



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Actitud de las enfermeras sobre el método madre canguro
en el servicio de UCIN de la Clínica Maison de Santé - 2012**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en
Neonatología

AUTOR

Teresa Esperanza Hernández Ramírez

LIMA – PERÚ
2014

**ACTITUD DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL METODO
MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE UCIN DE LA
CLINICA MAISON DE SANTE – 2012**

A Dios y a todas las personas que me motivaron y apoyaron día a día para seguir adelante para realizar el presente estudio.

Agradezco a la institución y al personal de enfermería por su colaboración en la culminación del presente estudio.

Mi sincero agradecimiento a la Julia Hernández García por darme ánimos de superación siempre estarás en mi corazón.

INDICE

	Pág.
INDICE DE GRAFICOS	v
RESUMEN	vi
PRESENTACION	1
CAPITULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación problemática	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo General	6
1.4.2. Objetivo Especifico	6
1.5. Propósito	6
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases Teórica	11
2.3. Definición Operacional de términos	32
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSION	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	33
3.2. Lugar de estudio	33
3.3. Población de estudio	33
3.4. Criterios de selección	34
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
3.6. Procedimiento para el análisis e interpretación de la Información	35
3.7. Consideraciones Éticas	35
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	36
4.2. Discusión	40
CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	45
5.2. Limitaciones	46
5.3. Recomendaciones	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Actitud de las enfermeras sobre el Método Madre Canguro en el servicio UCIN de la Clínica Maison de Sante Lima - Perú. 2012	37
2	Actitud de las enfermeras según dimensiones el Método Madre Canguro en servicio de UCIN de la Clínica Maison de Sante Lima – Perú. 2012	38
3	Actitud de las enfermeras según ítems sobre el Método Madre Canguro en el servicio de UCIN de la Clínica Maison de Sante Lima–Perú. 2012	39

RESUMEN

AUTOR: TERESA ESPERANZA HERNANDEZ RAMIREZ

ASESOR: JUANA ELENA DURAND BARRETO

El Objetivo fue determinar la actitud de las enfermeras sobre el Método Madre Canguro en el servicio de UCIN de la clínica Maison de Sante - 2012. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 20 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala modificada de Likert, aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100%(20), 65% (13) tienen actitud de indiferencia, 15% (3) aceptación y 20% (4) rechazo. En la dimensión lactancia materna el 85%(17) tienen actitud de indiferencia, 5% (1) de aceptación y 10% (2) rechazo. En la dimensión de vínculo afectivo 60% (12) actitud de indiferencia, y 20% (4) actitud de rechazo; y en la dimensión de termorregulación del prematuro el 50% (10) actitud de indiferencia, 25% (05) actitud de aceptación. **Conclusiones.** La actitud de las enfermeras sobre el Método Madre Canguro en la mayoría fue de indiferencia y rechazo, con un mínimo porcentaje de aceptación. Según las dimensiones la mayoría de las enfermeras presenta una actitud de indiferencia frente a la dimensión de Lactancia Materna Exclusiva y un mínimo porcentaje de aceptación en la Termorregulación del Prematuro. En relación a los ítems la mayoría de las enfermeras presenta una actitud de indiferencia frente al beneficio inmunológico y cognitivo, relación madre e hijo, inmadurez térmica

PALABRAS CLAVE: Método Madre Canguro, Recién Nacido Prematuro, Enfermeras del área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

SUMMARY

AUTHOR: TERESA ESPERANZA HERNANDEZ RAMIREZ

ADVISER: JUANA ELENA DURAND BARRETO

The objective was to determine the attitude of the nurses on KMC in the NICU service of the Maison de Sante clinic -2012. **Material and Methods.** The study was level application, quantitative, descriptive cross-sectional method. The sample consisted of 20 nurses. The technique was the survey instrument and modified Likert Scale, applied prior informed consent. **Results.** 100% (20), 65% (21) have indifference, and 15% (3) accepting attitude. Breastfeeding in the size 85% (17) have indifference, 5% (1) acceptance. In the dimension of bonding 60% (12) attitude of indifference, and 20% (4) attitude of rejection, and the dimension of thermoregulation of prematurity 50% (10) attitude of indifference, 25% (05) attitude acceptance. **Conclusions.** The attitude of the nurses on the Kangaroo Mother Method in most was one of indifference and rejection, with a minimum percentage of acceptances. According to the dimensions the majority of the nurses present an attitude of indifference to the dimension of exclusive breastfeeding and a minimum percentage of acceptances in the thermoregulation of the premature. In relation to the items the majority of the nurses presents an attitude of indifference to the immune and cognitive benefit, mother and son relationship, immaturity thermal.

KEYWORDS: Kangaroo Care, premature infant, Area Nurse Neonatal Intensive Care Unit.

PRESENTACION

La prematuridad es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable de la mayor parte de las muertes de recién nacidos sin malformaciones y de la mitad de las discapacidades neurológicas congénitas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un niño prematuro es aquel recién nacido mayor de 20 semanas, pero menor de 37 de edad gestacional.⁽¹⁾

La incidencia de parto pre término es 5 a 10% en países desarrollados, siendo mayor y muy variada en los países en desarrollo. La prevalencia del recién nacido de peso muy bajo registrado en los hospitales del Perú ha sido 1,5%.⁽²⁾

El Método Madre Canguro se basa en el contacto permanente piel con piel entre la madre y el recién nacido, con lo que se consiguen una serie de beneficios siendo más importantes en los bebés prematuros. Esta es una técnica sencilla que se propuso en ciudad de Bogotá, Colombia, por los doctores Rey y Martínez en 1978, motivada por la falta de recursos técnicos y materiales para asegurar la supervivencia de recién nacidos con bajo peso al nacer ya que regulaban mejor su temperatura, mantenían sus funciones vitales estables e iniciaban tempranamente la lactancia materna.⁽³⁾

En el trabajo cotidiano de las enfermeras de UCIN en la clínica Maison de Sante se ha percibido que el personal se limita a la orientación y consejería a los padres de los Recién Nacidos Pre términos sobre la importancia del Método Madre Canguro, todo ello por la recarga laboral que dificultan este proceso.

Cada vez más investigaciones confirman que el contacto piel con piel (Método Canguro) entre la madre y el recién nacido es una de las

claves para mejorar su desarrollo en menos tiempo. El método canguro promueve ese contacto directo gracias a que el bebé es colocado en el pecho de la madre (como si fuera un pequeño canguro) beneficiándolo en todos los aspectos, ayuda al bebé a regular su temperatura, favorece el ritmo cardíaco, reduce el estrés, fortalece el contacto íntimo entre madre e hijo y favorece la lactancia materna, muy importante para el desarrollo mental del prematuro.⁽⁴⁾

El estudio titulado “Actitudes de las enfermeras hacia el Método Madre Canguro en el servicio de UCIN de la Clínica Maison de Sante – 2012”; tuvo como objetivo determinar las actitudes de las enfermeras hacia el Método Madre Canguro en el servicio de UCIN de la Clínica Maison de Sante. Con el propósito de proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución y del servicio a fin de diseñar e implementar estrategias que permitan la sensibilización de las enfermeras en la aplicación del método canguro en el cuidado integral del recién nacido prematuro considerando que les proporciona un bienestar integral y contribuye a la disminución de morbilidad neonatal, además de fomentar la participación de los padres dentro de su cuidado.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción, que contiene situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, en el que se expone los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología que incluye el tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos para el análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA

En el mundo más de 11 millones de niños fallecen antes de los 5 años, en el Perú 20 mil fallecen el primer año de vida y 8 mil la primera semana. La tasa de muertes neonatales se asocia a recién nacidos de bajo peso. ⁽⁵⁾

Nacen anualmente cerca de 20 millones de recién nacidos de bajo peso al nacer por prematuridad o por desarrollo prenatal de alto riesgo contribuyendo al aumento de la tasa de morbilidad neonatal. ⁽⁶⁾

El recién nacido que nace antes de las 37 semanas es considerado prematuro y esto se debe a múltiples causas las cuales pueden ser infecciones, enfermedades sistémicas, toxemias severas que provocan el parto prematuro. Los problemas de este recién nacido se centran en la dificultad para adaptarse al medio extrauterino por su inmadurez y su bajo peso. Cuanto más pequeño e inmaduro, mayores son los riesgos de enfermedades a nivel del sistema respiratorio, nervioso, digestivo, renal, inmunológico y la visión, siendo el sistema respiratorio uno de los más afectados. ⁽⁷⁾

Los recién nacidos con un peso menor de 2,500 gr tienen una mortalidad 40 veces mayor en relación a los de mayor peso, la posibilidad de desarrollar problemas neurológicos en el futuro es alta. Cuando se presenta un parto prematuro se plantean medidas especiales para su

atención según su edad gestacional, siendo casi frecuente los problemas respiratorios y sepsis. ⁽⁸⁾

Cuando los recién nacidos prematuros son capaces de succionar, deglutir y respirar coordinadamente, los neonatólogos indican que la única razón de hospitalización es para ganancia de peso corporal, siendo este momento para entrenar a la madre en el Método Madre Canguro que consiste en el contacto directo entre la madre y niño que va permitir regular la temperatura corporal adecuada y el aumento de peso, siendo óptimo que permanezca durante las 24 horas, según estudios en centros hospitalarios que facilitan el ingreso a los padres a la unidad de cuidados intensivos neonatales e intermedios se observan cambios importantes en la desaparición de niños abandonados y mayor ganancia de peso, el vínculo madre hijo, mayor participación de los padres en su cuidado. ⁽⁹⁾

La implementación de este programa en la aplicación del Método Madre Canguro permite que la madre y el bebé establezcan un mayor vínculo afectivo, acorta el periodo de hospitalización, disminuye el riesgo de infecciones intrahospitalarias, promueve la lactancia materna, mejora la ganancia de peso y termorregulación del prematuro.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Clínica Maison de Sante se atienden recién nacidos prematuros que requieren atención especializada por el personal de enfermería quienes a veces se concentran en la patología que presentan y no brindan una atención integral en toda su magnitud haciendo participar a los padres, a pesar de conocer los beneficios observándose que el personal solo se limita a colocar al bebé al pecho por un tiempo corto una vez que se ha resuelto

su problema patológico sin dar una previa orientación y consejería a los padres de los recién nacidos pre términos. Al interactuar con las enfermeras, refieren que la aplicación del método de alguna manera les recarga el trabajo ya que necesitan brindar una consejería a la madre, supervisión permanente y al tener más pacientes a cargo no sería posible ejecutar el programa, expresando “a veces la mama no entiende.....y hay otras demandas... falta personal para que les oriente mejor...” entre otras expresiones.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son las actitudes de las enfermeras sobre el Método Madre Canguro en el servicio de UCIN de la Clínica Maison de Sante el 2012?

1.3. JUSTIFICACION

Dado el incremento de nacimientos prematuros que requieren de una atención especial que les permita una mejor calidad de vida, la enfermera que labora en el servicio de neonatología debe orientar a la madre sobre el Método Madre Canguro con el objetivo de mantener la termorregulación, iniciar la lactancia materna y el vínculo madre e hijo, ya que debe brindar una atención integral e individualizada dirigida al paciente, familia y comunidad, sea en condición de sano o enfermo, y no solo cumplir tratamientos, comodidad y confort o utilizar nuevas tecnologías que benefician al recién nacido prematuro, el cual contribuirá a disminuir el riesgo a complicaciones y mejorar su calidad de vida

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar las actitudes de las enfermeras sobre el Método Madre Canguro en el servicio de UCIN de la Clínica Maison de Sante. 2012.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar las actitudes de las enfermeras sobre el Método Madre Canguro según dimensiones en el servicio de UCIN de la Clínica Maison de Sante. 2012.
- ✓ Identificar las actitudes de las enfermeras sobre el Método Madre Canguro según ítems en el servicio de UCIN de la Clínica Maison de Sante. 2012.

