

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE ENFERMERÍA

**Nivel de conocimiento que tienen las madres
adolescentes en el cuidado del recién nacido en el
Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-
noviembre, 2007**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Joanna Elizabeth Chapilliquen Pérez

ASESORA

Mery Soledad Montalvo Luna

Lima-Perú

2009

**NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES
ADOLESCENTES EN EL CUIDADO DEL RECIEN
NACIDO EN EL INSTITUTO NACIONAL
MATERNO PERINATAL
MAYO-NOVIEMBRE
2007**

A Dios por todo lo bueno que me ha dado en la vida, y por protegerme.

A mis padres queridos por todo su apoyo incondicional y su amor.

A mi hermano José Luís por su apoyo durante mi formación académica.

A la Lic. Mery Montalvo Luna
asesora del presente trabajo de
investigación por su paciencia y
orientación.

A la Lic. Luisa Rivas Díaz por
sus enseñanzas y consejos
durante mi formación
académica.

A mi novio y amigo Marco Antonio
por apoyarme, estar conmigo
en los buenos y malos momentos.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Resumen	ix
Abstract	x
Presentación	1
Capítulo I. Introducción	
A. Planteamiento del Problema	3
B. Formulación del Problema	5
C. Justificación	6
D. Objetivos	6
E. Propósito	7
F. Marco Teórico	7
F.1 Antecedentes	7
F.2 Base Teórica Conceptual	12
F.2.1 Generalidades sobre el conocimiento	12
F.2.2 Generalidades sobre el cuidado	13
1. Aspectos teóricos conceptuales sobre el cuidado del R.N.	14
1.1. Características generales del niño de 0 a 1 mes.	14
2. Características del físicas del recién nacido.	15
3. Cuidados Físicos del recién nacido.	22
3.1. Signos de alarma en el recién nacido.	32
4. Estimulación temprana en el recién nacido.	33
4.1. Enriquecimiento sensorial.	34
5. Adolescencia.	39
5.1. Situación de la madre adolescente.	42
6. Rol del profesional de enfermería en el cuidado de la madre adolescente.	44

G. Hipótesis.	46
H. Definición Operacional de Términos.	46

Capítulo II: Material y Métodos.

A. Tipo, Nivel y Método.	47
B. Sede de Estudio.	47
C. Población y/o Muestra.	48
D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.	49
E. Recojo de los Datos.	50
F. Procesamiento, Presentación y Análisis de los Datos.	51
G. Consideraciones Éticas.	52

Capítulo III: Resultados y Discusión.

A. Datos Generales.	53
B. Datos Específicos:	53
1. Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido del Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo- Noviembre 2007,	53
2. Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado Físico del Recién Nacido del Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo- Noviembre 2007.	57
3. Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes acerca de la Estimulación Temprana del recién nacido del Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo- Noviembre 2007.	59
4. Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes acerca del Cuidado Físico del Recién Nacido del Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo- Noviembre 2007.	61

5. Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes acerca de la Estimulación Temprana del Recién Nacido, Mayo- Noviembre 2007.	65
Capítulo IV: Conclusiones, limitaciones y recomendaciones.	
A. Conclusiones.	68
B. Limitaciones.	69
C. Recomendaciones.	69
Referencia Bibliográfica	71
Bibliografía	76
Anexos	78

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°	Pág.
1: Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido del Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo- Noviembre 2007.....	54
2: Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado Físico del Recién Nacido del Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo- Noviembre 2007.....	57
3: Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes acerca de la Estimulación Temprana del Recién Nacido del Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo- Noviembre 2007.....	59
4: Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes acerca del Cuidado Físico del Recién Nacido del Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo- Noviembre 2007.....	61
5: Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes acerca de la Estimulación Temprana del Recién Nacido del Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo- Noviembre 2007.....	65

PRESENTACION

Adolescencia significa etapa de cambio, de descubrir nuevas sensaciones de enfrentar nuevas responsabilidades y de observar el futuro con temor y muchas dudas.

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en una preocupación general de la sociedad, sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer; es también una preocupación medica importante derivada de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de métodos anticonceptivos, e implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos a la muerte.

Como madre la adolescente debe satisfacer las necesidades del cuidado diario de su hijo, proporcionarle un medio seguro, darle el cuidado adecuado y criarlo. El sentido de confianza del recién nacido se desarrolla gracias al comportamiento de la madre, que brinda cuidados congruentes y adecuados para la etapa de desarrollo del niño.

Algunas madres adolescentes tienen patrones de interacción malos con sus hijos recién nacidos, y esto debido a sus escasos conocimientos, dedicando menos tiempo a hablar con ellos, manteniendo menos contacto visual y utilizan menos elogios, halagos que las madres adultas.

Así mismo las madres adolescentes muy jóvenes emocionalmente no están preparadas para criar a un recién nacido, por consiguiente los

recién nacidos están expuestos a diversos peligros por negligencia sin que se percaten de ello, se observa también mayor incidencia de retraso intelectual, en el desarrollo físico y educativo entre los niños que nacen de madres adolescente.

El presente trabajo de investigación pretende determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes acerca de los cuidados que debe recibir un recién nacido, es decir valorar las necesidades educativas de este grupo poblacional, a fin de orientar y/o mantener con eficacia acciones educativas en los programas de educación para la salud y que participen el equipo multidisciplinario de salud entre ellos principalmente el profesional de enfermería.

Este trabajo de investigación consta de cuatro capítulos: Capítulo I, referido al Problema, que comprende: Planteamiento del Problema, Formulación del Problema, Justificación, Objetivos, Propósito y Marco Teórico, Hipótesis y la Definición Operacional de Términos. Capítulo II, sobre Material y Método que enfoca el método de investigación utilizado, Descripción de la Sede de Estudio, Población y Muestra, Técnica e Instrumento de Recolección de Datos, Validez y Confiabilidad del Instrumento, Recolección, Presentación, Análisis e Interpretación de los Datos y las Consideraciones Éticas. Capítulo III referente a los Resultados y Discusión que se realizó con la ayuda de la base teórica. Capítulo IV, sobre las Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones y finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y los Anexos.

RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó con el objetivo de determinar el Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

El tipo de estudio es descriptivo, la técnica empleada, la encuesta; el instrumento empleado fue el cuestionario.

La muestra estuvo constituida por 115 madres adolescentes de 15 a 19 años hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia (Servicio de Adolescencia) del Instituto Nacional Materno Perinatal las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión requeridos.

Entre las conclusiones a las que se llegaron tenemos que la mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento, esto indican que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido, debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en su vida, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto las hace personas inestables, inseguras de si mismas.

Las madres adolescentes necesitan ser orientadas, guiadas por el profesional de enfermería, para brindar cuidados a sus recién nacidos y de esta manera garantizar el bienestar del nuevo ser.

Palabras claves: Cuidados del Recién Nacido, Madres adolescentes.

ABSTRACT

The present study of investigation was realized with the objective of determine the Level of Knowledge that the Adolescent Mothers have with the care of a just born at the Instituto Nacional Materno Perinatal

The type of study is descriptive; the technique used was the question; the instrument used was the questioner.

The sample was organized by 115 adolescent mothers from 15 to 19 years old hospitalized at the Servicio de Gineco Obstetricia (Servicio de Adolescencia) of the Instituto Nacional Materno Perinatal which complete with the criteria of inclusion and exclusion.

