niña.

Tabla 3. En el Inicio de la lactancia materna en el recién nacido. Sala de partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2023. Tenemos que el 97,4% de los recién nacidos iniciaron la lactancia materna de manera correcta y el 2,6% presento un inicio incorrecto. Estos resultados reflejan un alto cumplimiento de las prácticas recomendadas para el inicio temprano de la lactancia materna (ITLM) y destacan la efectividad del contacto piel a piel inmediato tras el nacimiento.

A nivel nacional, estudios recientes respaldan esta tendencia: en Lima, Almeyda (2021) reportó que el contacto precoz piel a piel se asocia significativamente con el inicio temprano de la lactancia materna; Ortiz y Loayza (2023) encontraron que mantener contacto piel a piel incrementa la probabilidad de inicio temprano de la lactancia; en Cajamarca, Sangay (2024) evidenció una relación altamente significativa entre CPP adecuado y lactancia precoz; y en Ancash, Carranza y Huamán (2024) hallaron que el 70,4 % de los recién nacidos inició la lactancia

durante la primera hora, confirmando la asociación entre CPP y comienzo oportuno de la lactancia materna.

Los hallazgos internacionales muestran una situación similar, aunque con variabilidad: en Australia, Anderson et al. (2023) registraron un 82 % de succión efectiva con CPP inmediato; en Brasil, Melo et al. (2020) reportaron un 44,9 %; en África, Aboagye et al. (2022) observaron un 62,9 %; en Mauritania, Sarfo et al. (2024) reportaron un 57,3 %; y en un metaanálisis de África Occidental, Lewis-Koku et al. (2025) encontraron prevalencias entre 45 y 52 %. Estos datos indican que la práctica en el Hospital E.G.B. se encuentra a la altura de muchos contextos internacionales, alineándose con las normas internacionales, aunque en otros países persisten brechas importantes.

De acuerdo con la OMS y UNICEF (2019), la lactancia materna debe iniciarse en la primera hora de vida mediante contacto directo, inmediato e ininterrumpido, ya que este procedimiento disminuye significativamente el riesgo de mortalidad neonatal y favorece la producción de calostro, establecimiento de la lactancia exclusiva y desarrollo del vínculo madre-hijo. Asimismo, la implementación de los Diez Pasos y la adhesión a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) fortalecen estas prácticas. El Hospital E.G.B., con un inicio temprano de lactancia superior al 97 %, evidencia cumplimiento con estas recomendaciones internacionales, destacando la importancia de mantener la continuidad de estas estrategias en las salas de parto.

En conclusión, los resultados reflejan un inicio adecuado de la lactancia materna, coherente con la evidencia nacional e internacional y respaldado por las normas

de la OMS y UNICEF. Esto refuerza la relevancia del contacto piel a piel inmediato e ininterrumpido como factor clave para garantizar la lactancia materna precoz y el bienestar neonatal.

Tabla 4 Sobre la relación entre la calidad del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. 2023. Tenemos que el 62,7% de los RN con inicio de la LM correcta su calidad del contacto pial a piel fue adecuada. Observándose también que el 18,7% de los RN con inicio correcto de la LM su calidad del contacto piel a piel fue inadecuado. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables, $P=0,000$. El valor de Chi Cuadrado calculado (71.385) es mucho mayor que el valor crítico (5.991) y la significancia es menor a 0.001, lo que indica que la relación entre ambas variables es estadísticamente significativa. Es decir, el contacto piel a piel influye significativamente en el inicio de la lactancia materna. El valor V de Cramer = 0.516 indica la magnitud de la relación entre las variables, indica una asociación alta entre la calidad del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. 2023.

Los resultados obtenidos muestran que existe una relación significativa entre el contacto piel a piel (CPP) y el inicio temprano de la lactancia materna en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón, lo que coincide con la evidencia internacional y las recomendaciones de la OMS y UNICEF (2019) en la guía “Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño”.

Este hallazgo coincide con estudios internacionales: en Arabia Saudita, Almitairi (2021) resalta que CPP y lactancia inmediatos son mediadores centrales del proceso fisiológico postparto; en Chile, Astorga Escudero et al. (2021) encontraron que CPP mejora la eficacia de la primera toma, prolonga la lactancia y aumenta la probabilidad de lactancia exclusiva a los seis meses; y en México, Vargas-Luna et al. (2021) demostraron que la calidad percibida del CPP predice significativamente el inicio precoz de la lactancia (OR = 2,4; IC95%: 1,6–3,8).

Ensayos clínicos y estudios prospectivos en América Latina muestran resultados similares: Agudelo et al. (2021) en Colombia evidenciaron que el inicio inmediato versus temprano de CPP mantiene la duración de la lactancia materna exclusiva;

Dueñas-Espín et al. (2021) en Ecuador identificaron al CPP temprano como un fuerte protector de la lactancia materna exclusiva; Giang et al. (2022) en Vietnam hallaron una relación dosis-respuesta significativa entre la duración del CPP y la lactancia materna exclusiva durante la hospitalización; y Bedford et al. (2022) en Canadá reportaron que CPP temprano se asocia con mayores tasas de lactancia exclusiva a los cuatro meses.

En Europa y Medio Oriente, Cotobal (2023) y Schlesinger et al. (2024) refuerzan la importancia de mantener el CPP prolongado y sin interrupciones para garantizar la lactancia exitosa, mientras que Prian-Gaudiano et al. (2024) en México demostraron que CPP en la primera hora incrementa la probabilidad de lactancia exclusiva a los 3 y 6 meses.

A nivel nacional, los estudios en Perú respaldan ampliamente estos hallazgos: Cajacuri (2020) identificó al CPP como principal factor para el inicio oportuno de la lactancia; Bonelly y Quispe (2023) encontraron asociación significativa entre CPP y lactancia precoz en Juliaca; Sangay (2024) evidenció relación altamente significativa en Cajamarca; Augusto, Salinas y Jesús (2024) reportaron que la satisfacción materna aumenta cuando se realiza CPP y lactancia precoz; y Cano (2019) destacó la satisfacción de las madres con la atención de enfermería en Neonatología del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, lo que contribuye al establecimiento del CPP y la ITLM.

La guía OMS/UNICEF (2019) enfatiza que el CPP inmediato e ininterrumpido, apoyado por personal capacitado, es un paso crítico dentro de los Diez Pasos hacia la lactancia exitosa y un componente central de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. El apoyo técnico y humano durante este proceso asegura que el recién nacido se agarre correctamente al pecho y recibe el calostro, optimizando la nutrición, la inmunidad y la vinculación afectiva.