1.5. PROPOSITO

El estudio está orientado a proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución y del servicio a fin de diseñar e implementar estrategias que permitan la sensibilización de las enfermeras en la aplicación del Método Madre Canguro en el cuidado integral del recién nacido prematuro, considerando que este método les proporciona un bienestar integral y contribuye a la disminución de morbimortalidad neonatal, además de fomentar la participación de los padres en el cuidado del recién nacido para mantener , el vínculo afectivo madre – hijo, favoreciéndolo en todos los aspectos con el fin de asegurar una mejor calidad de vida y un crecimiento y desarrollo normal.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos trabajos relacionados. Así tenemos que:

A nivel internacional

Gómez Papi, M. Baiges Nogues, M. Batiste Fernández, en España, en 1998, realizaron un estudio titulado “Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término”, con el objetivo de conocer la aceptación y tolerancia del método canguro (MC), contacto piel-a-piel en sala de partos. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La población estuvo constituida por recién nacidos a término de peso adecuado, normal que nacieron en el hospital. Las conclusiones fueron entre otras:

“Los RN que durante el Método Canguro hicieron una toma espontánea al pecho permanecieron significativamente más tiempo en el MC que los que no la hicieron. Llegando a la conclusión que el Método Madre Canguro es una técnica eficaz para proporcionar una mejor adaptación al medio extrauterino y favorecer un bienestar físico y neurológico al RN teniendo consecuencias favorables en los meses posteriores de vida”.⁽¹⁰⁾

Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M. en EE.UU. el 2009, realizaron un estudio titulado: “Contacto precoz versus separación: efectos en la interacción madre-hijo un año después”, el cual tuvo como objetivo evaluar la relación temprana madre hijo durante las primeras horas y el efecto una año después. El estudio fue de nivel aplicativo, experimental, de corte transversal. La población estuvo constituida con un total de 176

parejas madre-hijo fueron distribuidos aleatoriamente en cuatro grupos experimentales: Grupo I se colocaron los niños piel con piel con sus madres después del nacimiento, y había alojamiento conjunto en la sala de maternidad. Grupo II se vestían los niños y luego se colocaban en los brazos de sus madres después del nacimiento, y había alojamiento conjunto en la sala de maternidad. Grupo III los niños se mantuvieron en el nido después de su nacimiento y también mientras sus madres estaban en la sala de maternidad. Grupo IV los niños se mantuvieron en el nido después del nacimiento, pero había alojamiento conjunto en la sala de maternidad. Las conclusiones fueron entre otras:

“Después del nacimiento (el "período sensitivo") un estrecho contacto entre la madre y el bebé puede provocar a largo plazo efectos positivos en la interacción madre-hijo. Además, se encontró que el involucramiento del niño disminuye la respuesta de la madre al bebé, su capacidad de implicación afectiva positiva con el bebé, la mutualidad y la reciprocidad de la díada. Es decir el contacto piel con piel, durante 25 a 120 minutos después del nacimiento, la lactancia temprana, o ambos, influyen positivamente en la interacción madre-hijo 1 año más tarde, en comparación con las rutinas que impliquen la separación de la madre y del bebé”.⁽¹¹⁾

Moore ER, Anderson GC, Bergman N; en EE.UU, el 2007, realizó un estudio “Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos”, el cual tuvo como objetivo evaluar los efectos del contacto temprano piel a piel en el amamantamiento, comportamiento y adaptación psicológica de la díada madre-recién nacido. El estudio fue de nivel aplicativo, experimental de corte transversal. La población estuvo constituida por 314 participantes los cuales hacían contacto precoz y se les ayudaba a iniciar la lactancia materna durante la primera hora de nacimiento. Las conclusiones fueron entre otras:

“El contacto temprano piel a piel dio lugar a un mejor desempeño general que fue estadísticamente significativo en todas las medidas del estado de la lactancia y de su duración hasta un mes después del nacimiento”.⁽¹²⁾

Bosiga Higuera Elizabeth, Guzmán Acosta María Carolina; en Bogotá, el 2010, realizaron un estudio “ Implementación del Programa Madre Canguro en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal , Hospital Regional del Libano Tolima”, el cual tuvo como objetivo implementar el programa madre canguro para manejo intrahospitalario en la unidad de cuidados intensivos , capacitar a los profesionales de enfermería e implementar instrumentos de control intrahospitalaria del programa madre canguro .El estudio fue de nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida 40 enfermeras a las cuales se les aplico un cuestionario de conocimientos y escala modificada de Likert. Las conclusiones fueron entre otras:

“El Programa Madre Canguro favorece el egreso hospitalario temprano de los recién nacido pre términos de bajo peso una vez superada la etapa clínica crítica gracias a un aumento de peso. La implementación del Programa Madre Canguro hace evidente el empoderamiento del conocimiento técnico científico evidenciado por los cuidados de enfermería específicos que se brinda al paciente.”⁽¹³⁾

Arivabene, Joao Carlos, Rubio Tyrrell, María Antonieta; en Brasil, el 2010 realizaron un estudio “Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería”. El objetivo fue describir vivencias de las madres, analizándolas bajo los principios del Método de la Madre Canguro (MMC) y discutir las contribuciones de las madres a partir de los significados de esas vivencias para las acciones de enfermería. En la recolección de los datos, se empleó un cuestionario que caracterizó el perfil socioeconómico de las madres y por medio de la técnica grupo focal, se obtuvieron relatos de los beneficios de esas vivencias que subsidiaron la construcción de las categorías: sobrevivencia y recuperación del bebé. Las consideraciones finales fueron entre otras:

“Se constató que las vivencias están relacionadas al aumento del vínculo entre la madre y el bebé, a la disminución del tiempo de separación del recién nacido de la familia, además de

proporcionar mayor competencia y confianza a los padres en los cuidados con su hijo, inclusive antes del alta hospitalaria, mejorando las relaciones de la madre con la familia, entre ellos y con el equipo que cuida del bebé. A través de los resultados obtenidos, se entiende que la participación familiar de forma armoniosa se torna esencial para el suceso del método asegurando a las madres apoyo, confort, confianza en los cuidados al RN".⁽¹⁴⁾

A nivel Nacional

Fernández, Miriam, López, Luciana; en Perú, el 2007, realizaron un estudio titulado "Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz", el cual tuvo como objetivo identificar el efecto del contacto precoz en el estado de ansiedad de la madre. El estudio fue de nivel aplicativo, experimental, transversal. La población estuvo constituida por un total de 30 parejas, en la cual se estableció el contacto piel a piel por un periodo de 30 min y se interrogó a las madres sobre la percepción y satisfacción hacia la experiencia parto en sí. Se les aplicó escala de Hamilton para la ansiedad. Las conclusiones fueron entre otras:

"Los niveles de ansiedad y depresión materna fueron menores en el grupo de estudio a las 48 horas posparto comparado con los del grupo de control y lograron mayor éxito en la lactancia materna inmediata versus los del grupo de control. Con ello se concluye que el contacto piel a piel disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas posparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna inmediata e incrementa los niveles de satisfacción sobre la percepción del parto".⁽¹⁵⁾

Márquez Bazán, Belinda; en Perú, el 2006, realizó un estudio "Nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del servicio de intermedios neonatal del instituto especializado materno perinatal acerca del método canguro 2004-2005", el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos y actitudes acerca del método canguro de las

enfermeras del servicio de intermedios neonatal del INMP. El estudio fue de nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 26 enfermeras a las cuales se les aplicó un cuestionario de conocimientos y escala modificada de Likert. Las conclusiones fueron entre otras:

“Las enfermeras del Servicio de Intermedios del Instituto Materno Perinatal en su mayoría poseen un nivel de conocimiento medio seguido de una minoría que posee un nivel de conocimiento alto cerca del Método Canguro. En cuanto a las actitudes la mayoría de las enfermeras muestran una actitud de indiferencia con tendencia a la actitud de rechazo en la ejecución de este método, con una elevada tendencia de indecisión y rechazo en la dimensión de lactancia materna”.⁽¹⁶⁾

Por los estudios revisados podemos evidenciar que si bien es cierto existen estudios relacionados al tema, el cual ha permitido estructurar la base teórica y la metodología, es importante realizar el estudio a fin de que a partir de sus hallazgos se diseñe y/o formule estrategias orientadas a promover la adopción de una cultura de prevención y la adopción de conductas proactivas de parte del profesional de enfermería que contribuya a mejorar la calidad de atención de enfermería al paciente prematuro y fomentar la participación de la madre en la aplicación del método madre canguro.

2.2. BASE TEORICA

PROBLEMÁTICA SOBRE LOS RN PREMATUROS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) con el apoyo de centros europeos, definió como prematuro a aquel recién nacido antes de las 37 semanas de embarazo cumplidas (259 días), basado en que los recién nacidos (RN) entre 37-38 semanas), serían de bajo riesgo,

especialmente en países en desarrollo, donde este grupo se comporta como RN maduros y por tanto no necesitan atención especial. Sin embargo, la Academia Americana de Pediatría (AAP) propone el límite en aquel recién nacido menor de 38 semanas; esto último por el reconocido mayor riesgo de patología entre las 37 y 38 semanas. Independientemente de la definición utilizada, hoy el término prematuridad parece insuficiente, ya que comprende un grupo de niños muy heterogéneo que tienen edad gestacional, peso de nacimiento, estado nutricional, riesgos y morbilidad diferentes, por lo que, ha sido necesario catalogarlos en subgrupos.

Así surgen los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (RNMBPN) que corresponden a los menores de 1.500 g, los recién nacidos de extremo bajo peso de nacimiento (RNExtr.BPN) o prematuros extremos que se refiere a los menores de 1.000 g o menores de 28 semanas y el RN micronato o neonato fetal que son aquellos que tienen un peso entre 500 y 750 g y constituyen el grupo de mayor riesgo.⁽¹⁷⁾

Se han hecho muchos esfuerzos para prevenir la prematuridad, sin embargo la incidencia de ésta no ha disminuido significativamente, como se observa en EEUU en los últimos 25 años; con la excepción de Francia y Finlandia ningún país ha comunicado una disminución en la incidencia del parto prematuro. El parto pre término es el principal determinante de la mortalidad infantil en los países desarrollados y contribuye también a aumentar el número de niños con discapacidad. El impacto que tiene el grupo de recién nacidos pre término de muy bajo peso en la mortalidad neonatal es enorme; es responsable aproximadamente de 50 a 70% de la mortalidad neonatal y de 25 a 30% de la mortalidad infantil.⁽¹⁸⁾

PROGRAMA MAMA CANGURO EN EL PERU

En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), nacen anualmente unos 1,500 niños prematuros, los cuales representan el 9% de partos que se atienden en esta institución. Según el especialista, la prematuridad es causada por múltiples factores, por lo que es necesario que las gestantes tomen conciencia de la importancia del control prenatal durante todo el embarazo. ⁽¹⁹⁾

La tasa de sobrevivencia de los niños nacidos prematuramente se elevó del 68 al 90% en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) del Ministerio de Salud (MINSA), gracias a estrategias como la técnica de Madre Canguro y al moderno equipamiento con que cuenta el establecimiento.

Los especialistas de dicha institución fueron capacitados en México y Colombia para implementar esta técnica que ha traído como consecuencia que la madre y el niño prematuro establezcan un mejor vínculo afectivo, al acortar los periodos prolongados de hospitalización, promover el contacto con la madre, prolongar la lactancia materna en los niños de bajo peso y disminuir el riesgo de morbilidad ya que ellos sufren de una serie de limitantes y dificultades por falta de la maduración de sus órganos.

Antes sus esfuerzos se centraban en los bebés de 28 a 37 semanas, pero ahora con los métodos y estrategias que usan tienen una probabilidad muy alta de sobrevivir, por lo que sus mayores esfuerzos van dirigidos ahora a los prematuros de 22 y 28 semanas.

RECIÉN NACIDO PRETERMINO

La edad gestacional considerada normal en la raza humana (el tiempo en el cual el feto permanece en el útero de la madre) oscila entre 37 y 42 semanas. El niño que nace tras haber permanecido entre 37 y 42 semanas en el útero materno recibe el nombre de recién nacido a término. Los recién nacidos cuya edad gestacional es inferior a las 37 semanas son los considerados pre términos (“prematuros”). Los que nacen más allá de las 42 semanas son llamados “recién nacidos post-término”.⁽²⁰⁾

Las diferencias que presenta un recién nacido pre término derivan de la falta de madurez de los diferentes órganos y sistemas del mismo. Esa maduración que, a condiciones normales, se lleva a cabo en el útero, deberá llevarse a cabo en un medio para el cuál muchas veces el bebé no está preparado. La falta de “preparación” (madurez) del bebé será mayor cuantas menos semanas haya permanecido en el útero de la madre. Esta falta de maduración afecta prácticamente a todo el organismo (pulmones, sistema nervioso central, aparato digestivo, ojos, etc.) y, en función del grado de la misma puede comprometer tanto la vida del bebé como la calidad de la misma.⁽²¹⁾

TIPOS DE PREMATURIDAD

De acuerdo a la fecha de nacimiento y a su desarrollo existen diferentes tipos de bebés prematuros:

MODERADAMENTE PREMATURO: La edad gestacional es de 35 – 37 semanas, su peso es alrededor de 1.700 a 3.400 gramos, mide entre 43,2 a 45,7 centímetros. La tasa de supervivencia es entre el 98 al 100%.

MUY PREMATURO: La edad gestacional es de 30 – 34 semanas, su peso es alrededor de 1.000 a 2.500 gramos, mide entre 35,6 a 46 centímetros. La tasa de supervivencia es cerca del 98%.