Between the conclusiones that I had at end I have that the majority of the adolescent mothers have a median level of knowlege, this indecates that they are not adecuate prepare to asume the responsibilities to take care and bring up to a just born. Due to they haven't finish a fundamental stage in their lives in a natural form. Stage in which they should define the fundamental process of a human being, therefore they are not stable, insecures of theirsself.

The adolescent mothers need to be orientated, guide by a professional nurse, to offer a good care to their just born and by this way warranty the wellbeing of the new baby.

Key words: Adolescent Mothers, Care of a just Born.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. Planteamiento. Delimitación y Origen del Problema.

La adolescencia es la etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto que suele empezar aproximadamente a los diez años en ambos sexos. ⁽¹⁾ Representando actualmente el 20% aproximadamente de la población peruana de los cuales el 7.8% son mujeres ⁽²⁾.

Este periodo se caracteriza por la aparición gradual de los caracteres sexuales secundarios como son la aparición del vello pubiano y los cambios en el tono de voz entre otros, quedando definitivamente establecidas las diferencias físicas por la maduración de las características sexuales primarias, es decir de los órganos sexuales implicados en la reproducción ⁽³⁾. También se presentan cambios emocionales, que oscilan entre la madurez y las conductas infantiles pasando de ser totalmente entusiastas a deprimidos y/o ensimismados ⁽⁴⁾.

Así mismo tienden a definir una identidad independiente de la autoridad paterna, ya que esto facilita que puedan valerse por si mismos y tomar sus propias decisiones. Sin embargo, este proceso es tenso y ambivalente, tanto por parte de los jóvenes como de sus padres, los primeros temen a la responsabilidad que acarrea la independencia y los últimos se resisten a la realidad, que sus hijos ya dejaron de ser “niños” ⁽⁵⁾.

Durante esta etapa, las relaciones con los miembros del sexo opuesto toman un nuevo significado que se va acentuando conforme transcurre los años, es así que la capacidad sexual de los jóvenes los impulsa a una permanente búsqueda de conquistas amorosas, las que se realizan con diversos objetivos, generalmente enfocado a disfrutar sensaciones placenteras, a satisfacer su curiosidad o para expresar algún grado de afecto entre otros (6).

Todo este proceso de cambio es normal, la preocupación surge cuando el adolescente asume sin responsabilidad su conducta sexual, a libre albedrío, lo que genera riesgos en los mismos, tales como la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/sida y la gestación no planificada. Es así que la edad media de la primera relación sexual es a los catorce años (7) y en relación a la gestación en adolescentes se tiene que el 11.7 % de las mismas entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando (8).

El embarazo en cualquier etapa de la adolescencia implica dos aspectos importantes; el primero es que limita el desarrollo normal de la adolescente en su ciclo vital y segundo es que se constituye en un riesgo para el feto y para la madre por las características anatomofisiológicas propias de la adolescencia (9).

De otro lado se crea tensión interna en la adolescente, con respecto al cambio de la imagen corporal, el aumento de la dependencia tanto por parte de la pareja como de la familia para obtener apoyo emocional y financiero (10).

La maternidad de por sí implica mucha responsabilidad para la madre como el compromiso de que asuma su autocuidado y el cuidado del

recién nacido, el cual se encuentra en un proceso de adaptación al ambiente extrauterino, y requiere de muchos cuidados especiales a fin de evitar y/o prevenir riesgos, complicaciones que contribuyan a la morbimortalidad materno infantil ⁽¹¹⁾.

De ello se deriva que la madre conozca acerca de todos los cuidados que debe recibir el neonato, los practique de forma correcta y de esta manera contribuir a que el proceso de adaptación se logre satisfactoriamente, estos cuidados que brinda la madre se deben manifestar en atención integral, ya que de ello dependerá el buen estado de salud del recién nacido ⁽¹²⁾.

Al respecto durante las practicas pre-profesionales realizadas en el Servicio de Adolescencia en el “Instituto Nacional Materno Perinatal” se tuvo la oportunidad de observar a varias madres adolescentes frente a la atención de sus recién nacidos: “Al momento que daban de lactar a sus niños estos se encontraban vestidos con ropa de lana y cubiertos con frazadas de lana también, al momento de cambiar el pañal las madres lo hacían de forma rápida y sin limpiar el área genital en su totalidad. De otro lado, mientras brindábamos atención a los recién nacidos y educación a las madres, ellas decían: ...“tengo miedo de limpiar el cordón umbilical, porque se le puede caer antes de tiempo o le puedo hacer doler a mi bebe...”, “... ¿y ahora como lo tengo que bañar cuando este en mi casa?”

Ante lo expuesto anteriormente se formula la siguiente interrogante:

B. Formulación del Problema.

¿Cuál es el Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo- Noviembre, 2007?

D. Justificación.

Las instituciones de salud en la actualidad preocupadas por el incremento de la población materna adolescente en nuestro medio y el consiguiente abandono del recién nacido o la inadecuada crianza establece lineamientos de políticas para prevenir esta situación, por ello el profesional de enfermería asume el reto de participar actualmente en el proceso de prevención y promoción de la salud materna, porque con su actuar responsable garantizaría un proceso de gestación, parto , posparto y puerperio sin riesgo.

Así mismo en vista de que durante los primeros 28 días de vida del recién nacido, etapa muy delicada en la que se completan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina, este es incapaz de sobrevivir por si mismo y es por ello, que depende de los cuidados y atenciones que le proporcionan sus padres ⁽¹³⁾, los cuales deben estar preparados para asumir esta tarea y asegurar en el futuro, un niño con posibilidades de desarrollo de todas sus potencialidades.

D. Objetivos.

Objetivo General:

- Determinar el Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido.

Objetivos específicos:

- Identificar el Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado Físico del Recién Nacido.

- Identificar el Nivel de Conocimiento que tienen las Madres adolescentes acerca de la Estimulación Temprana del Recién nacido.
- Describir el Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes acerca del Cuidado Físico del Recién Nacido.
- Describir el Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes acerca de la Estimulación Temprana del Recién Nacido.

E. Propósito.

El propósito de la presente investigación, es proporcionar información actualizada y relevante a las autoridades y al profesional de enfermería que labora en el Instituto Nacional Materno Perinatal acerca de los conocimientos que tienen las madres adolescentes en el cuidado de sus recién nacidos para que de esta manera conociendo la realidad situacional de las adolescentes, promuevan y/o mantengan programas educativos que estén dirigidos al cuidado integral del nuevo ser y por ende contribuir a disminuir la morbi-mortalidad neonatal.

F. Marco Teórico

F.1 Antecedentes:

Luego de revisar los antecedentes del estudio no se han encontrado trabajos dentro de los últimos cinco años, así tenemos los siguientes:

Clotilde Rosa Paredes Huamán y Paula Álvarez Vilca en el año 1991, realizaron un estudio de investigación titulados: “Conocimientos y

Prácticas Sobre Ablactancia y Alergias Alimentarias que Refieren Las Madres de Menores de 2 Años, en los Consultorios de Control de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” Lima- Perú , con los objetivos de Identificar los conocimientos y prácticas sobre ablactancia que refieren las madres de los niños menores de 2 años y de Identificar los conocimientos y prácticas sobre alergias alimentarias que refieren las madres de los menores de 2 años.

El método que utilizaron fue el descriptivo exploratorio de corte transversal, en una población de 186 madres. El instrumento fue un formulario de preguntas y la técnica fue la entrevista.

Dentro de las conclusiones a las que llegaron las autoras entre otras fueron:

“La mayoría de las madres (82.8%) tienen un conocimiento parcial sobre ablactancia; el mayor porcentaje de madres (46.2%) tienen un conocimiento parcial sobre alergias alimentarias”⁽¹⁴⁾.