En conclusión, los hallazgos corroboran las recomendaciones internacionales: el CPP inmediato no solo favorece la lactancia materna precoz, sino que constituye un componente esencial de la atención neonatal de calidad, en concordancia con los estándares de la IHAN y las políticas de promoción de lactancia materna de la OMS y UNICEF.

CAPITULO V

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

El presente estudio demuestra que:

- La calidad del contacto piel a piel fue en su mayoría adecuada (81,3%), destacando especialmente la dimensión técnica (73,5%) y el entorno (91%). Sin embargo, la dimensión humana presentó debilidades importantes (34,3%), lo que evidencia la necesidad de fortalecer el aspecto emocional y de comunicación durante el cuidado del procedimiento del CPP.
- El inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida fue elevado (97,4%), lo que confirma la eficacia del contacto piel a piel como estrategia clave para favorecer la instauración temprana de la lactancia materna.
- Existe una relación estadística significativa entre la calidad del contacto piel a piel e inicio de la lactancia materna en el recién nacido. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2023, ya que la mayoría de las madres cuyos recién nacidos recibieron un contacto piel a piel adecuado lograron iniciar la lactancia en la primera hora.

5.2. Recomendaciones

- Fortalecer la dimensión humana del contacto piel a piel mediante capacitaciones constantes al personal de salud en comunicación empática y trato humanizado, a fin de mejorar la experiencia emocional de la madre y el recién nacido.
- Garantizar el cumplimiento del inicio temprano de la lactancia materna (ITLM) a través de protocolos estandarizados que promuevan el inicio en la primera hora de vida y que incluyan seguimiento del equipo de salud.
- Impulsar programas educativos para gestantes y sus familias durante el control prenatal, orientados a sensibilizar sobre la importancia del contacto piel a piel y del ITLM como prácticas esenciales para la salud y el vínculo madre-hijo.
- Fomentar investigaciones futuras en diferentes regiones del país y en distintos niveles de atención en salud, con el fin de comparar resultados y generar evidencia que sustente políticas públicas a favor de la lactancia materna y el cuidado humanizado en la primera hora de vida.
- Desarrollar investigación específicamente en la dimensión humana en el CPP con la finalidad de ahondar en los indicadores: identificación, respeto, información, privacidad, interés manifiesto, amabilidad y ética. Con el fortalecimiento de este indicador se va garantizar un cuidado humano: empático, amable, basado en la ayuda y confianza con el binomio madre-RN.

- El perfil del profesional de enfermería que laboran en la unidad de la atención inmediata del recién nacido debe ser de mucha empatía e identificación con el binomio madre niño.
- Respetar la privacidad del vínculo afectivo entre los padres y el recién nacido, brindándoles un espacio adecuado para expresar libremente sus muestras de cariño y afecto hacia su bebé.
- Todas las enfermeras que laboran en la unidad de la atención inmediata del recién nacido deben ser especialista.

CAPITULO VI

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboagye RG, Ahinkorah BO, Seidu AA, Anin SK, Frimpong JB, Hagan JE Jr. (2023). Mother and newborn skin-to-skin contact and timely initiation of breastfeeding in sub-Saharan Africa. PLoS One. 2023 Jan 10;18(1):e0280053. doi: 10.1371/journal.pone.0280053. PMID: 36626377; PMCID: PMC9831337.

Academia Americana de Pediatría. (2021). Reanimación neonatal. 8va ed.

Agudelo SI, Gamboa OA, Acuña E, Aguirre L, Bastidas S, Guijarro J, Jaller M, Valderrama M, Padrón ML, Gualdrón N, Obando E, Rodríguez F, Buitrago L. (2021). Randomized clinical trial of the effect of the onset time of skin-to-skin contact at birth, immediate compared to early, on the duration of breastfeeding in full term newborns. Int Breastfeed J. 2021 Apr 13;16(1):33. doi: 10.1186/s13006-021-00379-z. PMID: 33849584; PMCID: PMC8043060.

Agudelo SI, Gamboa OA, Molina CF.(2022). Análisis de Costo Efectividad del Contacto Piel a Piel al Nacimiento, Temprano vs Inmediato, en la Morbilidad Neonatal de Recién Nacidos de Bajo Riesgo. Value Health Reg Issues. 2022 Jul; 30:100-108. doi: 10.1016/j.vhri.2022.01.002. Epub 2022 Mar 22. PMID: 35334253. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35334253/>

Almeyda, C. (2021). Asociación entre el contacto precoz piel a piel y las características de la lactancia materna en hijos de las mujeres en edad

reproductiva del Perú, ENDES 2019 [Universidad Alas Peruanas].
<https://hdl.handle.net/20.500.12990/10016>

Almutairi W. M. (2021). Literature Review: Physiological Management for Preventing Postpartum Hemorrhage. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(6), 658. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060658>

Anchapuri Catacora, Y. y Limache Vargas M. (2019). Satisfacción del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en madres puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacana, 2019. [Tesis de Segunda Especialidad en enfermería, Universidad Nacional Federico Villarreal].
http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3813/138_2019_anchapuri_catacora_yc_limache_vargas_mg_facs_segunda_especialidad_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Anderson, L., McKinlay, C., & Thompson, J. (2023). Immediate versus delayed skin-to-skin contact: Effects on breastfeeding initiation and neonatal outcomes. *Journal of Human Lactation*, 39(2), 301–310.
<https://doi.org/10.1177/08903344231156412>

Antunes, M. de CF de B. ., Teixeira, JDBM ., & Costa, IMM de y SR. (2022). El contacto piel con piel en el éxito de la lactancia materna: una revisión exploratoria. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermería*, 12 (38), 362–374. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.362-374>

Apple, R. D. (1987). *Mothers and medicine: A social history of infant feeding, 1890–1950*. University of Wisconsin Press.

Astorga Escudero, S., Aguirre González, P. P., Anich Gutiérrez, F., & González, A. (2021). El contacto piel a piel como promotor de la lactancia materna, y su posible relación con la disminución de la hiperbilirrubinemia. *Pediatría Electrónica*, 18(3), 35–38.