PREMATURO EXTREMO: La edad gestacional es de 26 a 29 semanas, su peso es alrededor de 750 a 1.600 gramos, mide entre 30,5 a 43,2 centímetros. La tasa de supervivencia es entre el 90 – 98 %, todo depende de su peso.

MICROPREMATURO: La edad gestacional es antes de la semana 26, pesa menos de 750 gramos, mide menos de 30 centímetros. La tasa de supervivencia es por lo general hasta un 50%.⁽²²⁾

FACTORES DE RIESGO DE PREMATURIDAD

- Antecedente de aborto
- Antecedente de prematuridad
- Drogadicción
- Edad materna < 16 años y > 35 años
- Enfermedad crónica materna
- Estrés
- Malnutrición y anemia materna
- Malformación uterina
- Nivel socio económico bajo
- Tabaquismo materno
- Escaso aumento de peso en el embarazo
- Infección urinaria
- Control pre-natal escaso o nulo
- Embarazos muy cercanos
- Enfermedades inducidas por el embarazo (Toxemia)

- Embarazo múltiple
- Ruptura de las membranas/ infección uterina
- Hemorragia del tercer trimestre
- Traumatismo abdominal bajo.⁽²³⁾

METODO MADRE CANGURO

El método canguro fue creado en Colombia a raíz de las altas tasas de mortalidad perinatal, cuyo componente principal es la muerte del prematuro y se inició en el Hospital Materno Infantil de Santa Fé de Bogotá en 1979, siendo sus creadores los Dres. Edgar Rey y Héctor Martínez. Este método revolucionó el manejo tradicional del prematuro, siendo luego impulsada por UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) a nivel mundial como un método eficaz para salvar las vidas de los prematuros.

En el Perú, el Programa Madre Canguro se inicia en 1987 en el HONADOMANI San Bartolomé. El Método Canguro se dirige primariamente al recién nacido de menos de 37 semanas de edad post-concepcional y/o de menos de 2000 gr. al nacer.⁽²⁴⁾

El método se basa fundamentalmente en la lactancia materna exclusiva, calor y vínculo madre e hijo. Está ampliamente demostrado que el método canguro es termorregulador, la madre o el padre evita que el prematuro se enfríe. Al estar en contacto con el cuerpo de su madre el bebé obtiene una mejor regulación de la temperatura corporal, además, obtiene buen nivel de oxígeno, estabiliza la frecuencia respiratoria y cardíaca. El calor que es generado por el cuerpo de la madre es transmitido al recién nacido para lo cual debe estar en contacto piel a piel, muy cerca del seno materno, debajo de su ropa de uso diario. El

premature, debe estar en posición de cúbito prono y desnudo o en posición canguro. La posición canguro se mantiene hasta cuando el niño no la tolera más y regula su temperatura apropiadamente.



Fuente: Hospital Reina Sofía. Guía para padres sobre ventaja de Método Canguro. España 2011. Pág. 9

El inicio de la lactancia materna hace que coordine mejor la succión-deglución, lo cual contribuye a que gane peso más rápidamente. Además el vínculo que se establece entre madre e hijo hace que regule mejor el estrés y se adapte mejor al medio y a los estímulos externos, incluso se ha comprobado que el método canguro ayuda a los prematuros a tolerar mejor el dolor de las intervenciones médicas porque contribuye a poner en marcha sus mecanismos neurobiológicos y a mejorar sus respuestas adaptativas.⁽²⁵⁾

TERMOREGULACION DEL RECIEN NACIDO

Una de las primeras observaciones realizadas por quienes primero se ocuparon de los problemas del recién nacido, fue la facilidad que este tenía para enfriarse. El hecho era especialmente llamativo en los niños prematuros y de bajo peso. El Dr. Budin a comienzos del siglo XX observó que los prematuros de menos de 1500g que se enfriaban tenían una

mortalidad significativamente alta. Posteriormente el Dr. W Silverman, en estudios controlados dejó establecida la importancia del ambiente térmico en la sobrevivencia de los recién nacidos. De estas primeras observaciones surgió el uso de la incubadora destinada a proporcionar al prematuro un ambiente térmico adecuado que lo aislara de las variaciones de la temperatura ambiental. Estas medidas relativamente simples significaron probablemente la más importante mejoría en la sobrevivencia de niños prematuros en la historia de la neonatología.⁽²⁶⁾

Los seres vivos tienen la capacidad de mantener una temperatura corporal estable por medio de mecanismos que regulan las pérdidas y la producción de calor. En esto consiste la termorregulación. La estabilidad de la temperatura corporal es expresión de un equilibrio entre la producción de calor y la pérdida de calor. Si el recién nacido, y especialmente el prematuro, tiene mayor facilidad para enfriarse que en etapas posteriores de la vida, esto tiene que explicarse ya sea porque tiene mayores pérdidas de calor o menor capacidad de aumentar la producción de calor en ambientes fríos o una combinación de ambas cosas.

LAS PÉRDIDAS DE CALOR EN EL RECIÉN NACIDO.

Alta relación de superficie/volumen. Esta relación depende del tamaño del recién nacido y de su forma. Mientras más pequeño el recién nacido más alta es esta relación y mayor es la superficie expuesta al ambiente externo por la cual se pierde calor. El prematuro además tiene una forma más plana, lo que también influye en que esta relación sea alta.

Menor aislamiento cutáneo. La piel y el tejido subcutáneo son también más escasos en el recién nacido, lo que es más notorio a mayor

prematurez y bajo peso. Los niños de muy bajo peso (<1500g) tienen además una piel muy delgada que facilita las pérdidas por evaporación.

Control vasomotor. La forma como el organismo se aísla del frío externo es por medio de la vasoconstricción cutánea. Este mecanismo está bien desarrollado en los RNT a los pocos días de vida. En el caso de los prematuros el control vasomotor no es tan efectivo. Es más inmaduro a mayor prematurez.

Postura corporal. La postura es un mecanismo de defensa frente al frío. Es la tendencia a "acurrucarse" que tienen todos los mamíferos de manera de disminuir la exposición de superficie corporal al medio ambiente. El RNT no puede cambiar su posición en flexión de las 4 extremidades. El prematuro de menos de 34 semanas de gestación, tiene una posición con todos sus miembros extendidos y posteriormente presenta una postura con sus extremidades inferiores en flexión. De tal manera que este es también un factor que limita su defensa frente a ambientes fríos.⁽²⁷⁾

EL AMBIENTE TÉRMICO NEUTRAL

Es el rango de temperatura ambiental en el cual el gasto metabólico se mantiene en el mínimo, y la regulación de la temperatura se efectúa por mecanismos físicos no evaporativos, manteniéndose la temperatura corporal profunda en rangos normales" (definición de la Comisión Internacional de Sociedades Fisiológicas). Este concepto surgió del cuidado de niños prematuros en los cuales se constató que su supervivencia y crecimiento eran significativamente mejores si estos eran cuidados en un ambiente térmico neutral. El RNT normal no requiere de un ambiente térmico neutral y está preparado para mantener su

temperatura y desarrollarse adecuadamente en condiciones de temperatura ambiental que están por debajo de este rango. Sin embargo en las primeras horas de vida requiere tener una temperatura ambiental de alrededor de 27 a 28 C° por las razones ya expuestas. Posteriormente este logra mantener una T° estable en ambientes con una temperatura ambiental de alrededor de 24 a 25°. En el caso del RNT enfermo, este debe ser cuidado en un ambiente térmico neutral.⁽²⁸⁾

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La alimentación del prematuro canguro es un reto, para lo cual deben participar en forma importante todo el personal de salud apoyando a la madre, enseñándole las técnicas de amamantamiento y sus ventajas.

Una limitante inicial de la participación activa de la madre es la incapacidad del prematuro para alimentarse por succión directa requiriendo alimentación por sonda oro gástrica a gravedad). La coordinación de la succión/deglución, cierre epiglotal y uvular de la laringe y pasajes nasales, y una motilidad esofágica normal, son procesos altamente sincronizados que usualmente están ausentes antes de la semana 34 de gestación.⁽²⁹⁾

Las propiedades de la leche materna del pre término son innumerables; tiene ventajas nutricionales, inmunológicas y psicológicas. Dentro de las dos primeras horas de vida del prematuro canguro iniciamos la alimentación solo con calostro, de su propia madre. Esto ha permitido lograr una pronta recuperación del peso del prematuro, y se ha disminuido significativamente la presentación de la enterocolitis necrotizante (NEC), sepsis y meningitis, que son muy frecuentes en los prematuros. El contenido de proteínas, sodio, cloro y hierro es mayor en la leche de la

madre de un niño prematuro que en la leche de una mamá con un niño a término, tal como éste la necesita.

El prematuro y el RNBP deben recibir LME lo más pronto posible y a libre demanda, evitando ayunos prolongados. Recomendamos tempranamente la succión del seno materno con el fin de estimular la producción materna de leche y acelerar la maduración del prematuro, aún si el prematuro es menor de 34 semanas de gestación. Si no tiene reflejo de succión/deglución adecuada se inicia la alimentación con sonda nasogástrica (SNG), jeringa, gotero, vasito o cucharita.⁽³⁰⁾

La alimentación de pequeños volúmenes de leche materna promueven la maduración de la función intestinal permiten la mejor motilidad intestinal, en la que se recomienda iniciar la tolerancia oral en las siguientes medidas 0.5 a 1 cc cada 3 horas a los recién nacidos pre términos menores de mil gramos, de 1 a 2 cc cada 3 horas a los mayores de 1500 gr, si existiera una buena tolerancia y no habiendo presencia de residuos gástricos se incrementara el volumen a un 50% y seguirá subiendo progresivamente hasta iniciar la succión vigorosa a libre demanda.

La leche humana contiene 30% de caseína y 70% de proteínas del suero. La principal proteína del suero en la leche humana es la lacto albúmina. La lactoferrina, lizosima, IgA e IgA secretora, son proteínas del suero de la leche humana, involucrados en el sistema defensivo del niño.

La grasa es el macronutriente más variable en la leche humana, varía su contenido a lo largo del día y dentro de cada mamada. Sin embargo el mayor contenido de grasa se halla en la leche final, lo que es

muy ventajoso para el prematuro y el RNBP; es la fuente principal de energía y de vitaminas liposolubles A, D, E, K.

El sistema de lípidos en la leche humana es especialmente adecuado para el niño pre término, debido al patrón de ácidos grasos, su distribución en la molécula de triglicéridos y la presencia de lipasa que, estimulada por al sales biliares, hace que la absorción de grasas de la leche humana sea alta.

En una investigación sobre la leche final que se ha realizado en el Hospital San Bartolomé se ha encontrado que a partir de los 10 ml el nivel de grasa aumenta y mucho más a partir de los 20 ml, por eso recomendamos realizar el hematocrito antes de cada lactada y ofrecer la leche final lo que permitirá una rápida ganancia de peso del prematuro o RNBP.

Los carbohidratos de la leche humana son importantes como fuente nutricional de lactosa y por la presencia de oligosacáridos. Los niños prematuros en general tienen capacidad de absorber la lactosa de la leche. Los oligosacáridos son carbohidratos polímeros que pueden ser importantes en las defensas del niño porque su estructura imita receptores de antígenos bacterianos específicos y previniendo que la bacteria se adhiera a la mucosa del huésped; los oligosacáridos cumplen un papel protector para el niño prematuro comprometido.

Existen cada vez más pruebas de que la alimentación del prematuro con LME proporciona un mejor desarrollo neurocognitivo. ⁽³¹⁾

VINCULO MADRE HIJO

El surgimiento de la teoría del vínculo puede considerarse sin ninguna duda uno de los hitos fundamentales de la psicología

contemporánea. John Bowlby (1907-1991) supo elaborar un modelo que se basaba en la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. El sistema de conductas de apego se refiere a todas aquellas conductas que están al servicio del mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego (sonrisas, lloros, contactos táctiles, etc.). Se trata de conductas que se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas, poniéndose en marcha para restablecer la proximidad. El acto de coger el bebé al hombro, mecerlo, cantarle, alimentarle, mirarlo detenidamente, besarlo y otras conductas nutrientes asociadas al cuidado de infantes y niños pequeños, son experiencias de vinculación. ⁽³²⁾

Una madre emocional y físicamente saludable se sentirá atraída a su bebé tendrá el deseo físico de olerlo, abrazarlo, mecerlo, arrullarlo y mirarlo detenidamente. El niño a su vez le responderá acurrucándose, balbuceando, sonriendo, chupando y agarrándose a ella. En la mayor parte de los casos, las conductas de la madre son placenteras, consoladoras y nutrientes para el bebé, y las conductas del infante causan placer y satisfacción a la madre. Es en este círculo de retroalimentación recíproca positiva, esta danza entre la madre y el infante, donde se desarrolla el apego.