Martha Llactahuaman Chuquicahua y otros en el año 1992 realizaron un estudio de investigación titulado: “Conocimientos de las Madres de los Niños Menores de Cinco Años Sobre el Carné de Salud Infantil y su Relación con Algunos Factores Personales y con la Educación Brindada por el Personal de Salud en la Jurisdicción del Hospital Materno Infantil Manuel Barreto” Lima-Perú, con los objetivos de determinar los niveles de conocimiento que tienen las madres de los niños menores de cinco años sobre el carné de salud infantil y de identificar en las madres de los niños menores de cinco años, la educación brindada por el personal de salud sobre el carné de salud infantil.

El método que utilizaron fue el descriptivo de correlación de corte transversal prospectivo, la población de estudio estuvo constituida por las madres de los niños menores de cinco años de la jurisdicción del Hospital Manuel Barreto, el tamaño de la muestra fue de 135 madres. El instrumento utilizado fue un formulario y la técnica la entrevista.

Dentro de las conclusiones a las que llegaron las autoras entre otras fueron:

El nivel de conocimientos que tienen las madres sobre el carné de salud infantil oscila en su mayor porcentaje entre medio y bajo siendo el alto el de menor porcentaje; existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre el carné de salud infantil y la educación brindada por el personal de salud, esto indica que el nivel de conocimientos es mayor en aquellas madres que recibieron educación del personal” (15).

Rosa Luz Mere Hernández y Zulema Pareja Bellido, en el año 1997 realizaron un estudio de investigación sobre: “Conocimiento de Lactancia Materna que Poseen las Primigestas que Acuden al Control Prenatal de Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé” Lima- Perú con los objetivos de determinar los conocimientos sobre lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control pre natal del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé y de identificar los conocimientos sobre las prácticas de lactancia materna que poseen las primigestas. Identificar los conocimientos sobre la importancia de lactancia materna que poseen las primigestas.

El método que utilizaron fue de tipo descriptivo transversal, la población esta constituida por todas las primigestas que se encontraban en el

“tercer trimestre de gestación y tenían como mínimo tres controles prenatales y acudieron durante el mes de mayo de 1997(68 primigestas). El instrumento utilizado fue un cuestionario y la técnica la entrevista.

Dentro de las conclusiones a las que llegaron las autoras entre otras fueron:

“...El mayor porcentaje es decir el 59%, poseen conocimientos inadecuados sobre lactancia materna; en cuanto a la práctica de lactancia materna, el 37% poseen conocimientos inadecuados. Siendo que el conocimiento inadecuado radica principalmente en la categoría 7, relacionada al conocimiento que tienen las primigestas con respecto a la lactancia materna y EDA, que de las 68 encuestadas, el 60% responde inadecuadamente, así mismo con respecto a la relación entre administración de medicamentos y producción de leche el 51% tienen conocimientos inadecuados, en cuanto a la importancia de lactancia materna el 56% posee conocimientos inadecuados; siendo que el 82% tiene conocimientos inadecuados en cuanto al incremento de producción de leche, el 79% de encuestadas, conoce inadecuadamente los beneficios de la lactancia materna para la madre y el 50% posee conocimientos inadecuados sobre los beneficios de lactancia materna para el bebé” (16).

Pamela Arbulú Bustillos, y otros realizaron en el año 1999 un estudio de investigación titulado: “Factores Socioeconómicos y Personales que Influyen en el Nivel de Conocimientos Sobre la Atención del Recién Nacido en Primíparas de la Victoria” Lima –Perú, con el objetivo de identificar las fuentes de información en la atención

del recién nacido en madres primíparas y la influencia en el nivel de conocimientos.

El método que utilizaron fue el descriptivo transversal prospectivo, la población estuvo constituida por todas las madres primíparas que se encontraban en el servicio de hospitalización de gineco obstetricia del centro de salud El Porvenir- La Victoria en los meses de Mayo y Junio. El tamaño de la muestra fue 100 madres, el instrumento fue un cuestionario y la técnica fue la encuesta.

Dentro de las conclusiones a las que llegaron las autoras entre otras fueron:

Las edades de las madres primíparas fluctúan entre 15 y 19 años de edad (47%), las cuales tienen un conocimiento bajo sobre la atención del bebé(42%); el 50% de las madres primíparas recibió información sobre la atención del recién nacido por sus familiares- amigos y el 2% por el médico; el 56% de las madres primíparas no tiene conocimientos de las vacunas que recibe el recién nacido y el 13% sobre la BCG; el 45% de las madres primíparas considera que el inicio de la estimulación temprana debe realizarse desde que nace y el 9% desde los seis meses; el 72% de las madres primíparas considera que la alimentación del recién nacido es la lactancia materna y el 9% lactancia materna mas infusiones; el 33% de las madres primíparas considera que el tiempo de duración de la lactancia materna es hasta el año y el 3% un mes”⁽¹⁷⁾.

Los trabajos de investigación antes revisados, orientaron en la parte metodológica, es decir sobre los criterios que se deben tener en cuenta para la realización de una investigación. También sirvió para ahondar más en el tema ya que no se encontró investigaciones sobre el tema a tratar.

F.2 Base Teórica Conceptual.

A continuación se presenta el marco teórico que fundamentara los hallazgos de los resultados de la investigación.

F.2.1 Generalidades sobre Conocimiento.

Según Mario Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexactos, clasificándolo en conocimiento científico y conocimiento vulgar ⁽¹⁸⁾.

El conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia, es fruto del esfuerzo consciente, es metódico, claro, indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica ⁽¹⁹⁾.

El conocimiento vulgar es vago; inexacto limitado por la observación. Satisface las necesidades practicas de la vida cotidiana, es ametodico, asistemático. No explica el “como” ni el “porque” de los fenómenos ⁽²⁰⁾.

Según Salazar Bondy, define el conocimiento: como “un acto y como un contenido; dice del conocimiento como un acto que es la aprehensión de una cosa, una propiedad al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo, el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos d otros. No son puramente subjetivas, pueden independizarse del sujeto, gracias al lenguaje tanto para si mismo, como para otros sujetos ⁽²¹⁾.

Desde el punto de vista pedagógico; el conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón ⁽²²⁾.

Formas de adquirir el conocimiento y medir el conocimiento: ⁽²³⁾

- Informal: se adquiere mediante las actividades ordinarias de la vida, por este sistema aprenden los cambios sociales, se complementan con los medios de comunicación.
- Formal: se adquiere a través de las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos.

F.2.2. Generalidades sobre el Cuidado.

La creencia del cuidado como una forma de ser, nos hace comprender que la especie humana ha sobrevivido gracias a seres que manifiestan comportamientos de cuidado ⁽²⁴⁾.

La inquietud del cuidado aparece cuando la existencia de alguien tiene importancia. Entonces se procede a dedicarse a ese alguien. Cuidado significa entonces inquietud, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato; se esta ante una actitud fundamental, un modo de ser en el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y preocupación ⁽²⁵⁾.

La naturaleza del cuidado incluye dos significaciones en intima relación, primero, la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. Segundo, de preocupación y de inquietud, porque la

persona que tiene a su cuidado se sienta afectivamente ligada al otro ⁽²⁶⁾.

Otra definición: se refiere a los fenómenos, abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidos a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o su modo de vida ⁽²⁷⁾.