Augusto, K., Salinas, J., Jesus, S. (2024). Satisfacción de las madres del recién nacido con relación al contacto piel a piel con el inicio de la lactancia precoz en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari-Huánuco 2024 [Universidad Nacional del Callao].
<https://hdl.handle.net/20.500.12952/10208>

Banco Mundial. (2023). *Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos) – Perú*.
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?locations=PE>

Bedford R, Piccinini-Vallis H, Woolcott C. (2022). The relationship between skin-to-skin contact and rates of exclusive breastfeeding at four months among a group of mothers in Nova Scotia: a retrospective cohort study. *Can J Public Health*. 2022 Aug;113(4):589-597. doi: 10.17269/s41997-022-00627-7. Epub 2022 Apr 1. PMID: 35362936; PMCID: PMC9263019.

Bejarano, B., Calderón, G., & Chacón, I. (2022). *El contacto piel a piel con el padre en sustitución a madres cesareadas y beneficios en el recién nacido en un hospital público de Huánuco 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Hermilio Valdizán]. Repositorio Institucional UNHEVAL. <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/7845/TEN01216B37.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Bergman, N. (2024). Las nuevas políticas sobre el contacto piel con piel justifican una perspectiva basada en la oxitocina sobre la atención de la salud perinatal. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1385320>

Bode, L. (2012). Oligosacáridos de la leche humana: todo bebé necesita una mamá dulce. *Glicobiología*. Setiembre 2012; 22(9): 1147-1162. DOI: 10.1093/glicob/cws074

Bonelly, T y Quispe, E. (2023). Contacto piel a piel y lactancia materna precoz en puérperas del Centro de Salud Santa Adriana – Juliaca. Perú. 2023. <http://50.18.8.108/handle/20.500.14140/1668>

Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., Fawzi, W. W., Missmer, S. A., Lieberman, E., Kajeepeta, S., Wall, S., & Chan, G. J. (2016). Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1), e20152238. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2238>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

Cajacuri Gonzales, R. (2020). Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna. Lima. [Tesis de Maestría, Universidad Cesar Vallejo].

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/51644/Cajacuri_GRP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cano Herrera, C. A. (2019). *Calidad de atención de enfermería y satisfacción del usuario externo, servicio de Neonatología, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote – 2019* (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/52981>

Cañamero, S. (2021). El inicio de la lactancia materna en el bebé. Guíainfantil.com. <https://www.guiainfantil.com/articulos/alimentacion/lactancia/el-inicio-de-la-lactanciamaterna-en-el-bebe/>

Carranza Morales, A., y Huamán Reyes, M. (2024). Contacto piel con piel y comienzo de la lactancia materna precoz del recién nacido en un hospital público. Chimbote, 2023. <https://hdl.handle.net/20.500.14278/4637>.

Castillejo, Agudelo y Gómez. (2021). Práctica de la lactancia materna y factores asociados entre mujeres jóvenes y adultas en el Municipio de Envigado, Antioquia-Colombia. Facultad de Ciencias de la Nutrición y los Alimentos, CESNUTRAL. Universidad CES. Medellín, Colombia. <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/220/208>

Colegios de Enfermeros del Perú. (2008). Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. Lima – Perú.

Colegio de Enfermeros del Perú. (2024). *Normas de gestión del cuidado*. CEP.

Colegio de Enfermeros del Perú. (2025). Documentos normativos. Estatuto 2024.
<https://www.cep.org.pe/documentos-normativos>.

Collière, M. F. (1993). *Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Interamericana McGraw-Hill.

Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). *Definición de la enfermería*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch>

Cotobal Calvo, E. M. (2023). Contacto piel con piel e inicio y éxito de la lactancia materna exclusiva. *Paraninfo Digital*, (37), e37018o. Recuperado a partir de <https://ciberindex.com/c/pd/e37018o>

Cucchi Torres, N. y Cruzado Flores, K. (2020). Beneficio del contacto inmediato piel a piel después del nacimiento para el logro y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en recién nacidos. [Trabajo académico para optar el título de especialista en cuidado de enfermero en neonatología, Universidad Privada Norbert Wiener].
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3723>

Creighton, S. (2023, 17 de enero). *Avedis Donabedian: The creator of the Donabedian Model of Care*. Life QI. Recuperado de <https://blog.lifeqisystem.com/avedis-donabedian>

Chávez, G., Dueñas, F. (2021). Contacto piel a piel y lactancia materna precoz en madres de recién nacidos del servicio de atención inmediata del Centro Salud Ocros – Ayacucho, 2021 [Universidad Nacional del Callao]. <https://hdl.handle.net/20.500.12952/6108>

Chessa Lutter. (2010). Washington: OPS; 2010. El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para la supervivencia y desarrollo. <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Resumentecnico.pdf>

Donabedian A. (2001). La calidad de la atención médica. Rev Calid Asist. 2001;16: s29–38. https://www.fadq.org/wpcontent/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_atención_médica_Donabedian.pdf

Dueñas-Espín I, León Cáceres Á, Álava A, Ayala J, Figueroa K, Loor V, Loor W, Menéndez M, Menéndez D, Moreira E, Segovia R, Vincés J. (2021). Educación sobre lactancia materna, contacto piel con piel temprano y otros determinantes fuertes de la lactancia materna exclusiva en una población urbana: un estudio prospectivo. BMJ Open. 18 de marzo de 2021; 11(3): E041625. doi: 10.1136/bmjopen-2020-041625. PMID: 33737421; PMCID: PMC7978273.

Duque R. (2013). Desarrollo de los vínculos afectivos durante el embarazo, parto y el primer año de vida. Universidad de Cantabria.

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2974/DuqueNu%C3%B1ezR.pdf?sequence=1>

ENDES. (2020). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Instituto Nacional de Estadística e Informática. <https://www.inei.gob.pe>

Erazo Noguera, P. C., Jara Muñoz, E. V., & Morán Arias, S. X. (2024). Apego precoz, situación actual del Hospital Metropolitano de Quito, Ecuador. Estudio descriptivo transversal durante el período agosto de 2022 a agosto de 2023. *Metro Ciencia*, 32(2), 10–21. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol32/2/2024/10-21>

Farkas, C., Santelices, M. P., Aracena, M., & Pinedo, J. (2008). *Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas*. *Psykhé*, 17(1), 65-80. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282008000100007>

Farro Cornejo, D. Y., & Gutiérrez Vargas, D. D. (2015). *El contacto piel a piel en la atención inmediata del recién nacido desde la perspectiva de la madre y la enfermera, microred Chiclayo 2014* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio Digital de USAT. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/466>

Fernández L., Arial R., Cnossen C., Mendes dos Passos V., Doriguêto Mara.,
Cardoso B. (2020). Factores asociados con el contacto piel a piel en una
maternidad. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil.
[https://www.scielo.br/j/ean/a/3t67VjFnZzgZqwRXg5QFvDx/abstract/?lang
=es&format=html](https://www.scielo.br/j/ean/a/3t67VjFnZzgZqwRXg5QFvDx/abstract/?lang=es&format=html).