El análisis del vínculo afectivo entre madre e hijo inicio en 1972, cuando los pediatras Marshall H Klaus y John Kennell afirmaron que la alta tasa de abuso observada entre los niños que habían tenido una larga estadía en la unidad de cuidados intensivos neonatales podría ser la resultante de una separación postparto prolongada (Eyers, 1992) Ellos proponen la hipótesis de que existe, inmediatamente después del parto,

un período durante el cual el apego de la madre hacia su hijo se desarrolla. Durante este periodo tan particular, cuya duración se estima entre pocos minutos y pocas horas, la probabilidad que ciertos acontecimientos den origen a los lazos afectivos madre-hijo será más fuerte en este período que en cualquier otro momento de la vida del niño. Más específicamente, entre la madre y el hijo se desarrollan interacciones complejas y crean una unión permanente entre ellos. Klaus y Kennell afirman que un contacto entre la madre y el infante durante este período es esencial para que el desarrollo posterior del niño sea óptimo.⁽³³⁾

Cada experiencia a la que es sometido el individuo durante su vida influye en su desarrollo psicológico y conductual. Estas experiencias comienzan en el útero, lugar apacible y cálido. Las contracciones, el paso por el canal del parto, los cambios de luz y temperatura, sondas, sabanillas, manos y movimientos representan sensaciones desconocidas de angustia, ansiedad y estrés. A este primer contacto con el mundo externo, qué mejor refugio que una piel suave y tibia, unos latidos y una voz familiar: su madre.

El contacto precoz ayuda al proceso temprano de interacción social, el recién nacido aprende a relacionarse con los demás en su primera y principal experiencia con el mundo de los estímulos humanos. Por otro lado, el tacto es el sentido de primera aparición en el desarrollo embrionario, siendo el primer medio de comunicación que posee el individuo para relacionarse con el medio ambiente, con todo lo que está más allá de la piel. Las primeras nociones que tiene el recién nacido son de carácter táctil, ello hace que el contacto piel a piel entre madre e hijo sea de extraordinaria importancia para el " apego", el reconocimiento mutuo, el intercambio afectivo emocional y para el éxito de la lactancia.

El vínculo madre hijo se inicia desde que se coloca el RN en contacto con la madre en el cual en un primer momento observa el entorno, levanta la cabeza, intenta movilizarse, repta sobre el abdomen materno, hasta localizarse o aproximarse a la mama , fija la mirada en su madre, produciéndose el encuentro visual. Alrededor de los 10 a 20 minutos, se observa una búsqueda y los primeros intentos de búsqueda y succión, para luego succionar definitivamente.

Estudios, científicamente validados, han demostrado que a los 20 minutos de contacto, el recién nacido comienza con una succión efectiva y tiene efectos positivos en el desarrollo psicológico, social e intelectual de los niños, favorece el inicio precoz y duración prolongada de la lactancia materna exclusiva. La lactancia materna ejerce un importante papel para el desarrollo de un vínculo de apego saludable y duradero, que es la base de las relaciones de tipo afectivo que el niño podrá desarrollar en la edad adulta, los bebés que toman el pecho son más seguros, tienen una buena autoestima y se relacionan mejor con las personas de su entorno.⁽³⁴⁾

LA ENFERMERA EN NEONATOLOGIA

El perfil de enfermería como profesional responsable de la salud que promueve, conserva y restablece en la persona, familia y comunidad, dentro de una amplia variedad de entornos, denota la gran importancia que tiene su labor en el área de neonatología. La estimulación temprana debe considerarse como una parte importante de los planes de cuidados de enfermería, si se tienen en cuenta múltiples beneficios que esta conlleva.⁽³⁵⁾

El personal de enfermería es quien pasa la mayor parte del tiempo con el neonato e interviene directamente en su cuidado, desde las tareas

básicas, como el baño y los cambios de posición, hasta los procedimientos molestos y dolorosos, además tiene un mayor contacto con la familia del recién nacido. Es por esto, entre otras razones, que la enfermera es llamada a obtener mayor conocimiento sobre lo que implica la estimulación temprana.

El Método Canguro nos permite experimentar las formas táctiles, auditivas, propioceptivas, las rítmicas de la zona del latido cardiaco. Su aplicación debe realizarse con prematuros que han alcanzado estabilidad fisiológica y que no requieren apoyo ventilatorio. La estimulación canguro puede ser realizada por la madre y también por el padre.

El rol de la enfermera en el método canguro se dirige hacia la orientación y educación que se imparte a los padres, con el objetivo de fomentar la aceptación, adaptación de nuevas técnicas de estudio que favorezcan a mejorar la sobrevivencia del prematuro, asimismo busca la mejoría de alerta y el sueño tranquilo, permite el contacto madre – hijo, le permite a la madre una sensación de eficacia, mejora la atención de los padres hacia los hijos, permite la reparación del proceso de vínculo alterado, integra perspectivas de autorregulación, manipulación mínima, estimulación táctil, enriquecimiento sensorial, contención vestibular dentro del contacto físico del progenitor con su hijo, adaptación emocional, psicológica en el cuidado del niño en el ambiente hospitalario y posteriormente en el hogar.

La enfermera ayuda a los padres a desarrollar la capacidad materna, paterna y autosuficiencia, teniendo en cuenta sus diferencias culturales hábito y costumbres, creencias y actitudes que puedan afectar la interpretación que se brinda a los padres en las recomendaciones acerca del método, por ellos la enfermera debe reunir los conocimientos sólidos del método canguro especialmente en las dimensiones de

termorregulación, lactancia materna exclusiva y estimulación temprana.

(36)

ACTITUD

Según Rodríguez definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.

Kimball Young: la define como “la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas”.⁽³⁷⁾

D. Krech y R.S. Crutchfield, la define: “Una actitud puede ser definida como una organización permanente de procesos emocionales, conceptuales y cognitivos con respecto a algún aspecto del mundo del individuo”.

Blazques menciona que según lo afirmado por Turstone “las actitudes son el grado de afecto positivo o negativo que se asocia a un objetivo psicológico”.

Edwin Hollander, refiere: “Las actitudes son creencias y sentimientos acerca de un objeto o conjunto de objetos del ambiente

social; son aprendidas; tienden a persistir, aunque están sujetas a los efectos de la experiencia; y son estados directivos del campo psicológico que influyen sobre la acción”.

Entonces podemos concluir que la actitud es la predisposición de un individuo a responder a algo o alguien que están sujetas a la experiencia.

COMPONENTES DE LA ACTITUD

Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes:

✓ **Componente cognoscitivo:** (lo que piensa)

Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.⁽³⁸⁾

✓ **Componente afectivo:** (lo que siente)

Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

- ✓ **Componente conductual:** (tendencia a manifestar los pensamientos y emociones) Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

Para explicar la relación entre actitud y conducta, Fishbein y Ajzen, (1980, citado en Rodríguez) han desarrollado una teoría general del comportamiento, que integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual, ha sido llamada Teoría de la acción razonada.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES

-Posibilidad de aprender: Las actitudes no son innatas, dependen mucho de la experiencia y del aprendizaje, pueden ser voluntarias e involuntarias, conscientes e inconscientes.⁽³⁹⁾

-Estabilidad: Las actitudes no son transitorias una vez formadas se vigorizan y perduran en el sujeto o simplemente se modifican

-Significancia: para el individuo y para la sociedad: Toda actitud implica una relación entre una persona y otra o entre las personas y los objetos, las actitudes no se autogeneran, se forman y aprenden en relación a algo.

-Intensidad: Está relacionado con el aspecto emocional de la actitud la cual determina los grados de intensidad con que se reacciona frente al objeto, siempre la relación entre personas y objetos tienen motivaciones afectivas, no es mental.

-Direccionalidad: Esta característica se refiere a que las actitudes pueden estar orientadas positivamente o negativamente hacia el objeto. Una actitud favorable determina el acercamiento hacia el objeto actitudinal o viceversa.

Para fines de estudio, hemos considerado a la intensidad y direccionalidad de la actitud como las características más principales.

FORMACIÓN DE ACTITUDES

El mecanismo general de formación de actitudes es la situación social por la que va pasando un individuo, pudiendo decirse que existe una serie de factores que influyen de manera directa sobre las actitudes.

La cantidad de actitudes que forman parte del bagaje de una persona es limitada, para estudiar las actitudes es necesario utilizar el criterio de actividad que desempeña el sujeto y que se refiere al intento situacional inmediato en el que está inmerso, puede ser su trabajo, hogar, escuela.⁽⁴⁰⁾

En general las actitudes se forman al igual que las creencias, los modos de instrucción, ya se formal o informal o a través de la imitación de uno de ellos.

MEDICIÓN DE LA ACTITUD

Las actitudes pueden medirse por medios directos o indirectos según sea o no advertido por el sujeto. Esta diferencia es importante ya que se ha comprobado que al sentirse observado puede modificar

probablemente los resultados. Las escalas de las actitudes o sistemas de medidas directas, constituyen el método más empleado.

Las técnicas más elaboradas para medir actitudes están diseñadas de tal forma que obtengan información sobre dos dimensiones: dirección e intensidad, la forma general de las escalas de actitudes distingue entre aceptación, indiferencia o rechazo del objetivo de referencia, juntos con una indicación de la intensidad de sus sentimientos al respecto.⁽⁴¹⁾

EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES

Según W.J.H. Sport la evaluación de la actitud se ocupa de distintos asuntos:

- ✓ La redacción de cuestionarios
- ✓ La naturaleza de las actitudes medidas por ellos
- ✓ Los factores que han influido en esas actitudes
- ✓ Las maneras en que pueden ser modificadas.

Likert sugiere el empleo de un método más simple, toma un número de proposiciones consideradas pertinentes a la actitud que se ha de medir, los sujetos deben indicar para cada una de ellas si aprueban firmemente, el resultado final para cada individuo es la suma total de las categorías que registra, numerados 5,4,3,2,1. El proceso siguiente es ver en qué medidas los juicios sobre cada proposición están en correlación con el resultado final y eliminar aquellos que no manifieste un acuerdo sustancial.⁽⁴²⁾

2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL METODO MADRE CANGURO: Es la respuesta expresada por las enfermeras en torno a la disposición hacia el Método Canguro, en los aspectos orientados a la termorregulación, vinculo madre hijo y lactancia materna. El cual fue obtenido a través de la escala de Likert modificada y valorada en aceptación, indiferencia o rechazo.

METODO CANGURO: Es el procedimiento que consiste en el tratamiento al prematuro con el fin de asegurar la termorregulación, lactancia materna exclusiva y el proceso de vinculación afectiva madre – hijo, mediante el contacto piel a piel entre madre e hijo.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El estudio fue de nivel aplicativo ya que parte de la realidad para modificarla, tipo cuantitativo en razón a que le asignó un valor numérico a los hallazgos, método descriptivo de corte transversal ya que ha permitido presentar la información obtenida en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Clínica Maison de Sante, ubicado en el jirón Aljovin N° 222, a la altura de Palacio de Justicia. Lima -Cercado

El servicio de Neonatología se encuentra ubicada en el segundo piso de la clínica, dividido en 2 ambientes: intermedios y UCIN, cuenta con 20 profesionales de enfermería encargados de brindar una atención de calidad a los recién nacidos, el horario de visita es según coordinación con la enfermera de turno, ingresando solo padres.

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por todas las enfermeras que laboran en la Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales conformado por aproximadamente 20 enfermeras.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1. Los criterios de inclusión fueron:

- ✓ Enfermeras nombradas o contratadas que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la Clínica Maisón de Sante
- ✓ Enfermeras que aceptan participar en el estudio

3.4.2. Los criterios de exclusión fueron:

- ✓ Enfermeras que se encuentran de vacaciones o licencia.
- ✓ Enfermeras que no completen en instrumento.

3.5. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, la Escala modificada de Likert (Anexo B), que consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos; el cual fue sometido a juicio de expertos, conformado por profesionales en el área, siendo la información procesada en la Tabla de Concordancia y Prueba binomial (Anexo E).

Posterior a ello se llevó a cabo los reajustes al instrumento a fin de realizar la prueba piloto para determinar la validez estadística mediante la prueba ítem-test Coeficiente de Correlación de Pearson (Anexo H) y para la confiabilidad se utilizó la prueba de Alpha de Crombach.(Anexo I)

3.6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Para implementar el estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido a la dirección de la Clínica Maison de Sante, a fin de obtener las facilidades y autorización respectiva. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con las autoridades del servicio a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos, considerando una duración de aproximadamente 20-30 minutos para la aplicación del instrumento previo consentimiento informado.