1. Aspectos Teóricos Conceptuales Sobre el Cuidado del Recién Nacido.

1.2 Características Generales de un niño de 0 a 1 mes.

Recién nacido es la etapa del ciclo vital que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida, este periodo neonatal es una etapa muy delicada en la que se completan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina ⁽²⁸⁾.

Se sabe que el recién nacido es incapaz de sobrevivir por sí mismo, tan menos cuanto más pequeño es, y por ello depende de los cuidados y atenciones que le proporciona su madre, tarea que también incumbe a los profesionales encargados de vigilar la salud y educación ⁽²⁹⁾.

El recién nacido dormirá cerca de 21 horas diarias, su tonicidad muscular será pobre y dominarán en él los movimientos reflejos o respuestas automáticas. Casi al final del primer mes será capaz de levantar su cabeza. Sus movimientos no tendrán una finalidad y serán de tipo generalizado, abarcando los distintos músculos del cuerpo. Sus conductas más comunes serán comer, dormir y llorar. Llorará cuando

sienta cualquier necesidad y se alterará ante ruidos fuertes. El recién nacido mostrará preferencia por los estímulos humanos, como rostros y voces, por encima de otros sin vida como un objeto o un juguete. Los sentidos de la audición, olfato, gusto y tacto estarán bien desarrollados (30).

Reconocerá a su madre a los tres días de nacido por su voz y a los 21 por su olor. El tacto y el contacto piel a piel serán fundamentales para fortalecer la formación de vínculos afectivos. Mirará por un instante al rostro humano y seguirá el movimiento de un objeto, sin embargo su visión será limitada y deberá desarrollarse durante los siguientes meses de vida (31).

2. Características Físicas del Recién Nacido

La piel.

En un recién nacido bien hidratado, a menudo la piel suele estar reseca pues debe acostumbrarse al aire seco en vez del líquido amniótico del útero. Al segundo o tercer día, la piel a menudo es escamosa y se notan grietas, en especial alrededor de las muñecas y los tobillos

Tanto la epidermis como la dermis son muy finas y la unión entre ambas es débil; en consecuencia una ligera fricción a través de la epidermis, como la retirada rápida de cinta adhesiva, puede separar las capas y provocar la formación de ampollas.

Las glándulas sebáceas son muy activas al final de la vida fetal y al principio de la extrauterina, por los elevados niveles de andrógenos maternos. Son más abundantes en el cuero cabelludo, en la cara y en los genitales y producen un vernix caseoso grasiento que recubre al

lactante en el nacimiento. El taponamiento de las glándulas sebáceas causa milios facial, que aparecen pequeños puntos blancos en la barbilla, nariz y frente, desaparecen en pocas semanas. Debe enseñársele a la madre no exprimir estos puntos similares a las espinillas porque podría causar infección.

Cabeza.

La observación general del contorno de la cabeza es importante, y que suele deformarse en casi todos los partos vaginales. En la presentación de vértice, la cabeza, por lo general, se aplasta en la frente, muestra el vértice elevado, una parte final de los huesos parietales y la parte posterior del cráneo u occipucio en abrupto descenso. El contorno normal, mas oval, se evidencia al primer o segundo día después del nacimiento. El cambio de forma se produce porque los huesos craneales no están fusionados, lo que permite que sus bordes se superpongan para acomodarse al tamaño del canal del parto esta acomodación no tiene lugar en los lactantes nacidos por cesárea.

El cráneo lo configuran seis huesos, el frontal, el occipital, dos parietales y dos temporales, en cuyas uniones hay unas bandas de tejido conectivo llamadas *suturas*. A su vez, en la unión de estas suturas hay unos espacios amplios de tejido membranoso no osificado llamados *fontanelas*. Las dos fontanelas más importantes en los lactantes son la *fontanela anterior*, formada por la unión de la sutura sagital, coronal y frontal, y la *fontanela posterior*, formada por unión de las suturas sagital y lambdaidea.

La fontanela anterior tiene forma de diamante y mide de 4 a 5 cm. en su punto más ancho (de hueso a hueso y no de sutura a sutura). La fontanela posterior se localiza fácilmente siguiendo la sutura sagital al

occipucio. La fontanela posterior es triangular y, por lo general, mide entre 0.5 y 1cm en su parte mas ancha. Las fontanelas deben percibirse al tacto liso, firme y bien delimitado de los bordes óseos.

Los ojos.

Ya que los recién nacidos tienden a mantener los ojos firmemente cerrados es mejor empezar el examen ocular observando los párpados por si hay edema, lo cual normalmente ocurre durante los 2 primeros días después del parto. Se debe observar la simetría de los ojos.

Se debe examinar la córnea par detectar la presencia de cualquier opacidad o falta de transparencia. El reflejo corneal normalmente está presente en el nacimiento. Las pupilas por lo general, responderán a la luz contrayéndose; no tienen porqué estar alineadas. Es normal observar un nistagmo de seguimiento o un estrabismo.

Los oídos.

Debe examinarse su posición, estructura y funcionamiento. La parte superior de la aurícula debe quedar en un plano horizontal con el canto externo del ojo.

La capacidad auditiva se valora provocando un ruido brusco y alto cerca de la cabeza del recién nacido y observando si aparece el reflejo de alarma o de parpadeo.

La nariz

La nariz del recién nacido es relativamente plana, como resultado de la compresión durante el parto. Debido al que el niño respira por la nariz y no por la boca, la obstrucción por moco o una atresia causan diversos grados de dificultad para respirar. Si el niño puede respirar con

facilidad con la boca cerrada, se tendrá la seguridad que existe permeabilidad nasal.

Boca y garganta.

Lo normal es que el paladar esté muy arqueado y sea bastante estrecho. En raras ocasiones puede haber dientes presentes. Un hallazgo común son las *perlas de Epstein*, quistes pequeños, blancos y epiteliales a lo largo de ambos lados de la línea media del paladar duro.

El *frenillo* del labio superior es una banda de tejido grueso, rosado, que se sitúa por debajo de la superficie interna del labio superior y se extiende hasta el reborde alveolar maxilar. Resulta especialmente evidente cuando el lactante bosteza o sonrío. Desaparece al crecer el maxilar.

La úvula puede inspeccionarse cuando el recién nacido está llorando y la barbilla está deprimida. Sin embargo, a veces se retrae hacia arriba y atrás durante el llanto.

El cuello.

El recién nacido tiene un cuello corto, con pliegues de piel. Debido a que su tono muscular no está bien desarrollado, no puede sostener el peso de su cabeza; por tanto, se cuelga cuando se levanta al niño de la posición supina a sentada.

El tórax.

Generalmente el tórax es redondo, simétrico y ligeramente más pequeño que la cabeza. Es común la protusión de la parte baja del esternón denominado el *apéndice xifoides*. El tórax se mide alrededor

de los pezones y su circunferencia es en promedio de 30.5 a 33 cm. Sirve como base para medir la expansión respiratoria y también como indicador de la circunferencia de la cabeza que debe ser aproximadamente 2.5cm. menor que aquella.

La posición y la distancia entre los pezones y el tamaño del tejido mamario son importantes. El niño a término tiene una masa mamaria de 5 mm o más y la distancia entre los pezones es de unos 8cm. La ingurgitación mamaria es común tanto en niñas como en niños y es provocada por las hormonas recibidas de la madre antes del nacimiento.

El abdomen.