Kuamoto S., Bueno M., Gonzales Riesco M. (2021). Skin-to-skin contact between
mothers and full-term newborns after birth: a cross-sectional study. Rev Bras
Enferm. 2021 Apr 26;74(suppl 4):e20200026. English, Portuguese. doi:
10.1590/0034-7167-2020-0026. PMID: 33909808

FIGO. (2022). El aprovechamiento de la hora mágica: se recomienda la lactancia
materna dentro de la primera hora de vida.
[https://www.figo.org/sites/default/files/2023-
07/Pronunciamiento%20FIGO_se%20recomienda%20la%20lactancia%20m
aterna%20dentro%20de%20la%20primera%20hora%20de%20vida_2023.p
df](https://www.figo.org/sites/default/files/2023-07/Pronunciamiento%20FIGO_se%20recomienda%20la%20lactancia%20materna%20dentro%20de%20la%20primera%20hora%20de%20vida_2023.pdf)

FIGO. (2023). Harnessing the golden hour: recommended breastfeeding within first
hour of life. [https://www.figo.org/sites/default/files/2023-
07/FIGO%20Statement_breastfeeding%20recommended%20within%20first
%20hour%20of%20life_2023.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/2023-07/FIGO%20Statement_breastfeeding%20recommended%20within%20first%20hour%20of%20life_2023.pdf)

Fundación canguro. (2018). Edgar Rey Sanabria. Bogotá. Colombia. Disponible

<https://fundacioncanguero.co/wp-content/uploads/2018/12/KMC-History.-Edgar-Leonardo-Rey-L%C3%B3pez-de-Mesa-MD-Coordinator-of-the-Samaritan-Hospital-UF-Zipacquir%C3%A1-Colombia-1.pdf>

Gangal, P., Bhagat, K., Prabhu, S., & Nair, R. (2007). *Breast crawl: initiation of breastfeeding by breast crawl*. UNICEF India. Recuperado de <http://www.breastcrawl.org/pdf/breastcrawl.pdf> elsevier-elibrary.com+2

Giang HTN, Duy DTT, Vuong NL, Ngoc NTT, Pham TT, Tuan LQ, Oai L, Do Thuc Anh P, Khanh TT, Thi NTA, Luu MN, Nga TTT, Hieu LTM, Huy NT. (2022). Prevalence of early skin-to-skin contact and its impact on exclusive breastfeeding during maternity hospitalization. *BMC Pediatr*. 2022 Jul 7;22(1):395. doi: 10.1186/s12887-022-03455-3. PMID: 35799125; PMCID: PMC9261219.

García May, PK., Coronado Zarco, IA., C. Valencia Contreras, C. y Nuñez Enríquez, JC. (2018). Contacto piel a piel al nacimiento, *Perinatología y Reproducción Humana*, Volume 31, Issue 4, <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.03.011>

Gómez, A. (2006). Contacto precoz. Actualización CPP 2006. https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/2010/12/piel-con-piel_1.pdf

González L, Velandia A, Flores V. (2009). Humanización del cuidado de enfermería.

De la formación a la práctica clínica. CONAMED. 2009.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444>

Guzmán Vela, F. (2015). 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 para optar el título de licenciada en obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

Healthy Children.org. (2024, 3 de septiembre). *Calostro: la primera comida de su bebé*. HealthyChildren.org (American Academy of Pediatrics).

<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/Paginas/colostrum-your-babys-first-meal.aspx>

Herrera Gómez, A., Ramos Torrecillas, J., Concepción Ruiz, O., Ocaña Peinado, F., De Luna Bertos, E., & García Martínez, O. (2019). Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna. *Nutrición Hospitalaria*, 36(5).
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.02510>

Humet, C. (2001). Calidad asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*.16 (01).

<https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>

Hussen NM, Kassa TH, Habtie GM. (2024). Multilevel analysis of early initiation of breastfeeding in Ethiopia. *Front Public Health*. 2024 May 15;12:1393496.

doi: 10.3389/fpubh.2024.1393496. PMID: 38813432; PMCID: PMC11133667.

Jiménez, Corona., Hernández, L., Olivares, P., Zavaleta, Ch. (2022). Influencia del estado nutricional materno sobre la lactancia materna exclusiva: Revisión Bibliográfica. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo: México. 2022. 10: 20, 9- 19. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/huejutla/article/view/8466/8917>

Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*, 324(7342), 892–895. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.892>

Kakulas, F. (2013). Células protectoras en la leche materna: ¿para el bebé y la madre? *¡Chapoteo! actualización de la ciencia de la leche de abril 2013*; Consorcio Internacional de Genómica de la Leche. <https://milkgenomics.org/article/protective-cells-in-breast-milk-for-the-infant-and-the-mother/>

Kumaresan T, Flink-Bochacki R, Huppertz JW, Morris B. (2022). Prevalencia y predictores del contacto piel con piel madre-hijo al nacer: hallazgos de un centro médico terciario de EE. UU. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022 Dic; 35(25):10206-10212. doi: 10.1080/14767058.2022.2122804. Epub 12 de septiembre de 2022. PMID: 36096719.

Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*.

National League for Nursing

Lewis-Koku MO, Fleming CAK, Pachau LN, Elmighrabi NF, Agho KE. (2025).

nicio temprano de la lactancia materna y lactancia materna exclusiva en países anglófonos y francófonos de África Occidental: revisión sistemática y metanálisis de prevalencia. *Niño materno Nutr.* Abril de 2025; 21(2):E13792. doi: 10.1111/mcn.13792. Epub 7 de enero de 2025. PMID: 39764605; PMCID: PMC11956053.