Posterior a la recolección de datos se realizó el procesamiento mediante el programa de Microsoft Excel 2010, previa elaboración del libro de códigos (Anexo C) y la tabla matriz de datos (Anexo D). Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la Escala de Stanones para valorar la actitud en aceptación, indiferencia y rechazo. (Anexo F)

3.7. CONSIDERACIONES ETICAS

Para ejecutar el estudio se contó con la autorización de la institución y el consentimiento informado del sujeto de estudio expresándoles que es de carácter anónimo y confidencial de uso solo para fines de estudio (Anexo G).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectado los datos, éstos fueron procesados y presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para su respectivo análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos:

4.1. RESULTADOS

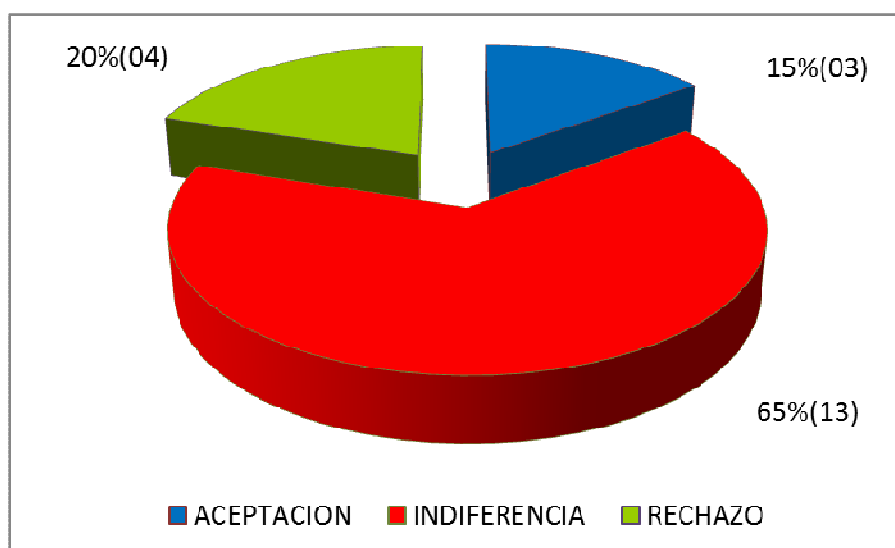
En cuanto a los datos generales del 100% (20), 50%(10) tienen entre 31-40 años, 35%(7) entre 26-30 años, 15%(3) entre 41-60 años, 100%(20) es de sexo femenino; 100%(20) labora en el servicio de UCIN; 55% (11) tiene 1-5 años de experiencia laboral, 30%(6) tienen de 6- 10 años, 15%(3) tiene 10 a más años; 50% (10) tienen turnos fijos y 50%(10) turnos rotativos (Anexo N) .

Por lo que se puede evidenciar que la mayoría de enfermeras son de sexo femenino, adultas maduras ya que tienen de 31 a 40 años de edad, laboran en el servicio de UCIN, tienen de 1 a 5 años de experiencia profesional y tienen turnos fijos y rotativos.

Acerca de la actitud de las enfermeras sobre el Método Madre Canguro en el servicio de UCIN de la Clínica Maison de Sante; del 100%(20), 65%(13) tienen una actitud de indiferencia, 20% (4) rechazo y 15% (3) aceptación. (Gráfico N° 1, Anexo J). Los aspectos referidos a la indiferencia está dada por que el 40% (8) refiere que es poco significativo el tiempo que se emplea para realizar el método madre canguro, 30% (6) que el método de canguro contribuye a la

GRAFICO N° 1

ACTITUD DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL METODO MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE UCIN DE LA CLINICA MAISON DE SANTE LIMA - PERU 2012

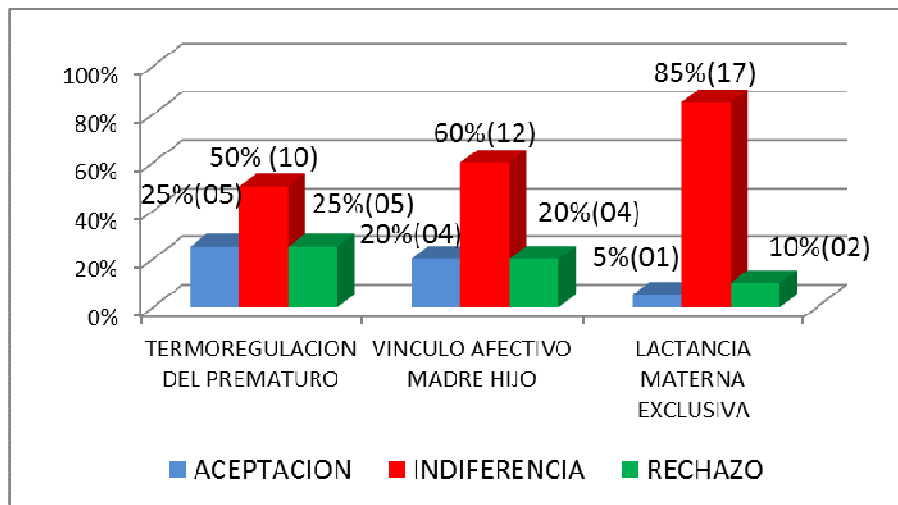


Fuente: Instrumento aplicado a enfermeras del Servicio de UCIN Clínica Maison de Sante, 2012.

disminución del dolor y estrés en procedimientos que se le realice al prematuro; el de rechazo está referido a que 45% (9) manifiesta que es incómodo colocar al bebe en decúbito prono desnudo debajo de la ropa de la madre para mantener la termorregulación, 90% (18) que es poco significativo la lactancia materna exclusiva en el prematuro; y la de aceptación está dado por que el 100% (20) enfermeras expresan que la lactancia materna le proporciona beneficios inmunológicos y nutricionales al recién nacido prematuro y 95% (19) que la lactancia materna exclusiva propicia el desarrollo neurocognitivo del prematuro. (Anexo M).

GRAFICO N°2

ACTITUD DE LAS ENFERMERAS SEGÚN DIMENSIONES SOBRE EL METODO MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE UCIN DE LA CLINICA MAISON DE SANTE LIMA - PERU 2012

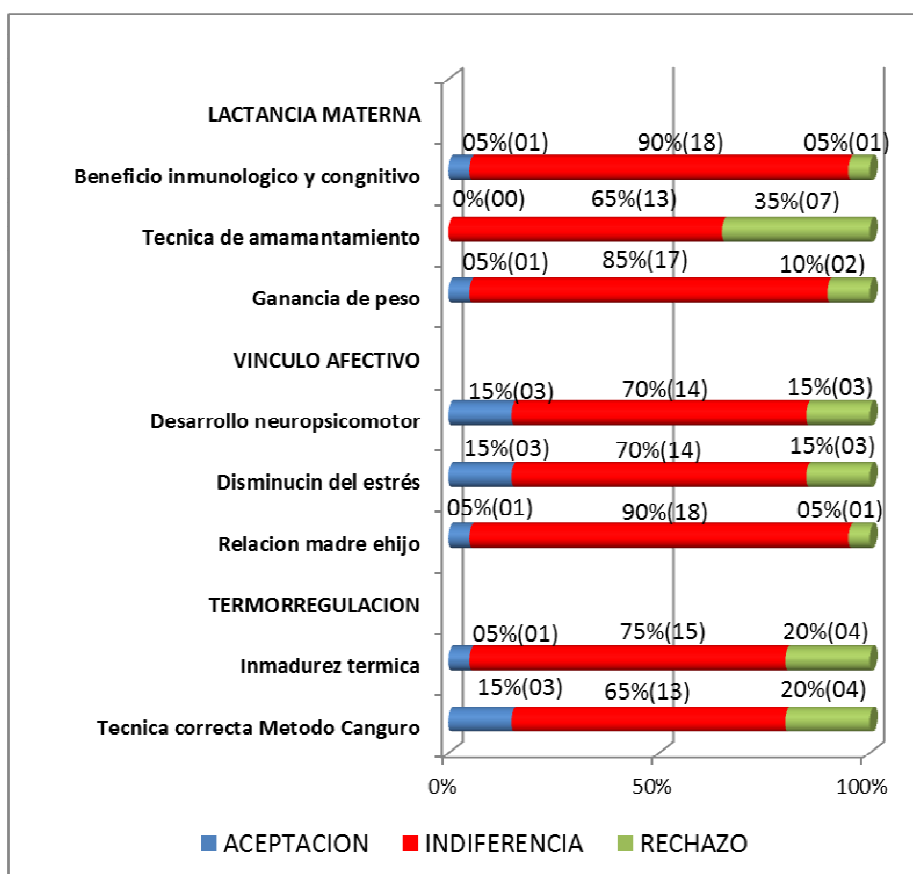


Fuente: Instrumento aplicados a enfermeras del Servicio de UCIN Clínica Maison de Sante, 2012.

Respecto a la actitud de las enfermeras según dimensiones del Método Madre Canguro, del 100% (20), en la dimensión de termorregulación 50%(10) tienen una actitud de indiferencia, 25%(5) aceptación y 25%(5) rechazo. En la dimensión vínculo afectivo madre-hijo 60%(12) tiene actitud de indiferencia, 20%(4) aceptación y 20%(4) rechazo; y en la dimensión de lactancia materna 85%(17) tiene una actitud de indiferencia, 10%(2) rechazo y 5%(1) aceptación. (Grafico N° 2, Anexo K). El ítem de indiferencia en la dimensión termorregulación 75% (15) de enfermeras expresan que está dada por la inmadurez térmica, en el vínculo afectivo madre – hijo 90% (18) en la relación madre e hijo, y en la lactancia materna 90% (18) en el beneficio

GRAFICO N° 3

ACTITUD DE LAS ENFERMERAS SEGÚN ITEMS SOBRE EL METODO MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE UCIN DE LA CLINICA MAISON DE SANTE LIMA - PERU 2012



Fuente: Instrumento aplicado a enfermeras del Servicio de UCIN Clínica Maison de Sante, 2012.

inmunológico y cognitivo. La aceptación en la dimensión termorregulación 15% (3) expresan la técnica correcta del método canguro, en el vínculo afectivo madre – hijo 15% (3) manifiestan que

disminuye el estrés y el desarrollo neuropsicomotor, y en la dimensión lactancia materna 5% (1) expresan que ganan peso. El rechazo en la dimensión lactancia materna 35% (7) refieren que está dado por la técnica de amamantamiento. (Anexo L).

Sobre la actitud de las enfermeras a cerca del método madre canguro según ítems, en la dimensión de lactancia materna, el 90% (18) tiene indiferencia referido al beneficio inmunológico y cognitivo, 65% (13) en la técnica de amamantamiento y 85% (17) sobre la ganancia de peso; 5% (1) tiene una actitud de aceptación sobre la ganancia de peso, y 5% (1) sobre el beneficio inmunológico y cognitivo; 5% (1) tiene una actitud de rechazo al beneficio inmunológico y cognitivo, 35% (7) en la técnica de amamantamiento y 10% (2) sobre la ganancia de peso. En la dimensión de vínculo afectivo, 90% (18) tienen una actitud de indiferencia en la relación madre e hijo, 70% (14) en la disminución del estrés y del desarrollo neuropsicomotor, 15% (03) muestran una actitud de aceptación en el desarrollo psicomotor y disminución del estrés y 5% (1) en la relación madre e hijo. En la dimensión de termorregulación 75% (15) tienen una actitud de indiferencia hacia la inmadurez térmica y 65% (13) hacia la técnica correcta del método canguro, 20% (04) muestran una actitud de rechazo hacia la madurez térmica y la técnica correcta método canguro. (Grafico N°3, Anexo M).

4.2. DISCUSIÓN

Ante el incremento en los últimos años de niños prematuros causada por múltiples factores, los cuales los cuales les predispone a algunos riesgos y complicaciones derivada de la inmadurez de sus órganos, la técnica de Madre Canguro implementada por el Ministerio de Salud ha traído consigo que se incremente la tasa de sobrevivencia de los niños nacidos prematuramente toda vez que ha permitido

establecer un mejor vínculo afectivo, acortar los periodos prolongados de hospitalización, promover el contacto con la madre, prolongar la lactancia materna en los niños de bajo peso y disminuir el riesgo de morbimortalidad.

De ahí que el Método Madre Canguro al ser implementado en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales ha proporcionado ventajas nutricionales, inmunológicas y psicológicas, afianzar el vínculo afectivo madre- hijo en el recién nacido prematuro de bajo peso, disminuir la estancia hospitalaria y evitar infecciones, complicaciones que aumenten el riesgo de morbimortalidad del recién nacido prematuro.