El contorno normal del abdomen cilíndrico y a menudo prominente con venas visibles. Los ruidos intestinales se oyen a las pocas horas del nacimiento. Se pueden observar ondas peristálticas en neonatos delgados, pero no deben resultar visibles en los que están bien nutridos.

El cordón umbilical debe inspeccionarse para determinar la presencia de dos arterias, que parecen estructuras papulosas, y una vena, que tiene una luz mayor que las arterias y una pared vascular más delgada. Al nacer, el cordón aparece azulado, blanco y húmedo. Después de pinzarlo empieza a secarse y se vuelve color marrón apagado y amarillento. Con el tiempo se arruga y adquiere un tono negro grisáceo y a los seis a ocho días, se desprende. Es importante que quien lo atiende observe cualquier signo de sangrado o infección en el cordón umbilical).

Es frecuente que este se proyecte hacia la piel y aparente una hernia. Es importante que la madre sepa que la protusión es piel y que desaparecerá o se invaginará lentamente. No debe haber masas en el abdomen. Los sonidos intestinales normales pueden escucharse a los 15 minutos del nacimiento).

La palpación se realiza después de la inspección del abdomen. El hígado normalmente se palpa a 3 cm por debajo del borde costal derecho. La punta del bazo puede sentirse a veces. Durante el examen de la parte abdominal inferior es de suma importancia palpar los pulsos femorales, que deben ser fuertes e iguales en ambos lados.

Genitales femeninos.

En las niñas a término los labios mayores deben cubrir los labios menores. En ocasiones los labios menores son más prominentes que los mayores como en el caso de las prematuras. A menudo se observan fragmentos de himen, es decir pequeñas protuberancias de tejido que asoman por el orificio vaginal y desaparecen en pocas semanas. Podría observarse un exudado vaginal blanco lechoso y mucoso, causado por el cese de las hormonas maternas. En ocasiones el exudado es de color ligeramente rosado, y algunos lo denominan pseudo menstruación. En los labios menores suele observarse esmegma, una sustancia caseosa blanca.

Genitales masculinos.

Se debe inspeccionar el pene para localizar la apertura uretral, que se encuentra en la punta y que a veces está totalmente cubierta por el prepucio, que recubre al glande. Un prepucio firme es muy corriente en el recién nacido, no debe ser retraído a la fuerza, salvo para localizar la abertura urinaria. Alrededor del glande, por debajo del prepucio, es

frecuente encontrar una sustancia blanca espesa, *el esmegma*. Es normalmente que el recién nacido tenga erecciones.

El escroto puede ser largo, edematoso y péndulo en el neonato a términos, sobre todo en el nacido en posición de nalgas. Su palpación se realiza para detectar la presencia de los testículos, que deben de haber descendido en el lactante a término.

Ano.

Debe valorarse el ano, incluyendo el esfínter anal, para verificar que sea permeable y tenga buen tono muscular. Un ano patente permite la expulsión de meconio; por tanto es importante registrar e informar la primera evacuación del recién nacido.

Espalda.

La debe verse derecha y plana pues las curvas lumbar y sacra no se desarrollan hasta que el niño comienza a sentarse. La columna vertebral del niño se revisa para ver si hay concavidades, masas, mechones de pelo (unos cuantos vellos) y curvaturas. Los pliegues glúteos y poplíteos de la cadera son normalmente simétricos en ambos lados. Las caderas se examinan por si hubiera dislocación por medio de la maniobra de Ortolani.

Las extremidades.

Las extremidades se examinan para observar su simetría, amplitud de movimiento y reflejos. Los lechos ungueales deben ser rosados, las palmas de la manos deben tener los surcos normales; el recién nacido a término casi siempre tiene surcos en los dos tercios anteriores de las plantas de los pies. Estas son planas, con bolsas de grasa prominentes. También se debe valorar el tono muscular y determinar si

es igual en ambos lados, intentando extender una extremidad flexionada.

3. Cuidados Físicos del Recién Nacido

Los cuidados físicos del recién nacido están dirigidos a la promoción del bienestar físico del infante.

Alimentación del Recién Nacido.

Para muchas mujeres, alimentar a un recién nacido, es una tarea satisfactoria pero que en ocasiones provoca ansiedad, es un mecanismo importante en la formación de la relación de confianza entre el hijo y su madre, por tanto, es importante para el desarrollo emocional de recién nacido.

La leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros 6 meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas, grasa y suministra las enzimas digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los niños requieren. La leche materna también contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a contrarrestar las infecciones, la duración y frecuencia de las mamadas: la primera semana de vida es de aproximadamente 20 a 30 minutos en cada pecho, por su poca experiencia lo que poco a poco se irá incrementando, la succión se hará más vigorosa por lo tanto irá disminuyendo el tiempo que necesita para vaciar satisfacer su hambre, tal es así que el tiempo de succión será de 10 a 15 minutos en cada pecho. En 24 horas el niño lactará a libre demanda, es decir cada vez que desee pero es necesario saber que el tiempo entre lactadas no debe exceder de 2 a 2 y media horas ⁽³²⁾.

Entre los beneficios que la lactancia materna brinda al niño tenemos:⁽³³⁾

- Es leche ideal y mas completa, contiene nutrientes y anticuerpos.
- La leche materna es limpia pasa directamente del seno a la boca del bebé y no es contaminada por la falta de limpieza que podría ocurrir con el biberón.
- Se encuentra exactamente a la temperatura del cuerpo.
- Esta lista en cualquier momento del día y de la noche y en cualquier lugar, no necesita preparación.
- El dar pecho protege a los bebés de enfermedades. Diversos estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna exclusiva por un mínimo de cuatro meses tienen menos infecciones respiratorias y menos episodios de diarrea
- La leche materna protege protección inmunológica específica contra las bacterias virus y hongos.
- La leche materna es digerida en aproximadamente en una hora y media mientras que la leche artificial permanece en el estomago del lactante hasta por tres horas.
- La leche materna previene y retarda las alergias.
- Permite un óptimo desarrollo intelectual.
- Evita la presencia de caries a temprana edad.

El baño.

El momento del baño brinda también a la enfermera la oportunidad de involucrar a las madres en el cuidado del recién nacido, de enseñarles los procedimientos de higiene correctos y de señalarles las características individuales de sus hijos. Se debe hacer hincapié en el equipo que resulta adecuado para el baño y en la necesidad de adoptar

medidas de seguridad sobre todo en relación con la temperatura del agua y con la vigilancia del lactante en todo momento, así como la frecuencia del baño la cual debe ser diaria y la duración no debe exceder de 10 min. (34).

Una de las consideraciones más importantes en la limpieza de la piel es el mantenimiento del pH, que es alrededor de 5 después del nacimiento; una superficie cutánea ligeramente acidificada tiene efectos bacteriostáticos. No se recomienda los jabones alcalinos, y los aceites, talco, lociones, pues alteran el pH de la dermis y proporcionan un medio para el crecimiento de bacterias (35).

La limpieza debe efectuarse en dirección cefalo caudal. Se empleará un paño para lavar al bebé y se le dará la vuelta en cada pasada, de modo que siempre toque la piel una parte limpia. La limpieza de los ojos debe efectuarse con cuidado, desde la parte interna hacia la externa. A continuación se limpia la cara y se inspecciona con detalle las narinas en busca de posibles secreciones costrosas, seguidamente se limpia el cuero cabelludo; con un jabón suave. El resto del cuerpo debe mantenerse cubierto mientras tanto y la cabeza debe secarse enseguida para evitar la pérdida por evaporación. Las orejas deben limpiarse con el extremo doblado del paño a lavar y no con un hisopo, el cual, si se inserta en el canal, puede dañar el oído.