Li, J., & Sun, R. (2024). Evidence summary: How to implement early mother-infant skin-to-skin contact after delivery. *Women and Children Nursing*, 2(2), 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.wcn.2024.06.001>

López Ramírez, E., Sifuentes Valenzuela, M., Lucero Rodríguez, R., Aguilar, S. y Perea González, G. (2021). Evaluación de la calidad del servicio en las clínicas de la Licenciatura en Estomatología de la buap: metodologías SERVPERF y Donabedian. *Entre ciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, vol. 9, núm. 23, 2021. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2021.23.77710>

López Tafur, S., De la Cruz León, M. y Velarde Herrera, G. (2024). El poder del contacto piel a piel en el mantenimiento de la lactancia materna. *Revista Enfermería Herediana*. DOI: <https://doi.org/10.20453/renh.v17i.2024.5972>

Llinas Delgado, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (1): 143-154.
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n1/v26n1a14.pdf>.

Mandujano, E. (2018). Actitudes de la madre sobre el contacto piel a piel en recién nacido del hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari amarilis-Huánuco 2018. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Universidad Nacional de Huánuco].
<http://200.37.135.58/handle/123456789/1847>.

Maternify. (2025, 10 de marzo). *¿Qué es el calostro y qué beneficios tiene?*. Maternify Blog. <https://www.maternify.io/blog/el-calostro>

Mateo Sota, S. (2014). El contacto piel a piel: Beneficios y limitaciones. Curso de adaptación al grado de enfermería. Universidad de Cantabria.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5119/MateoSotaS.pdf>

Martin y Viudes. (2010). Importancia del contacto precoz piel con piel en el recién nacido sano durante el trabajo de parto. Dialnet. ISSN 1138-7262.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3240513>

Marriner Tomey y Raile Alligood. (2011). Modelos y teorías en Enfermería. España.: Madrid: Elsevier; 2011. España.

- Melo Campos, P., Geremias Gouveia, H., Rodrigues Strada, J y Alibio Moraes, B. (2020). Contacto piel con piel y lactancia materna del recién nacido en un hospital universitario. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>
- Mendoza N, C. (2022). cuidados enfermeros que favorecen la lactancia materna del recién nacido en la primera hora de vida, en un centro de Salud nivel I-4. (2022) Lambayeque. Metodología: Investigación cualitativa, con abordaje fenomenológico. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/12295>
- Meneses Gutiérrez, E. I., & Fidel Quispe, N. (2023). *“Satisfacción materna del contacto precoz piel a piel y su relación con el inicio temprano de la lactancia materna. Centro de Salud Los Licenciados. Enero - marzo, 2022”*.
- MINSA. (2014). Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño. Ministerio de Salud - Dirección General de Salud de las Personas. Lima – Perú.
- MINSA. (2014). Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. Ministerio de Salud - Dirección General de Salud de las Personas. Lima – Perú.
- MINSA. (2019). *Resolución Ministerial N.º 658-2019/MINSA: Aprueban las “Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2019-2023”*.

<https://www.gob.pe/38070-prioridades-nacionales-de-investigacion-en-salud>

MINSA. (2019). Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Guía técnica.

MINSA, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Ministerio de Salud. (2022). *Norma técnica de salud para la atención del parto vertical con adecuación intercultural*. <https://www.gob.pe>

Ministerio de Salud. (2024). *Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal* (TS N.º 214-MINSA/DGIESP-2024).

Miñano Adrianzen, E., & Cisneros Infantas, L. H. (2024). Contacto piel a piel como factor protector de lactancia materna exclusiva en el Hospital Belén de Trujillo. *Revista Peruana De Pediatría*, 76(1), 2a1–2a10. <https://doi.org/10.61651/rped.2024v76n1p2a1-2a10>

Mite G. (2017). Vínculo afectivo madres-hijos neonatos a término según edad y paridad: una comparación. Colombia; 2017.

Mitra S, Rennie J. (2017). Neonatal jaundice: aetiology, diagnosis and treatment. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2017;78(12):699-704. Available in: https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10061466/1/Neonatal%20supplement_jaundice%202.pdf.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). *Early skin- to- skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Muñoz Hernández, Y., Coral Ibarra, R., Moreno Prieto, D., Pinilla Pinto, D., & Suárez Rodríguez, Y. (2009). Significado del cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 18(4), 246-250. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-552234?lang=es>

Navarro-Ordinola, Grecia, Mogollón-Torres, Flor de María, Vega-Ramírez, Angelica Soledad, & Díaz-Manchay, Rosa Jeuna. (2024). Experiencias del equipo de salud en la aplicación del contacto piel con piel. *Revista Cubana de Pediatría*, 96, . Epub 13 de marzo de 2024. Recuperado en 29 de junio de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312024000100002&lng=es&tlng=es

Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Harrison.

Odent, M. (2014). *Childbirth and the future of homo sapiens*. Pinter & Martin.

OMC. (16 de marzo de 2021). La OMS insta a mantener el contacto piel con piel tras el nacimiento para salvar 125.000 vidas pese a la pandemia.

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-insta-mantener-el-contacto-piel-con-piel-tras-el-nacimiento-para-salvar-125000-vidas>

OMS. (1998). Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. División de Salud y Desarrollo del Niño. 1998. [Fecha de acceso: 01 de julio del 2021].

http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf.

OMS/OPS. (2018). Leche materna desde la primera hora de vida. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14530:3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life&Itemid=135&lang=es

OMS y UNICEF. (2019). Aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa «Hospital Amigo del Niño» <https://www.unicef.org/ecuador/media/13706/file>

OMS. (2020). Ginebra: OMS; 2020 [citado el 05 de enero de 2020]. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos. <https://www.who.int/es/news-oom/factsheets/detail/newborns-reducingmortality#:~:text=La%20cifra%20mundial%20de%20muertes,2%2C4%20millones%20en%202019>

- OMS. (2023). *Contacto piel a piel inmediato tras el nacimiento*. OMS.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240067132>
- OMS. (2023, 20 de diciembre). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*.
Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> Organización Mundial de la Salud
- OMS. (2025). Servicios de salud de calidad. Recuperado de
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- OPS. (2020). Semana Mundial de la Lactancia Materna. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
- OPS y OMS. (2020). Servicios de Calidad. Guía de planificación. Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56398/9789275325957_spa.pdf
- Orenga, E. (2017). Modelo humanístico de Jean Watson: implicaciones en la práctica del cuidado. Universidad internacional de Catalunya. España,
https://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/917/TFG_Esther%20Orenga%20Villanueva_2018.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- Ortiz; K y Loayza, M. (2023). Factores asociados al inicio temprano de lactancia materna entre mujeres peruanas. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962023000100006&script=sci_arttext&tlng=pt