Por lo que el personal de salud que labora en el servicio de neonatología debe tener una actitud de entrega para garantizar un cuidado integral, humanitario al niño prematuro ya que el niño depende totalmente de su atención para superar sus problemas de salud. Al respecto Márquez Bazán, Belinda (2006) concluye que la mayoría de las enfermeras del Instituto Materno Perinatal muestra una actitud de indiferencia con tendencia a rechazo en la ejecución del método madre canguro. Asimismo Gómez Papi y cols (1998) concluyeron que el Método Madre Canguro es una técnica eficaz para proporcionar una mejor adaptación al medio extrauterino y favorecer un bienestar físico y neurológico al RN teniendo consecuencias favorables en los meses posteriores de vida. Los resultados obtenidos en el presente estudio nos permite concluir que el mayor porcentaje de las enfermeras tienen una actitud de indiferencia referido a que es poco significativo el tiempo que se emplea para realizar el método madre canguro, el método de canguro contribuye a la disminución del dolor y estrés ante los procedimientos; un mínimo porcentaje de enfermeras muestran una

actitud de aceptación, expresando que la lactancia materna le proporciona beneficios inmunológicos y nutricionales al recién nacido prematuro y la lactancia materna exclusiva propicia el desarrollo neurocognitivo del prematuro, seguido de un porcentaje mínimo significativo de enfermeras que tienen una actitud de rechazo que se evidencia porque es incómodo colocar al bebé en decúbito prono desnudo debajo de la ropa de la madre para mantener la termorregulación, y que es poco significativo la lactancia materna exclusiva en el prematuro; por lo que es importante la implementación de este programa en los servicios de neonatología a fin de favorecer la participación de la madre promoviendo la responsabilidad y el compromiso para con el proceso de adaptación del niño al medio extrauterino, contribuyendo a disminuir los días de hospitalización del recién nacido prematuro de bajo peso, los costos y consolidar el rol de la enfermera especialista en el cuidado integral del niño prematuro.

La aplicación del Método Madre Canguro en el recién nacido prematuro de bajo peso se basa en la termorregulación, vínculo afectivo y lactancia materna exclusiva, promoviendo el desarrollo fisiológico, neurológico y disminuyendo la estancia hospitalaria.

El recién nacido prematuro tiene mayor facilidad para enfriarse por tener mayores pérdidas de calor y menos capacidad para aumentar la producción de calor por su inmadurez biológica. Las propiedades de la leche materna son significativas para el prematuro ya que tiene ventajas nutricionales, inmunológicas y psicológicas promoviendo la recuperación de su peso, su maduración y disminuyendo las enfermedades comunes en esta etapa. El vínculo afectivo madre hijo ayuda al proceso temprano de interacción social, las primeras nociones que tiene el recién nacido son de carácter táctil con ello el contacto piel

a piel es de vital importancia ya que influye en su desarrollo psicológico y conductual. Al respecto Bystrova K, Ivanova (2009) concluye en su estudio que el contacto temprano piel a piel durante 25 a 120 minutos después del nacimiento, la lactancia temprana o ambos, influyen positivamente en la interacción madre-hijo 1 año más tarde, en comparación con las rutinas que impliquen separación de la madre y del bebé.

De ahí que la actitud de las enfermeras hacia el método madre canguro según dimensiones podemos concluir que el mayor porcentaje en la dimensión termorregulación tienen una actitud de indiferencia hacia la inmadurez térmica; en la dimensión vínculo afectivo madre-hijo en la relación madre e hijo, y en la lactancia materna el beneficio inmunológico y cognitivo, seguido de un porcentaje significativo de enfermeras que tienen una actitud de aceptación hacia la técnica correcta del método canguro en la dimensión termorregulación, en el vínculo afectivo madre – hijo que disminuye el estrés y favorece el desarrollo neuropsicomotor, y en la dimensión lactancia materna ganan peso. Mientras que en un porcentaje mínimo significativo de enfermeras la actitud de rechazo en la dimensión lactancia materna está dado por la técnica de amamantamiento; lo cual puede conllevar a riesgos y/o complicaciones del niño prematuro a intentar adaptarse al medio extrauterino y repercutir negativamente en la calidad de atención que brinda la enfermera al recién nacido prematuro, ya que debe promover la lactancia materna exclusiva para la recuperación del peso del prematuro, así como el fortalecimiento de su sistema inmunológico y nutricional; incentivar el contacto piel a piel ya que le proporciona el calor necesario para mantener su temperatura y disminuir los riesgos a enfriamientos; siendo necesario realizar actividades orientadas a reflexionar sobre las repercusiones que traería consigo la aplicación inadecuada del método madre canguro a fin de actualizar al personal

sobre la importancia de su participación activa y la incorporación de los padres en el cumplimiento del programa contribuyendo en su proceso de adaptación, recuperación y estancia hospitalaria breve.

Acerca de la actitud de las enfermeras sobre el Método Madre Canguro según ítems podemos concluir que la mayoría muestra una actitud de indiferencia en la dimensión de lactancia materna, referido al beneficio inmunológico y cognitivo, la técnica de amamantamiento y la ganancia de peso; en la dimensión de vínculo afectivo, en la relación madre e hijo, disminución del estrés y del desarrollo neuropsicomotor, y en la dimensión de termorregulación hacia la inmadurez térmica y la técnica correcta del método canguro; seguida de un porcentaje significativo de enfermeras que tienen una actitud de rechazo hacia la técnica de amamantamiento, el desarrollo neuropsicomotor, disminución del estrés, inmadurez térmica y técnica correcta de método canguro; lo cual le puede predisponer a complicaciones y repercutir negativamente en el cuidado integral y calidad de atención que brinda el profesional de enfermería al recién nacido prematuro.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La actitud de las enfermeras sobre el Método Madre Canguro en la mayoría es de indiferencia a rechazo referido a que es poco significativo el tiempo que se emplea para realizar el método madre canguro, el método contribuye a la disminución del dolor y estrés ante los procedimientos, es incómodo colocar al bebe en decúbito prono desnudo debajo de la ropa de la madre para mantener la termorregulación, y que es poco significativo la lactancia materna exclusiva en el prematuro; seguido de un mínimo porcentaje de enfermeras que muestran una actitud de aceptación expresando que la lactancia materna le proporciona beneficios inmunológicos y nutricionales al recién nacido prematuro y la lactancia materna exclusiva propicia el desarrollo neurocognitivo del prematuro.
- Respecto a la actitud de las enfermeras según las dimensiones del Método Madre Canguro la mayoría de las enfermeras presentan una actitud de indiferencia y rechazo en la dimensión termorregulación hacia la inmadurez térmica; en la dimensión vínculo afectivo madre-hijo en la relación madre e hijo, y en la lactancia materna el beneficio inmunológico y cognitivo, y la técnica de amamantamiento; seguido de un porcentaje significativo de enfermeras que tienen una actitud de aceptación hacia la técnica correcta del método canguro en la dimensión termorregulación, en el vínculo afectivo madre – hijo que

disminuye el estrés y favorece el desarrollo neuropsicomotor, y en la dimensión lactancia materna ganan peso.

- ✓ Acerca de la actitud de las enfermeras según ítems sobre el método madre canguro en la mayoría muestra una actitud de indiferencia a rechazo en la dimensión de lactancia materna, referido al beneficio inmunológico y cognitivo, la técnica de amamantamiento y la ganancia de peso; en la dimensión de vínculo afectivo, en la relación madre e hijo, disminución del estrés y del desarrollo neuropsicomotor, y en la dimensión de termorregulación hacia la inmadurez térmica y la técnica correcta del método canguro.

5.2. LIMITACIONES

La limitación derivada del estudio está dada por qué:

Los resultados y las conclusiones solo son válidos para la población de estudio.

5.3. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones del estudio están dadas por:

- ✓ Que el departamento de enfermería y el servicio de Neonatología elaboren un programa de educación permanente y/o continua dirigido al personal profesional a fin de actualizar los contenidos sobre el Método Madre Canguro.
- ✓ Realizar estudios similares en diferentes Instituciones de Salud que cuente con el servicio de Neonatología.

- ✓ Que el servicio de neonatología promueva la elaboración de material de folletos y/o trípticos sobre el Método Madre Canguro dirigido a las madres de los recién nacidos prematuros.

- ✓ Que el servicio de neonatología elabore un programa de educación para la salud dirigida a las madres sobre el Método Madre Canguro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1)(2)(3) Instituto Especializado Materno Perinatal. “Índices de Mortalidad, Morbilidad Neonatal con Diagnóstico Definidos”. Lima – Perú. 2002.
- (4) Pacora P, Romero R. El parto pre término y el nacimiento prematuro. Ginecología y Obstetricia. Lima. 2008.
- (5) (6) Ludington-Hoe S.M., Swinth J.Y. Developmental aspects of kangaroo care. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 1996. Pág. 1.
- (7) Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Método madre canguro para reducir la morbimortalidad en neonatos con bajo peso al nacer. 3era edición. España 2005.Pag. 1.
- (8) Instituto Nacional de Estadística e informática. Lima- 2011.Pag.2
- (9) (10) www.minsa.gob.pe. Noviembre 2012.Pag.2.
- (11) Gómez Papí A, Montoya Alcolea A, Barberán Oliet P, Jarrod Pàmies M: Evolución de la temperatura del recién nacido a término durante el contacto piel con piel inmediato. España 2007. Pag.6.
- (12) Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M., EE.UU“Contacto precoz versus separación: efectos en la interacción madre-hijo un año después”. EE.UU. 2009. Pag.7.
- (13) López Luciana, Fernández Miriam. “Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz”. [Tesis para optar el Título de

- Especialista de Enfermería en Neonatología]. Perú. UCH.2007. Pag.7.
- 14) Moore ER, Anderson GC, Bergman N.“Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos” EE.UU.2007. Pág. 8.
- (15) (16) Departamento de investigación y salud reproducción OMS. Organización mundial de salud cuidado de la mama canguro- Génova.2005.Pág. 9.
- (16) Márquez Bazán Belinda, “Nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del servicio de intermedios neonatal del Instituto Especializado Materno Perinatal acerca del Método Canguro”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima. UNMSM.2005.Pag. 9.
- (17) Revista del Hospital General “La Quebrada”. Estudio de la Técnica mamá Canguro. España.2002.Pag. 10.
- (18) (19) Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Método madre canguro para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer.Peru.2000. Pág. 11.
- (20) Jasso, Luis. “Neonatología Práctica”.3ra edition. México 1989.Pag.12.
- (21) (22) (23) Lubchenco LO, Searls DT, Brazie JV. Neonatal Mortality rate:relationship to birth weight and gestational age.J Pediatr 1972.Pag.13.
- (24) Organización Mundial de la Salud. “Guía Práctica, Cuidado de la Mama Canguro”. Génova: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.2009. Pag. 14.

- (25) (26) (27) Bruck, K.: Temperature regulation in the Newborn infant. Biol. Neonate. 1961. Pag 15.
- (28) (29) Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño. Unicef. Perú 2009. Pag.18.
- (30) Lactancia materna. Manual para profesionales .Asociación peruana de pediatría. Perú 2004. Pág. 20.
- (31) Llanos M. Tendencias actuales en la nutrición del recién nacido prematuro. Rev Chil Pediatr .EE.UU.2004.Pag.21.
- (32). Ferrer Chávez, María. Contacto precoz piel a piel: efecto sobre Los parámetros fisiológicos las cuatro horas post parto. Chile.1992. Pag.22.
- (33) (34) Bowlby, J., Attachment and Loss, Attachment, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. Londres.1969.Pag 23.
- (35) Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Método madre canguro para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer. España 2008. Pag.24.
- (36) (37) R. Closa Monasterolo, J. Moraleja Venteéis, M. Revés Olivé, J. Martínez, A. Gómez Papi. Métodos Canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal. México 2007. Pag.25-26.
- (40)(42) Edward E. Jones y Harold B. Gerard. “Fundamentos de Psicología Social”.Editorial Limusa SA – México 1980. Pág. 30.

BIBLIOGRAFIA

- AVERY. G. "Neonatología". El nacimiento emocional del niño: instituto de investigaciones en psicología clínica y social, México.Ed. Interamericana S.A. 1992.
- ARELLANO, M "Cuidados Intensivos en Pediatría", 5ta ed. México: Ed. Interamericana S.A. 1995.
- Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M. "Contacto precoz versus separación: efectos en la interacción madre-hijo un año después". EE.UU. 2009
- Bruck, K.: Temperature regulation in the Newborn infant. Biol. Neonate. EE.UU.1961
- Bowlby, J., Attachment and Loss, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.Londres.1969
- Marquez Bazan Belinda,"Nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del servicio de intermedios neonatal del Instituto Especializado Materno Perinatal acerca del Método Canguro". [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima. UNMSM.2005.
- Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Método madre canguro para reducir la morbimortalidad en neonatos con bajo peso al nacer. 3era edición .España.2005
- Ferrer Chávez, María. Contacto precoz piel a piel: efecto sobre los parámetros fisiológicos las cuatro horas post parto. Chile.1992.
- Departamento de investigación y salud reproducción OMS. Organización mundial de salud cuidado de la mama canguro- Génova.2005
- Edward E. Jones y Harold B. Gerard. "Fundamentos de Psicología Social".Editorial Limusa SA – México 1980.