El resto del cuerpo debe lavarse de forma similar. Sin embargo, ciertas zonas, como los pliegues del cuello, las axilas y las arrugas de las articulaciones, requieren una atención especial. El área que rodea al cuello es especialmente propensa a presentar erupciones cutáneas por regurgitación del alimento y debe ser lavada y secada con cuidado (65).

Los genitales de ambos sexos requieren una limpieza cuidadosa. La de la vulva se realiza en dirección de adelante hacia atrás para evitar la contaminación de la vagina o la uretra con materia fecal .

Este momento brinda oportunidad perfecta para advertir a la madre la importancia de la higiene de esta parte del cuerpo, tanto para el lactante como para su propia protección del tracto urinario.

La limpieza de los genitales masculinos consiste en el lavado del pene y del escroto. En ocasiones, el esmegma debe ser retirado, limpiando alrededor de las glándulas. El prepucio se debe limpiar retrayéndolo con suavidad sólo hasta donde llegue y volviéndolo a su posición normal.

Las nalgas y el área anal se limpian con cuidado para retirar cualquier material fecal. Y como el resto del cuerpo se secan bien para evitar que queden zonas húmedas que formen el crecimiento bacteriano.

- Preparación del baño: los de esponja se realizan mientras el ombligo sana (cuando se cae el cordón umbilical). Después deben iniciarse los baños de tina

Antes de empezar el baño, se debe tener a la mano todos los materiales necesarios como por ejemplo recipiente para el agua tibia, toallas, jabón, shampoo, torundas de algodón, alcohol, la ropa limpia del niño, etc.

- Medio ambiente y seguridad: dar el baño en una habitación tibia, libre de corrientes de aire, bañar al niño en un lugar seguro libre

de correr el riesgo que sufra algún accidente, nunca dejar al niño solo.

Cuidado de áreas específicas (ojo, boca, nariz, oídos y uñas)

Los ojos se limpian de la comisura interna hacia la externa con un pedazo algodón humedecido en agua, sin utilizar jabones ni líquidos especiales para cada ojo. No se requiere cuidados adicionales además de esta limpieza a menos que hay evidencia de inflamación o infección. Cualquier enrojecimiento, inflamación o descarga debe reportarse al profesional de salud ⁽³⁶⁾.

Boca. Se limpia la parte interna; paladar, encías y lengua, donde se almacena resto de la leche materna con la finalidad de evitar el crecimiento bacteriano y micótico.

Un trozo de gasa mediano humedecido en agua hervida es suficiente para la higiene. La madre antes de este procedimiento debe tener las manos limpias.

Nariz y oído. No es conveniente emplear aplicadores con punta de algodón (hisopos) para limpiar el interior de la nariz o los oídos del recién nacido porque pueden dañar los delicados tejidos. En general, la nariz no requiere limpieza porque el niño estornuda para limpiar las vías nasales. En caso que se necesario retirar moco seco de la nariz, conviene utilizar un pedacito de algodón que se retuerce y humedece con agua ⁽³⁷⁾.

Un trozo mediano algodón o una toalla de baño suave también puede emplearse para limpiar sólo el oído externo. No debe introducirse nada al interior del oído ⁽³⁸⁾.

Uñas. Si el recién nacido tiene las uñas largas y se araña, es necesario recortarlas. Debe hacerse un corte recto y con tijera de punta roma. Se aconseja que se recorten las uñas mientras el recién nacido este dormido para evitar que se le pueda lastimar por un movimiento brusco (39).

Cuidados del cordón umbilical

El cuidado del ombligo consiste en limpiar con alcohol puro en torno a la unión entre el muñón y la piel de forma circular (de adentro hacia fuera), todos los días para favorecer la cicatrización y protegerlo con un trozo pequeño de gasa estéril.

Para favorecer que el cordón seque, los lactantes no deben recibir baño de tina hasta que éste se desprende y el ombligo cicatriza, debe colocarse el pañal abajo del nivel del ombligo, no es necesario colocar vendaje o puntas sobre el área del cordón pues no favorece la cicatrización. El cordón se desprenderá del muñón entre el sexto a octavo día de nacimiento (40).

Los padres deben informar al medico o a la enfermera la presencia de cualquier signo de infección como eritemas o de supuración purulenta o la presencia de sangrado y mal olor.

Cuidado perianal.

Los niños orina y defecan con frecuencia y deben cambiarse lo pañales cuando estén húmedos o sucios. Para limpiar el área perianal es suficiente usar agua o toallitas húmedas. Sin embargo estas toallitas podrían contener sustancias químicas y fragancias que irritaran la piel del recién nacido. Podría ser necesario usar jabón suave para eliminar algunos residuos fecales (41).

Si el área del pañal no se limpia bien, se desarrollan con rapidez rozaduras que son el resultado de irritación por amoníaco. Después de haber lavado y secado cuidadosamente al niño puede aplicarse ungüento con vitaminas A y D u óxido de zinc. Si se utiliza pañales desechables, el niño puede desarrollar rozaduras en los lugares donde la piel entra en contacto con el plástico del pañal. La profilaxis más importante es mantener la piel limpia y seca ⁽⁴²⁾.

Termorregulación:

Después del establecimiento de la respiración, la regulación térmica constituye el factor más crítico para la supervivencia del recién nacido.

La regulación térmica es la habilidad del recién nacido para producir calor y mantener una temperatura corporal normal. Es una función metabólica vital y constituye un desafío constante. Antes del nacimiento, el feto se mantiene a una temperatura estable ideal dentro del útero. En contraste, al nacer, el medio ambiente del neonato puede cambiar rotundamente. Cuando se le expone a un ambiente frío, el recién nacido requiere de calor adicional. Los mecanismos fisiológicos que elevan la producción de calor se denominan termogénesis. Estos incluyen aumento del metabolismo basal, actividad muscular y termogénesis química también llamada termogénesis sin estremecimiento ⁽⁴³⁾.

Los recién nacidos son susceptibles a la pérdida de calor por su gran superficie corporal en relación con su peso.

Su piel delgada, los vasos sanguíneos están cerca de la superficie, y hay poca grasa subcutánea que se aisle. La pérdida de calor hacia el

medio ambiente tiene lugar en cuatro formas: evaporación, conducción, convección e irradiación ⁽⁴⁴⁾.

- Evaporación: la evaporación ocurre cuando las superficies húmedas se exponen al aire. Se produce pérdida de calor cuando el agua se convierte en vapor. El recién nacido pierde calor de inmediato al evaporarse el líquido amniótico de la piel. También se produce evaporación durante el baño. Por consiguiente, es importante secar al niño tan rápido como sea posible para evitar la pérdida de calor. Es de singular importancia secarle la cabeza por ser una gran superficie del cuerpo. Se produce pérdidas adicionales de calor por evaporación mediante la pérdida imperceptible de agua a través de la piel y por la respiración. Por ejemplo: leche regurgitada en la ropa, cabello húmedo por el baño, pañal húmedo ⁽⁴⁵⁾.
- Conducción: la conducción es la transferencia de calor hacia una superficie más fría por el contacto de la piel. La conducción se produce cuando los recién nacidos entran en contacto con objetos fríos. Las manos, mesas de exploración, estetoscopios fríos, etc. ⁽⁴⁶⁾
- Convección: la convección es la pérdida de calor de la superficie caliente del cuerpo por el aire en movimiento a menor temperatura. El flujo producido por el aire acondicionado y las personas en movimiento en la habitación aumenta la pérdida de calor. Para controlar o evitar la pérdida de calor por convección, suele colocarse a los pequeños bajo

calefactores radiantes o en incubadoras (alejados de las corrientes de aire) ⁽⁴⁷⁾.