- Paredes, (2024). Características del contacto piel a piel madre hijo y el vínculo afectivo materno, Hospital de Apoyo Cajabamba 2023 [Tesis de segunda especialidad, Universidad Privada Antenor Orrego]. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/27071>
- Pareja, F., Ramos, N. (2023). Percepción del cuidado de enfermería y satisfacción de la madre sobre el contacto piel a piel en el Hospital San Bartolomé - Lima 2023 [Universidad Nacional del Callao]. <https://hdl.handle.net/20.500.12952/8303>
- Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena de Pediatría*, 78 (Supl 1): 96-102. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v78s1/art08.pdf>
- Poblete M, Valenzuela S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul. Enferm.* https://www.researchgate.net/publication/250049672_Cuidado_humanizado_un_desafio_para_las_enfermeras_en_los_servicios_hospitalarios
- Porter, RH. (2004). RH: The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta Paediatr* 2004; 93: 1560-1562.
- Poves Campos, Jazmín Zenaida. (2022). Contacto piel a piel durante el posparto y sus beneficios en el desarrollo fisiológico y comportamental en recién nacidos durante la primera hora: una revisión narrativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/17580>

Prian-Gaudiano A, Horta-Carpinteyro D, Sarmiento-Aguilar A. (2024). Relationship between skin-to-skin contact during the first hour of life and duration of exclusive breastfeeding. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2024;81(1):10-15. English. doi: 10.24875/BMHIM.23000160. PMID: 38503328

Quispe Becerril, Y (2023) “Satisfacción de las madres puérperas del cuidado de enfermería sobre el contacto piel a piel y apego a la lactancia materna del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Villa El Salvador. Lima. Perú. 2023”
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9294/T061_10011485_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Raile Alligood, M. (2022). *Modelos y teorías en enfermería* (10.^a ed.). Elsevier.

Ríos Mori C.M. y Lías Cuervo, M. P. (2015). Contacto piel a piel inmediato al nacimiento y beneficios en el recién nacido sano en los primeros 30 minutos. *Revista. Cuidado y Salud/KAWSAYNINCHIS*, 2(2):177-186.
https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v2i2.1126

Roque Sumari, J. E. (2019). *Características del contacto precoz piel a piel madre-neonato en recién nacidos a término del Hospital Carlos Monge Medrano* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional de la UNAP. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/9699>

Ruelas E., Morales W. (1997). *Calidad y seguridad hacia la salud de poblaciones.* Academia nacional de medicina. México. Colección de aniversario.

[https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L18-calidad seguridad Hacia-la-salud-de-poblaciones.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L18-calidad_seguridad_Hacia-la-salud-de-poblaciones.pdf).

Ruiz-Peláez, J. G., Charpak, N., & Cuervo, L. G. (2004). Kangaroo mother care, an example to follow from developing countries. *BMJ*, 329(7475), 1179–1181. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7475.1179>

Saldaña, C. (2020). Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio temprano de la lactancia materna. Hospital Regional docente de Cajamarca. 2019. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/3713>

Sampieri CL, Fragoso KG, Córdoba-Suárez D, Zenteno-Cuevas R, Montero H. (2022). Influencia del contacto piel con piel en la lactancia materna: resultados de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica de México, 2018. *Int Breastfeed J*. 7 de julio de 2022; 17(1):49. DOI: 10.1186/s13006-022-00489-2. PMID: 35799253; PMCID: PMC9261042.

Sangay Aquino, Edelmira. (2024). Contacto piel a piel y el inicio precoz de lactancia materna en recién nacidos atendidos en el centro de Salud Baños del Inca – Cajamarca, 2024”. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/7385>

Sarfo M, Aggrey-Korsah J, Adzighbli LA, Atanuriba GA, Eshun G, Adeleye K, Aboagye RG. (2024). Prevalence of early initiation of breastfeeding and its associated factors among women in Mauritania: evidence from a national survey.

Int Breastfeed J. 2024 Oct 2;19(1):69. doi: 10.1186/s13006-024-00669-2. PMID: 39358717; PMCID: PMC11448303.

Schlesinger, E., Hatiel, K., Hod, N., & Shinwell, E. S. (2024). Longer skin-to-skin contact after birth enhances breastfeeding quality and duration: A cohort study. *Acta Paediatrica*, 113(12), 2637–2642. <https://doi.org/10.1111/apa.17388>

Smith, Emily R., Lisa Hurt, Ranadip Chowdhury, Bireshwar Sinha, Wafaie Fawzi y Karen M. Edmond. (2017). "Retraso en el inicio de la lactancia materna y supervivencia infantil: una revisión sistemática y un metanálisis". PLoS ONE 12 (7): e0180722. doi: 10.1371/journal.pone.0180722. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>.

Spitz, R. A. (1945). Hospitalism—An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1(1), 53–74. <https://doi.org/10.1080/00797308.1945.11823526>

Tejada, S. (2024). El contacto piel con piel desde las experiencias de madres atendidas en un centro de salud de Lambayeque, 2023 [Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/7703>

UNICEF. (2016). *From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*. <https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-02/From-the-first-hour-of-life-ENG.pdf>

UNICEF, OMS. (2018). Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. Nueva York: UNICEF.

Vadillo, V. (2018, 19 de noviembre). *Murcia regula por ley el 'piel con piel' entre la madre y el recién nacido.* El País.
https://elpais.com/sociedad/2018/11/19/actualidad/1542615691_043105.html

Vargas-Luna, F., Pérez-Rodríguez, M., & Martínez-García, L. (2021). Calidad del contacto piel a piel y su relación con el inicio temprano de la lactancia materna. *Revista de Enfermería y Salud Pública*, 8(2), 45–53.
<https://doi.org/10.22201/ensp.12345678>

Watson, J. (1988). *Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing.* New York: National League of Nursing.