- Gómez Papí A, Montoya Alcolea A, Barberán Oliet P, Jariod Pàmies M: Evolución de la temperatura del recién nacido a término durante el contacto piel con piel inmediato. España 2007.
- Guía práctica de la OMS. Cuidados en el parto normal. Grupo técnico de trabajo OMS, Departamento de Investigación y salud reproductiva Ginebra, 1996.
- <http://www.kangaroomothercare.com/whatis03.htm>
- Instituto Especializado Materno Perinatal. “Índices de Mortalidad, Morbilidad Neonatal con Diagnóstico Definidos”. Lima – Perú 2002.
- Instituto Nacional de Estadística e informática. Lima- 2011
- Jasso, Luis. “Neonatología Práctica”. 3ra ed. Manual Moderno. México 1989.
- Kimberly G.L, Choherty J.P. Manual Cuidados Neonatales. 4 Edición España. Edit Choherty. 2005
- López Luciana, Fernández Miriam. “Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz”. [Tesis para optar el Título de Especialista de Enfermería en Neonatología]. Perú. UCH.2007.
- Lubchenco LO, Searls DT, Brazie JV. Neonatal mortality rate: relationship to birth weight and gestational age. J Pediatr .EE.UU.1972.
- Lactancia materna. Manual para profesionales .Asociación peruana de pediatría. Perú 2004
- Llanos M. Tendencias actuales en la nutrición del recién nacido prematuro. Rev Chil Pediatr .EE.UU.2004.

- Sánchez Martín, María Inmaculada. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. 2010.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. “Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos” EE.UU.2007.
- Organización Mundial de la Salud. “Guía Práctica, Cuidado de la Mama Canguro”. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Génova. 2009.
- Pacora P, Romero R. El parto pre término y el nacimiento prematuro. Ginecología y Obstetricia. Lima-2008.
- Pallás Alonso CR, Programa de actividades preventivas en niños prematuros. Actualización en Pediatría. Perú. 2006.
- Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño. Unicef. Primera edición. Perú. 2009.
- Revista del Hospital General “La Quebrada”. Estudio de la Técnica mamá Canguro. España.2002.
- R. Closa Monasterolo, J. Moraleja Venteéis, M. Revés Olivé, J. Martínez, A. Gómez Papi. Métodos Canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal. México. 2007.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A.	Operacionalización de la Variable	I
B.	Instrumento	II
C.	Tabla de códigos	V
D.	Tabla matriz de Datos	VI
E.	Tabla de Concordancia - Prueba Binomial	VII
F.	Medición de la variable	VIII
G.	Consentimiento informado	XI
H.	Validez del Instrumento	XII
I.	Confiabilidad del Instrumento	XIV
J.	Actitud de las enfermeras sobre el Método Madre Canguro en el servicio de UCIN de la clínica Maison de Sante Lima-Perú. 2012.	XV
K.	Actitud de las enfermeras según dimensiones sobre el Método Madre Canguro en el servicio de UCIN de la clínica Maison de Sante Lima-Perú. 2012.	XVI
L.	Actitud de las enfermeras según dimensiones sobre el Método Madre Canguro en el servicio de UCIN de la clínica Maison de Sante Lima-Perú 2012.	XVII
M.	Actitud de las enfermeras por ítems sobre el Método Madre Canguro en el servicio de UCIN de la clínica Maison de Sante Lima-Perú 2012	XVIII
N.	Datos Generales de las enfermeras del servicio de UCIN de la Clínica Maison de Sante Lima-Perú 2012	XXI

ANEXO A
OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL D LA AVRIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA AVRIABLE	VALOR FINAL
Actitudes de las enfermeras sobre los beneficios del Método Canguro	El Método Canguro es una procedimiento mediante el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido con el fin de mantener la termorregulación, fomentar la lactancia materna y la estimulación temprana favoreciendo el vínculo afectivo. Por ello la importancia de aplicar en UCIN con el fin de lograr el bienestar del recién nacido, por ello es importante tener una actitud aceptable en la aplicación del Método canguro.	Termorregulación del prematuro Vínculo afectivo madre_hijo (Estimulación Temprana) Lactancia materna exclusiva en el prematuro	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica correcta de aplicación de Método Canguro • Inmadurez térmica • Disminución del estrés • Relación madre-hijo • Estimulación táctil, auditiva • Desarrollo neuropsicomotor • Favorece la ganancia de peso • Técnica de amamantamiento adecuada • Beneficios inmunológicos y cognitivos 	Es la respuesta expresada por las enfermeras en torno a la disposición hacia la aplicación del el Método Madre Canguro, es decir proporcionar orientación sobre la termorregulación, vinculo madre hijo y lactancia materna. El cual puede ser obtenido a través de la escala de Likert modificada y valorada en aceptación, indiferencia o rechazo.	Aceptación Indiferencia Rechazo



UNMSM- FM-UPG
PSEE-2012

ANEXO B

INSTRUMENTO

PRESENTACION:

Buenos días, soy alumna de la segunda especialidad de enfermería de la Unidad de Post grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, me encuentro realizando un estudio en coordinación con la institución a fin de obtener información sobre las actitudes de las enfermeras hacia el Método Madre Canguro en la Clínica Maison de Sante– 2012. Para ello se le solicita responda los siguientes enunciados con veracidad. Cabe mencionar que es anónimo y que la información brindada será de uso exclusivo para el estudio. Agradezco por anticipado su colaboración.

INSTRUCCIONES:

- A continuación le presentamos una serie de enunciados los cuales usted leerá atentamente y marcará con un aspa la respuesta que usted considere adecuada en uno de los espacios de cada enunciado.
- Para cada enunciado encontrará 5 posibilidades, de las cuales usted marcará una de ellas, la que usted considere adecuada.
- Tenga en cuenta las siguientes abreviaturas:

TOTALMENTE DE ACUERDO	TA
ACUERDO	D
INDIFERENTE	I
DESACUERDO	D
TOTALMENTE DESACUERDO	TD

DATOS GENERALES

1. Edad: _____ 2. Turno: Fijo () Rotativo ()

3. Años de experiencia profesional _____

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
1. Pienso que es primordial que la madre realice el Método Madre Canguro					
2. Considero que el contacto piel a piel ayuda a mantener la termorregulación del prematuro					
3. Es incomodo colocar al bebe en decúbito prono denudo debajo de la ropa de la madre para mantener la termorregulación					
4. El Método Madre Canguro favorece el desarrollo del prematuro					
5. Es importante que la madre practique la técnica correcta de amamantamiento en la aplicación del Método Canguro					
6. Es poco significativo la lactancia materna exclusiva en el prematuro					
7. La lactancia materna exclusiva propicia el desarrollo neurocognitivo del prematuro					
8. La lactancia materna le proporciona beneficios inmunológicos y nutricionales al recién nacido prematuro					
9. Es probable que el método canguro contribuya con la ganancia de peso					
10. El Método Canguro estimula el desarrollo de las diferentes aéreas como la motriz, sensorial.					
11. La interacción madre- hijo contribuye al desarrollo psicomotor del prematuro					
12. Considero que el primer contacto que el RN prematuro tiene con su madre permite la interacción favorable para su desarrollo mediante la relación madre – hijo					
13. Considero que el Método Madre Canguro puede ser un riesgo para el Rn prematuro debido a su inmadurez biológica					
14. El Método Madre Canguro no es significativo si lo realiza el padre					
15. Me satisface que el método de Canguro fomente la participación de los padres en el cuidado de los prematuros					
16. Me satisface que el método de Canguro fomente la participación de los padres en el cuidado de los prematuros					
17. El Método canguro no soluciona la inestabilidad térmica del prematuro					

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
18. El Método canguro no soluciona la inestabilidad térmica del prematuro					
19. El inicio de la lactancia materna directa en el prematuro puede aumentar las pérdida de calorías del recién nacido prematuro					
20. No es necesario que la madre reciba información para realizar el Método Madre Canguro					
21. Considero importante informar y sensibilizar a los padres sobre el Método de Canguro					
22. El método de canguro contribuye a la disminución de dolor y estrés en procedimientos que se le realice al prematuro					
23. Considero que la voz , las caricias y los masajes de la madre estimulan afectivamente al recién nacido prematuro					
24. Es poco probable que el contacto afectivo del RN con la madre contribuya a su desarrollo psicomotor por su prematuridad					
25. No es necesario una supervisión constante del Método Madre Canguro					
26. El Método Canguro proporciona estabilidad térmica al recién nacido prematuro					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO C

TABLA DE CÓDIGOS

ITEMS	TA	A	I	D	TD
POSITIVOS	5	4	3	2	1
ITEMS	TA	A	I	D	TD
NEGATIVOS	1	2	3	4	5

PREGUNTA	PUNTUACION				
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	5	4	3	2	1
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	5	4	3	2	1
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	5	4	3	2	1
15	5	4	3	2	1
16	1	2	3	4	5
17	5	4	3	2	1
18	5	4	3	2	1
19	5	4	3	2	1
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	5	4	3	2	1
24	5	4	3	2	1

ANEXO D

MATRIZ DE DATOS - ACTITUD DE ENFERMERAS METODO MADRE CANGURO

E	DATOS GENERALES			TERMOREGULACION DEL PREMATURO						VINCULO AFECTIVO MADRE-HIJO								LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA								TOTAL		
	1	2	3	2	3	19	20	13	17	24	12	14	15	16	21	10	22	23	1	4	11	6	9	18	5		7	8
1	1	1	1	2	4	5	5	4	2	4	5	4	3	4	3	3	4	4	5	4	4	4	5	2	4	4	5	88
2	2	2	2	5	4	4	5	2	4	4	5	4	4	4	5	5	4	3	1	4	4	2	5	3	4	4	5	89
3	1	2	2	4	4	4	5	3	2	4	3	5	4	4	4	5	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	5	88
4	1	1	1	4	5	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	89
5	1	2	2	2	2	4	4	2	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	2	3	4	4	4	2	4	4	4	83
6	1	1	1	4	1	4	4	2	2	5	5	4	3	5	5	5	4	5	2	4	4	4	4	2	4	4	5	86
7	3	3	1	5	4	4	4	2	4	4	3	5	3	4	3	4	5	3	1	4	4	5	4	4	3	4	5	86
8	2	2	2	2	1	4	5	4	4	4	4	5	3	4	3	3	4	3	4	2	3	4	4	4	4	4	5	82
9	3	3	1	3	2	5	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	5	3	4	4	4	4	87
10	3	2	2	3	1	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	5	2	3	2	4	4	4	86
11	2	2	2	4	4	4	4	3	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4	4	3	5	5	4	4	4	5	5	96
12	1	1	1	2	2	4	5	4	3	5	4	4	4	5	3	4	4	5	5	4	4	4	4	4	3	4	4	90
13	1	1	1	2	1	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	5	84
14	2	3	1	2	2	4	5	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	5	2	4	4	4	4	4	4	4	4	84
15	2	2	2	4	5	5	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	5	4	3	2	4	4	4	2	1	3	4	83
16	1	1	1	4	5	4	4	4	3	5	3	4	3	5	5	4	5	4	5	4	5	4	3	4	4	5	4	96
17	1	2	2	4	4	4	4	4	3	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	93
18	1	1	1	4	5	4	5	2	2	4	4	4	4	5	4	4	4	3	5	4	4	4	5	2	3	4	5	89
19	2	2	2	4	3	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	2	4	4	5	87
20	1	2	2	2	1	4	3	4	3	5	4	4	3	4	4	5	4	1	2	4	5	4	1	3	4	4	5	78

ANEXO E

TABLA DE CONCORDANCIA: PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
4	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
5	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035
6	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
7	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035

SI : 1

NO: 0

$P < 0.05$ La concordancia es significativa.