- Radiación: la pérdida de calor por radiación se produce de un objeto caliente a uno más frío y con objetos que no están en contacto uno con otro. Por ejemplo, si la cuna está próxima a una ventana fría o si las paredes de la incubadora están frías se pierde calor por radiación ⁽⁴⁸⁾.

Sueño del Recién Nacido.

Los recién nacidos que están bien y se sienten cómodos en general duermen la mayor parte del tiempo y se despiertan y lloran cuando tienen hambre o se sienten incómodos. Algunos duermen hasta 20 de las 24 horas (aunque esto varía en forma considerable de uno a otro niño).

Su sueño no es profundo como el del adulto, mas bien los recién nacidos se mueven mucho, se estiran y a intervalos despiertan en forma momentánea. Pueden acostarse cualquier lado o sobre el abdomen, en especial cuando se van a dormir. Es necesario insistir en la importancia de evitar colocar al niño de espaldas para que duerma (las aspiraciones son más frecuentes cuando se producen en esta posición) ⁽⁴⁹⁾.

Eliminación intestinal y vesical del recién nacido.

Los pequeños orinan de seis a ocho veces al día. Si lo hacen menos de cinco veces al día, podría ser necesario darle más líquidos (lactancia materna), la orina debe ser inodora e incolora ⁽⁵⁰⁾.

Los padres deben familiarizarse con la frecuencia, color, olor y consistencia de las heces. Las primeras heces son verde oscuro lo que podría alarmar a los padres.

El recién nacido pasa de deposiciones de meconio los primeros días de vida, después alrededor del tercero o cuarto día las heces comienzan a cambiar de forma gradual y toman un color verde amarillento. Estas heces de transición son menos pegajosas que el meconio y contiene algunos coágulos de leche. Los niños alimentados con leche materna tienen heces más suaves y frecuentes (amarillo mostaza) y tener un olor característico que en ocasiones se describe como “dulce”. Los niños amantados al pecho orinan con mayor frecuencia, usualmente en cada comida ⁽⁵¹⁾.

Nunca debe presentarse un “circulo de agua” alrededor de los sólidos de las heces, esto indica la posibilidad de diarrea; los niños pueden deshidratarse muy rápidamente por la pérdida de líquidos ⁽⁵²⁾.

Vestimenta del Recién Nacido

Se debe aconsejar a las madres que vistan al niño de manera cómoda y adecuada al clima, con ropa no muy ajustada para que el bebe pueda moverse libremente.

La ropa debe ser abrigadora o caliente en tiempo cálido y no muy ligera en tiempo de frío. Es importante saber que la ropa del recién nacido debe estar confeccionada de tela de algodón, por ser un material natural y para prevenir irritación, alergias en su delicada piel. En tiempo de verano cuando se le exponga al sol, debe ponérsele un gorro y cuidar su delicada piel del niño pues podría quemarse debido a la textura fina y por su delgadez.

Durante las primeras semanas, el recién nacido podría preferir sentirse bien sujeto. Para hacerlo se coloca una cobija en forma de diamante sobre una superficie segura. La esquina de arriba se dobla ligeramente hacia abajo y se pone al niño sobre ella con la cabeza en la orilla de arriba. La esquina derecha se pasa sobre el niño, envolviéndolo y se mete bajo su lado izquierdo, la esquina de abajo se jala hacia su pecho y la esquina izquierda se enrolla alrededor del niño y se pone bajo el lado derecho (53).

3.1 Signos de Alarma en el Recién Nacido.

Las madres deben conocer las características normales de sus hijos recién nacidos, ya que así podrían detectar alguna anomalía o situación diferente en ellos y actuar de manera oportuna llevándolos a un establecimiento de salud.

Así se tiene algunos signos de peligro (54).

- Temperatura axilar superior a 37.5 C o rectal superior a 38 C; o temperatura axilar inferior a 36 C y rectal inferior a 36.5 C.
- Dificultad para respirar o si hay ausencia de respiración durante mas de 15 segundos.
- Cambios en el color de la piel; si el niño se ve cenizo, si muestra coloración morada alrededor de los labios o si las escleróticas se ve amarillenta.
- Secreción sanguinolenta, enrojecimiento o mal olor del ombligo.
- Enrojecimiento, hinchazón o secreción de los ojos.
- Más de un episodio de vómitos fuertes o vómitos frecuentes.
- Rechazo de alimentos en dos o más ocasiones.
- Dos o mas evacuaciones verdes y acuosas o si las heces son duras e infrecuentes.

- No hay orina en los pañales durante mas de 18 horas o hay menos de seis micciones la día.
- El recién nacido está inconsolable, ninguna técnica para tranquilizarlo funciona o su llanto tiene un timbre agudo. (98)

4. Estimulación Temprana en el Recién Nacido.

La estimulación temprana es una ciencia basada principalmente en las neurociencias, en las pedagogías y en las psicologías cognitiva y evolutiva, que se implementa mediante programas construidos con la finalidad de favorecer el desarrollo integral del niño ⁽⁵⁵⁾.

La estimulación temprana hace uso de experiencias significativas en las que interviene los sentidos, la percepción y el gozo de la exploración, el descubrimiento, el autocontrol, el juego y la expresión artística. Su finalidad es desarrollar la inteligencia, pero sin dejar de reconocer la importancia de unos vínculos afectivos sólidos y una personalidad segura. Un aspecto a destacar es que al menos en la mayoría de las propuestas de estimulación temprana, el niño es quien genera, modifica, demanda y construye sus experiencias, de acuerdo con sus intereses y necesidades ⁽⁵⁶⁾.

Así se tiene que la aplicación de la estimulación temprana es de gran utilidad para ⁽⁵⁷⁾:

- Es un medio que favorece el contacto físico y la compenetración adulto-niño.
- Permite al adulto y al niño descubrir las capacidades e intereses de este último.
- Ayuda a construir la inteligencia en una etapa neurobiológica clave, como es la de los primeros años de vida.

- Es un dinamizador de la personalidad, en cuanto que el niño sentirá satisfacción y elevará su autoestima al descubrir el alcance de sus potencialidades.
- Es útil para la detección, prevención y tratamiento de retraso en el desarrollo intelectual.

Los sentidos constituyen la principal fuente de información para el cerebro del recién nacido hasta que desarrolla el pensamiento intencional, ocho o nueve meses después. El pensamiento intencional es la creación a propósito de pensamientos que a su vez son capaces de estimular la mente. Todo el aprendizaje antes de esta etapa es resultado del enriquecimiento sensorial, que emplea cada sentido y lo pone a prueba ⁽⁵⁸⁾.

4.1 Enriquecimiento Sensorial.

Tan pronto nace el niño, es capaz de percibir y responder a todas las experiencias que le acontecen. En el nacimiento percibe la iluminación de la habitación, el descenso de la temperatura ambiente, un abrazo cálido y escucha el sonido familiar del latido cardiaco de su madre y las voces de sus padres. Cuando lo abrazan relaja su cuerpo y asume una postura de felicidad. Al hablarle, su cara se ilumina y observa de modo fijo, transmite su interés y demuestra que el contacto le agrada ⁽⁵⁹⁾.