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Widström AM., Brimdyr K., Svensson K., Cadwell K., Nissen E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr.* 2019 jul;108(7):1192-1204. doi: 10.1111/apa.14754.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6949952/#apa14754-bib-0001>

CAPITULO VII

ANEXO N° 01: Factores de cuidado y procesos de caridad

Factores de cuidado	Procesos de caridad
«La formación de un sistema de valores altruista-humanista»	«Práctica de la amabilidad amorosa y la ecuanimidad en el contexto de la conciencia de cuidado»
«Instilación de la fe-esperanza»	«Estar auténticamente presente y posibilitar y sostener el sistema de creencias profundas y la vida del mundo subjetivo de uno mismo y de la persona a la que se cuida»
«Cultivo de la sensibilidad sobre el propio yo y el de los demás»	«Cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal, ir más allá del propio ego»
«Desarrollo de una relación de ayuda-confianza»; convertirse en «autores de una relación de cuidado humano, de ayuda-confianza»	«Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidado auténtica basada en la ayuda y la confianza»
«Fomento y aceptación de la expresión de sentimientos negativos y positivos»	«Asumir y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como una conexión entre el yo más profundo y la persona a la que se cuida»
«Uso sistemático del método de resolución de problemas científico para la toma de decisiones»; conseguir «un uso sistemático del proceso de cuidado basado en una resolución de problemas creativa»	«Uso creativo de uno mismo y de todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidado; participación en el arte de las prácticas de cuidado-curación»
«Fomento de la enseñanza-aprendizaje transpersonal»	«Implicación en una experiencia genuina de enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y del significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de los demás»
«Logro de un entorno mental, físico, social y espiritual de apoyo, protección y/o corrector»	«Creación de un entorno de curación a todos los niveles (tanto físico como no físico, un entorno sutil de energía y conciencia en el que se potencie la plenitud, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz)»
«Ayuda en la cobertura de las necesidades humanas» «Autorización de fuerzas existenciales fenomenológicas»; fomento de la «autorización de las fuerzas existenciales fenomenológicas-espirituales»	«Ayuda con las necesidades básicas con una conciencia de cuidado intencionada, administrando los “elementos esenciales del cuidado humano”, lo que potencia la alineación entre mente, cuerpo y espíritu, la integridad y la unidad del ser en todos los aspectos del cuidado»
«autorización de las fuerzas existenciales fenomenológicas-espirituales» (en la página	«Apertura y atención a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la vida-muerte propia; cuidado del alma propia y de aquellos a los que se cuida»

Modificado de Watson, J. (1979). Nursing: The philosophy and science of caring. (pp. 9–10). Boston: Little, Brown (factores de cuidado), y Watson, J. (2008). Nursing: The philosophy and science of caring. Revised & Updated Edition. Boulder, CO: University Press of Colorado (procesos de caridad)

ANEXO N° 02

Hormona que intervienen en las nueve etapas del contacto piel a piel de

Widström

El contacto piel a piel activa un sistema neuroendocrino que favorece la adaptación fisiológica del neonato y fortalece el vínculo afectivo. Estas son las hormonas principales y su intervención en las 9 etapas de Widström.

ETAPAS	ACCION DEL RN	HORMONAS INVOLUCRADAS	FUNCION HORMONAL
1. Llanto al nacer	Llanto fuerte, expansión pulmonar.	Cortisol	Inicia adaptación.
		Endorfinas	Calman.
2. Relajación	Reposo tranquilo, respiración estable.	Oxitocina	Calman.
		Endorfinas	Producen bienestar.
3. Despertar	Movimientos de cabeza, apertura de ojos.	Oxitocina	Favorece vinculo
		Dopamina	Atención
4. Actividad	Movimiento de brazos, boca, olfateo.	Dopamina	Motiva búsqueda
		Oxitocina	Refuerza apego
5. Descanso	Pausas de reposo intermitente.	Endorfinas	favorecen calma y autorregulación
6. Gateo hacia el pezón	Movimientos reflejos hacia el pecho.	Dopamina	Refuerza apego
		Oxitocina	Guía búsqueda
7. Familiarización	Lamer, masajear pecho, olfatear.	Oxitocina	Refuerzo de apego
		Dopamina	Aprendizaje del entorno
8. Succión	Prende y succiona por primera vez.	Oxitocina	Eyección leche
		Prolactina	Produce leche
9. Sueño	Sueño profundo, satisfacción.	Endorfinas	Relajan,
		Oxitocina	Mantiene bienestar.

ANEXO N° 03

Muestra

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

Nivel de confianza: $1 - \alpha = 0,95 = 95\%$

Valor de la distribución normal estándar: $Z = 1,96$

Proporción de éxito de la tutoría online: $p = 0,5$

Proporción de fracaso de la tutoría online: $q = 0,5$

Tamaño de población: $N = 880$

Error de estimación: $e = 0,0605 = 6,05\%$

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 880}{1,96^2 * 0,5 * 0,5 + 0,0605^2(880 - 1)}$$

$$n = 267,6 \approx \mathbf{268}$$

ANEXO N° 04

CALIDAD DEL CONTACTO PIEL A PIEL EN EL RECIEN NACIDO

Autora: Mg. Cirila Anastacia Cano Herrera, basado en la Teoría de dimensión de la calidad de Donabedian.

Datos de la Madre:

Número de Historia Clínica: edad materna

Tipo de Parto: (vaginal) o (Cesárea).

Paridad: 1er hijo () 2do hijo () 3er hijo () De 4 a mas ()

I. Datos del Recién nacido:

Número de Historia Clínica.....

Fecha de nacimiento:.....hora.....

Edad gestacional del RNAT.....

APGAR: 1mit.....5mit.....

II. Calidad del contacto piel a piel (CPP) (OBSERVACIÓN)

Hora del parto:.....

Hora de inicio del CPP:.....Hora de término del CPP.....

Cumplió la hora del CPP: si () no ()

El cuestionario está comprendido por 18 ítems, de los cuales ha sido agrupados en 3 dimensiones: Dimensión humana con 7 ítems (1 al 7), Dimensión técnica-científica con 6 ítems (8 al 15) y Dimensión entorno con 5 ítems (16 al 20).