ANEXO F

MEDICIÓN DE LA VARIABLE ACTITUDES

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Stanones

Actitud General

1. Se determinó:

$$\text{PROMEDIO } \bar{x} = 28$$

$$\text{DS}=4.35$$

FORMULA:

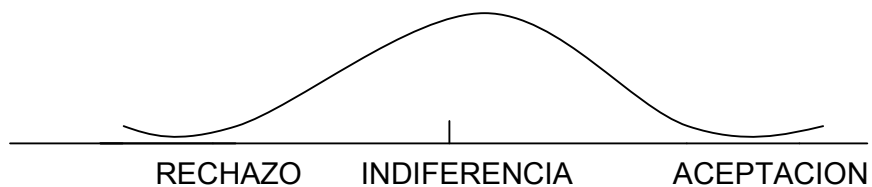
$$X+ 0.75 (\text{DS})=87.2 +3.26=90.46 \quad X- 0.75 (\text{DS})=87.2 -3.26=83.94$$

Puntaje:

ACEPTACION : 91- 120

INDIFERENCIA: 84-90

RECHAZO : 24 – 83



Dimensión Termorregulación

1. Se determinó:

$$\text{PROMEDIO } \bar{x} = 25.06$$

$$\text{DS} = 2.45$$

FORMULA:

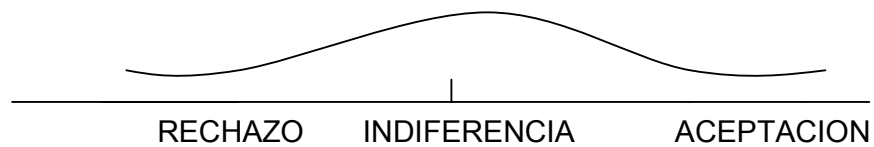
$$X + 0.75 (\text{DS}) = 25.06 + 1.84 = 26.9 \quad X - 0.75 (\text{DS}) = 25.06 + 1.84 = 23.22$$

Puntaje:

ACEPTACION : 28 - 35

INDIFERENCIA: 23- 27

RECHAZO : 07 - 22



Dimensión Vínculo Afectivo:

1. Se determinó:

$$\text{PROMEDIO } \bar{x} = 38.95$$

$$\text{DS} = 2.49$$

FORMULA:

$$X + 0.75 (\text{DS}) = 38.95 + 1.87 = 40.82$$

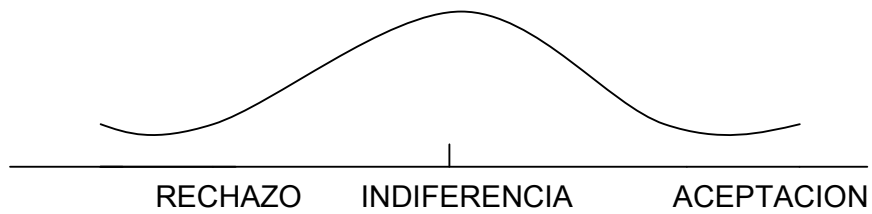
$$X - 0.75 (\text{DS}) = 38.95 + 1.87 = 37$$

Puntaje:

ACEPTACION : 42- 50

INDIFERENCIA: 37-41

RECHAZO : 10 -36



Dimensión Lactancia Materna

1. Se determinó:

PROMEDIO $\bar{x} = 27.2$

DS=1.96

FORMULA:

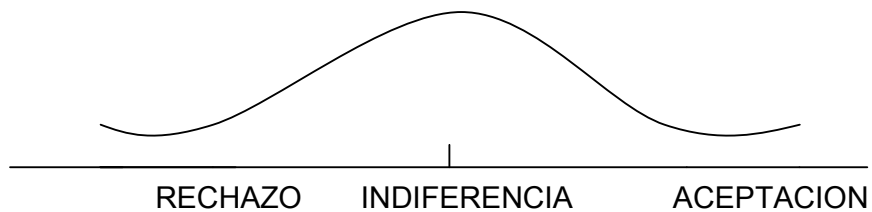
$X + 0.75 (DS) = 27.2 + 1.47 = 28.67$ $X - 0.75 (DS) = 27.2 - 1.47 = 25.73$

Puntaje:

ACEPTACION : 30- 35

INDIFERENCIA: 26-29

RECHAZO : 07 – 25



ANEXO G

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada "ACTITUD DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL METODO MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE UCIN DE LA CLINICA MAISON DE SANTE ACERCA DEL BENEFICIO DEL METODO CANGURO – 2012".

Habiendo sido informado del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

Nombre:..... DIN.....

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada licenciada(o) en enfermería:

La investigación del estudio para al cual Ud. Ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicaran en lo absoluto.

ATTE

Teresa Hernández Ramírez
Autora del Estudio

ANEXO H

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum y_i)}{[N (\sum x^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

Donde:

X: Puntajes obtenidos para cada pregunta en los N individuos.

Y: Puntaje total del individuo.

Item 1:	$r = 0.47$	Item 17:	$r = -0.07(*)$
Item 2:	$r = 0.48$	Item 18:	$r = 0.34$
Item 3:	$r = 0.59$	Item 19:	$r = -0.13(*)$
Item 4:	$r = 0.23$	Item 20:	$r = 0.17(*)$
Item 5:	$r = 0.053(*)$	Item 21:	$r = 0.31$
Item 6:	$r = 0.09(*)$	Item 22:	$r = 0.10(*)$
Item 7:	$r = 0.65$	Item 23:	$r = 0.34$
Item 8:	$r = -0.14(*)$	Item 24:	$r=0.61$
Item 9:	$r = 0.24$		
Item 10:	$r = -0.06(*)$		
Item 11:	$r = 0.23$		
Item 12:	$r = 0.05(*)$		
Item 13 :	$r = 0.04(*)$		
Item 14:	$r = 0.23$		
Item 15:	$r = 0.34$		
Item 16:	$r = 0.34$		

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en los ítems N° 5, 6, 8, 10, 12, 13, 17,19, 20, 22, los cuales no alcanzan el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conservan.

ANEXO I

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Crombach, cuya fórmula es

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

S_i^2 : Varianza muestral de cada ítems

S_T^2 : Varianza del total de puntaje de los ítems

Confiabilidad	Valor	Ítem Validos
Alpha de Crombach	0.5	14

$$\alpha = 0.50$$

Si el $\alpha = 0.5$ ó $>$ el instrumento es confiable

ANEXO J

**ACTITUD DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL METODO MADRE
CANGURO EN EL SERVICIO DE UCIN DE LA
CLINICA MAISON DE SANTE
LIMA - PERU
2012**

ACTITUD	Nº	%
ACEPTACION	3	15%
INDIFERENCIA	13	65%
RECHAZO	4	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de UCIN Clínica Maison de Sante, 2012.

ANEXO K

**ACTITUD DE LAS ENFERMERAS SEGÚN DIMENSIONES SOBRE
EL METODO MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE UCIN
DE LA CLINICA MAISON DE SANTE
LIMA - PERU
2012**

DIMENSION	ACEPTACION		INDIFERENCIA		RECHAZO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TERMOREGULACION DEL PREMATURO	05	25%	10	50%	05	25%	20	100
VINCULO AFECTIVO MADRE HIJO	04	20%	12	60%	04	20%	20	100
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	01	5%	17	85%	02	10%	20	100

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de UCIN Clínica Maison de Sante, 2012.

ANEXO L

**ACTITUD DE LAS ENFERMERAS SEGÚN DIMENSIONES SOBRE EL
METODO MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE UCIN
DE LA CLINICA MAISON DE SANTE
LIMA - PERU
2012**

DIMENSION	ACEPTACION		INDIFERENCIA		RECHAZO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TERMORREGULACION DEL PREMATURO								
TECNICA CORRECTA METODO CANGURO	03	15%	13	65%	04	20%	20	100
INMADUREZ TERMICA	01	5%	15	75%	04	20%	20	100
VINCULO AFECTIVO MADRE HIJO								
RELACION MADRE E HIJO	01	5%	18	90%	01	5%	20	100
DISMINUCION DEL ESTRÉS	03	15%	14	70%	03	15%	20	100
DESARROLLO NEUROPSICOMOTOR	03	15%	14	70%	03	15%	20	100
LACTANCIA MATERNA								
GANANCIA DE PESO	01	5%	17	85%	02	10%	20	100
TECNICA DE AMAMANTAMIENTO	00	0%	13	65%	07	35%	20	100
BENEFICIO INMUNOLOGICO Y COGNITIVO	01	5%	18	90%	01	5%	20	100

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de UCIN Clínica Maison de Sante, 2012.

ANEXO M

ACTITUD DE LAS ENFERMERAS POR ITEMS SOBRE EL METODO MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE UCIN DE LA CLINICA MAISON DE SANTE LIMA - PERU 2012

ITEMS	ACEPTACION		INDIFERENCIA		RECHAZO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Pienso que es primordial que la madre realice el Método Madre Canguro	09	45	03	15	08	40	20	100
2. Considero que el contacto piel a piel ayuda a mantener la termorregulación del prematuro	11	55	02	10	07	35	20	100
3. Es incomodo colocar al bebe en decúbito prono desnudo debajo de la ropa de la madre para mantener la termorregulación	09	45	02	10	09	45	20	100
4. El Método Madre Canguro favorece el desarrollo del prematuro	13	65	03	15	04	20	20	100
5. Es importante que la madre practique la técnica correcta de amamantamiento en la aplicación del Método Canguro	15	75	04	20	01	05	20	100
6. Es poco significativo la lactancia materna exclusiva en el prematuro	02	10	00	00	18	90	20	100
7. La lactancia materna exclusiva propicia el desarrollo neurocognitivo del prematuro	19	95	01	05	00	00	20	100
8. La lactancia materna le proporciona beneficios inmunológicos y nutricionales al recién nacido prematuro	20	100	00	00	00	00	20	100
9. Es probable que el método canguro contribuya con la ganancia de peso	01	05	04	20	15	75	20	100
10. El Método Canguro estimula el desarrollo de las diferentes aéreas como la motriz, sensorial.	17	85	03	15	00	00	20	100

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de UCIN Clínica Maison de Sante, 2012.

**ACTITUD DE LAS ENFERMERAS POR ITEMS SOBRE EL METODO
MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE UCIN DE LA
CLINICA MAISON DE SANTE
LIMA - PERU
2012**

ITEMS	ACEPTACION		INDIFERENCIA		RECHAZO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
11. La interacción madre- hijo contribuye al desarrollo psicomotor del prematuro	17	85	02	10	01	05	20	100
12. Considero que el primer contacto que el RN prematuro tiene con su madre permite la interacción favorable para su desarrollo mediante la relación madre – hijo	16	80	04	20	00	00	20	100
13. Considero que el Método Madre Canguro puede ser un riesgo para el Rn prematuro debido a su inmadurez biológica	05	25	05	25	10	50	20	100
14. El Método Madre Canguro no es significativo si lo realiza el padre	00	00	00	00	20	100	20	100
15. Es poco significativo el tiempo que se emplee para realizar el Método Madre Canguro	00	00	08	40	12	60	20	100
16. Me satisface que el método de Canguro fomente la participación de los padres en el cuidado de los prematuros	00	00	00	00	20	00	20	100
17. El Método canguro no soluciona la inestabilidad térmica del prematuro	06	30	05	15	09	45	20	100
18. El inicio de la lactancia materna directa en el prematuro puede aumentar las pérdida de calorías del recién nacido prematuro	07	35	03	15	10	50	20	100
19. No es necesario que la madre reciba información para realizar el Método Madre Canguro	00	00	00	00	20	100	20	100

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de UCIN Clínica Maison de Sante, 2012.

**ACTITUD DE LAS ENFERMERAS POR ITEMS SOBRE EL METODO
MADRE CANGURO EN EL SERVICIO DE UCIN DE LA
CLINICA MAISON DE SANTE
LIMA - PERU
2012**

ITEMS	ACEPTACION		INDIFERENCIA		RECHAZO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20. Considero importante informar y sensibilizar a los padres sobre el Método de Canguro	19	95	01	05	00	00	20	100
21. El método de canguro contribuye a la disminución de dolor y estrés en procedimientos que se le realice al prematuro	14	70	06	30	00	00	20	100
22. Considero que la voz , las caricias y los masajes de la madre estimulan afectivamente al recién nacido prematuro	20	100	00	00	00	00	20	100
23. Es poco probable que el contacto afectivo del RN con la madre contribuya a su desarrollo psicomotor por su prematuridad	01	05	04	20	15	75	20	100
24. No es necesario una supervisión constante del Método Madre Canguro	00	00	00	00	20	100	20	100

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de UCIN Clínica Maison de Sante, 2012.

ANEXO N

**DATOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE UCIN
DE LA CLINICA MAISON DE SANTE
LIMA - PERU
2012**

DATOS	Nº	%
AÑOS DE EXPERICENCIA		
1 A 5 AÑOS	11	55%
6 A 10 AÑOS	06	30%
10 A MAS	03	15%
TOTAL	20	100%
EDAD DEL PERSONAL		
26 A 30	07	35%
31 A 40	10	50%
41 A 60	03	15%
TURNOS		
FIJO	10	50%
ROTATIVO	10	50%
TOTAL	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de UCIN Clínica Maison de Sante, 2012.