DIMENSIONES DEL CONTACTO PIEL CON PIEL

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	Si	No
TÉCNICA CIENTÍFICA (6 ítems)	Efectividad	Tiempo de permanencia del recién nacido sobre el pecho materno o tiempo del contacto piel a piel.		
	Eficacia	Forma de entrega del recién nacido desnudo a su madre.		
	Eficiencia	Si el pecho materno esta desnudo o descubierto. La enfermera utiliza toallas precalentadas para la atención de su bebé en el CPP.		
	Continuidad	Inmediatez del contacto entre el recién nacido y su madre.		
	Seguridad	La enfermera permanece junto a la mama durante la hora del CPP.		
	Conocimientos	¿La enfermera, demostró sus conocimientos profesionales sobre el contacto piel a piel?		
HUMANA (7 ítems)	Identificación	La enfermera se presenta a la Madre y le dice su nombre		
	Respeto	La enfermera le llama por su nombre a la mama		
	Información	La enfermera le explica a la madre sobre la importancia del contacto piel a piel y la lactancia materna precoz		
	Privacidad	¿Durante su atención en el contacto piel a piel, la enfermera, respeto su privacidad?		
	Interés Manifiesto	La enfermera mostró habilidades y destrezas durante el contacto piel a piel.		
	Amabilidad	El trato de la enfermera fue amable, respetuosa y con paciencia		
	Ética	La enfermera mostró ética y soluciono cualquier problema que presento su recién nacido durante el contacto piel a piel		
ENTORNO (5 ítems)	Comodidad	La camilla de sala de parto es cómoda		
	Ambiente	Temperatura del ambiente es adecuada (24°C a 26°C)		
	Bioseguridad	Los ambientes de sala de partos están limpios. La enfermera esta con gorro, mascarilla y bata durante el CPP de su recién nacido.		
	Privacidad	La enfermera respeta la privacidad de la madre y su recién nacido.		
	Percepción de la Madre	La madre se siente tranquila y segura durante el CPP		

ANEXO N° 05

Instrumento para medir el inicio de Lactancia Materna

Se observará el **Tiempo para el inicio de la lactancia materna**

Tiempo que pasó desde el nacimiento hasta que el/la bebé coge el pezón de la mamá por primera vez y se observa el reflejo de succión y deglución: Se tiene en consideración la hora de la primera mamada del bebé:

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LACTANCIA MATERNA

INDICADOR	SI	NO
Inicia LM en la primera hora de vida		

ANEXO N° 06

TABLA 5

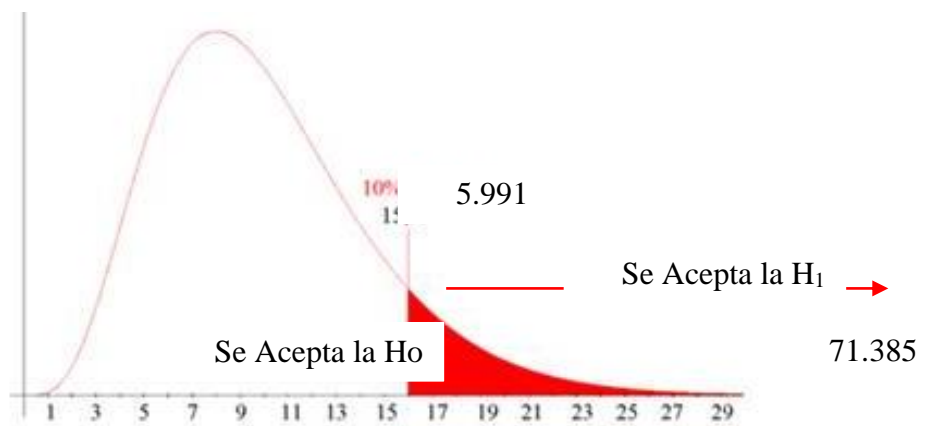
Relación entre la calidad del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido en Sala de partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. 2023.

			Inicio de la lactancia materna
Rho de	Calidad del contacto	Coefficiente de correlación	-0,041
Spearman	piel a piel	Sig. (bilateral)	0,444
		N	360

En la **tabla 5** se describe que la correlación Rho de Spearman de -0.041 y la significancia $p > 0.05$ entre la calidad del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido sugieren una relación débil y no significativa entre estos dos aspectos. Esto indica que, a pesar de que la calidad del contacto piel a piel puede ser importante para el bienestar general del bebé y el establecimiento del vínculo madre-hijo, no parece tener un impacto directo o significativo en el inicio de la lactancia materna en esta sala de partos específica.

ANEXO N° 07

Figura 5: *Hipótesis de la Relación entre la calidad del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. 2023.*



ANEXO N° 08

Dimensión: Técnica Científica

Tabla 6

Relación entre la calidad del contacto piel a piel con su dimensión Humano y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido en Sala de partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. 2023.

			D1: Técnica Científica		Total
			ADECUADO	INADECUADO	
INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA	CORRECTA	Recuento	175	40	215
		% del total	65.3%	14.9%	80.2%
	INCORRECTA	Recuento	16	37	53
		% del total	6.0%	13.8%	19.8%
Total		Recuento	191	77	268
		% del total	71.3%	28.7%	100,0%
Prueba de Chi Cuadrado		X² Pearson	63.582		
		X² (0.95;2)	5.991		
		Significancia	<,000		
		V de Cramer	0.465		

Fuente. Observación en sala de parto hospital E.G.B. Nuevo Chimbote.

ANEXO N° 09

Dimensión: Humana

Tabla 7

Relación entre la calidad del contacto piel a piel con su dimensión Técnica Científica y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido en Sala de partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. 2023.

			D2: Humana		Total
			ADECUADO	INADECUADO	
INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA	CORRECTA	Recuento	121	67	188
		% del total	45.1%	25.0%	70.1%
	INCORRECTA	Recuento	19	61	80
		% del total	7.1%	22.8%	29.9%
Total	Recuento		140	128	268
	% del total		52.2%	47.8%	100,0%
Prueba de Chi Cuadrado		X ² Pearson	33.951		
		X ² (0.95;2)	5.991		
		Significancia	<,000		
		V de Cramer	0.369		

Fuente. Observación en sala de partos hospital E.G.B. Nuevo Chimbote.

ANEXO N° 10

Dimensión: Entorno

Tabla 8

Relación entre la calidad del contacto piel a piel con su dimensión Entorno y el inicio de la lactancia materna en el recién nacido en Sala de partos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. 2023.

			D3: Entorno		Total
			ADECUADO	INADECUADO	
INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA	CORRECTA	Recuento	204	35	239
		% del total	76.1%	13.1%	89.2%
	INCORRECTA	Recuento	5	24	29
		% del total	1.9%	9.0%	10.8%
Total		Recuento	209	59	268
		% del total	78.0%	22.0%	100,0%
Prueba de Chi Cuadrado		X ² Pearson	75.741		
		X ² (0.95;2)	5.991		
		Significancia	<,000		
		V de Cramer	0.581		

Fuente. Observación en sala de parto hospital E.G.B. Nuevo Chimbote.