El recién nacido requiere estimulación sensorial, como por ejemplo alimentarlo y taparlo, con el fin de que madure de manera adecuada.

Las experiencias sensoriales que trascienden la satisfacción de la necesidad de abrigo, nutrición, calor y protección, se denominan experiencias de enriquecimiento.

El enriquecimiento sensorial es un corolario importante de los cuidados físicos del recién nacido. La supervisión y el apoyo a los padres durante los procesos de enriquecimiento es una intervención de enfermería importante para la madre y el recién nacido ⁽⁶⁰⁾.

Es evidente que cuando nace el recién nacido es capaz de percibir los acontecimientos del medio. Se considera que algunos sentidos son muy sensibles en el momento del parto, como por ejemplo el sentido del olfato, y otros están de manera relativa inmaduros como la vista y el oído; sin embargo, incluso los sentidos que no están maduros funcionan bien dentro de sus limitaciones ⁽⁶¹⁾.

• **Área visual:** el recién nacido normal tiene capacidad visual muy buena. A los nueve minutos de vida, los niños son capaces de volver los ojos y la cabeza de manera significativa para seguir esquemas de caras y color (negro o blanco). El recién nacido es capaz de observar objetos con gran claridad siempre y cuando se encuentren dentro de su campo visual, que es de 20 a 22 cm.; distancia que equivale a la que separa al niño cuando se alimenta del seno de los ojos de su madre. Dentro de este campo visual, los recién nacidos perciben los objetos con claridad (se denomina agudeza visual) sin que estén borrosos ⁽⁶²⁾.

El recién nacido prefiere objetos visuales con contraste entre la figura y el medio. Se produce mayor contraste al colocar un objeto negro sobre un medio blanco. Los recién nacidos disfrutan mucho al observar caras, en especial los ojos. Los objetos en movimiento resultan fascinantes para los niños que los estacionarios, y prefieren fijar la vista en artículos circulares por su falta de madurez para efectuar movimientos oculares ⁽⁶³⁾.

El contacto visual en la posición cara a cara facilita que el niño fije los ojos en los de la persona que mira. Los recién nacidos también gustan de observar figuras geométricas y prefieren cilindros y círculos a rectángulos y cuadrados. Las figuras geométricas deben estar bien definidas en vez de borrosas y las configuraciones en blanco y negro atraen más la atención del niño. Los recién nacidos no gustan de mirar paredes de colores suaves o paredes con figuras pequeñas. Los animales y los personajes caricaturizados son estímulos visuales inadecuados para el estímulo del recién nacido a término. El recién nacido no aprecia este tipo de patrones hasta que tiene más de un año de edad (64).

- **Área Auditiva:** el recién nacido tiene la capacidad de escuchar todos los sonidos de más de 55 db y presenta una sensibilidad ligeramente mayor hacia las frecuencias inferiores. Esta sensibilidad puede reflejar el menor grado de atenuación de los sonidos de baja frecuencia durante la transmisión al interior del saco amniótico. Por eso de inmediato del nacimiento, los recién nacidos quedan alertas con mayor facilidad cuando escuchan la voz del padre que la voz de la madre. Los niños empiezan a discriminar entre la voz de la madre y el padre a veces extrañas en las dos primeras semanas de vida ya tiene desde este momento un determinado patrón de reacción para la voz que escuchan (64).

El lenguaje estimula el desarrollo del hemisferio izquierdo del cerebro; la música estimula el hemisferio derecho. Por tanto, los padres también pueden proporcionar a su hijo estimulación musical. Los recién nacidos parecen más tranquilos cuando

escuchan más música clásica que rock and roll. Sin embargo, las preferencias individuales son variables, según la música a la que se expuso al neonato in útero. Las madres tienen gustos muy diversos con respecto a la música pero los tonos puros y bien definidos son mejores que la música sintetizadas (65).

- **Área Verbal:** aunque el recién nacido es apenas mas sensible a las voces masculinas de baja frecuencia, su comportamiento sugiere preferencia hacia las voces femeninas. Su alegre respuesta a las voces femeninas se basa en el tono, timbre y patrón de inflexión que las mujeres adoptan al hablar a los niños (66).

Los sonidos de tonos más altos llaman la atención del niño mientras que los sonidos bajos y graves lo consuelan y tranquilizan.

Algunos padres muestran tendencia a hablar en patrones monótonos y graves, y conviene indicarles que usen más inflexiones y exageren el tono. El niño comprende mejor cuando se le habla con lentitud, a razón de 55 palabras por minuto o menos. Es muy importante hablarle, ya que asimila el lenguaje conforme lo escucha. Mientras más conversaciones escuche mayor probabilidad tendrá de alcanzar su potencial de destreza mental. Gorski y colaboradores sugieren que la conversación de la madre es el aspecto mas importante del medio sensorial del recién nacido y que una buena conversación materna es capaz de reducir retraso e incapacidad que se anticipa en lactantes que tienen este riesgo (67).

Tres características deseables en la conversación materna son: orientación cara a cara, uso de preguntas y diálogos. Es muy importante que la madre converse con el niño orientándolo hacia su cara. En esta posición le transmite signos no verbales y expresiones faciales que le causan emociones (68).

- **Estimulación Táctil:** la piel es el órgano sensorial mas grande del recién nacido. Los recién nacidos son muy sensibles a las caricias, en especial en torno a la boca, en las palmas de las manos, las plantas de los pies y en torno a los genitales. La estimulación táctil o caricia es de gran ayuda para que el recién nacido se adapte a la vida fuera del vientre. En un patrón rítmico de caricias, el contacto de piel con piel parece reducir la pérdida de peso de 10 a 3 % con respecto al que el niño tenía al nacer (69).

Esto se debe a que las caricias de piel con piel estimulan las vías nerviosas sensitivas que a su vez favorecen el funcionamiento de los sistemas digestivos y urinario. Como resultado, las heces y la orina fluyen con mas rapidez y se utilizan mejor los alimentos ya digeridos.

El contacto piel a piel es muy conveniente en cualquier momento. No se malcría a los recién nacidos cuando se les acaricia demasiado. Mientras mas fuerte se les abraza y se les acaricia, más seguros se sienten. Se observa que las caricias sirven para estimular o tranquilizar a los recién nacidos.

Las caricias de piel a piel se proporcionan de muchas maneras y en diversas direcciones. Algunos niños prefieren las caricias de la

cabeza hacia los pies; patrón que recuerda el proceso de mielinización nerviosa. Las caricias lentas, de 12 a 16 veces por minuto se asocian con reducción de la apnea y la respiración irregular en el neonato ⁽⁷⁰⁾.

Las caricias lentas y repetidas en la parte superior de la cabeza calman a los niños con cólicos y también las caricias en la frente con los dedos. Mucho de los neonatos se aficionan a las caricias y no se cansan de ello. Por ello, el proceso se transforma en una técnica de relajación ⁽⁷¹⁾.

5. Adolescencia

La adolescencia es una etapa de desarrollo humano comprendida entre 10 a 19 años, que no significa sólo el tránsito de la niñez a la adultez, sino que en su devenir sobre vienen diversos y complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que caracterizan la edad ⁽⁷²⁾. Se clasifica en:

Adolescencia temprana o inicial. Entre los 10 y los 14 años ⁽⁷³⁾, es un periodo de crecimiento y desarrollo rápido. Los cambios físicos abarcan todos los sistemas corporales, pero en especial el cardiovascular, el músculo esquelético y el reproductor. Estos cambios pueden conducir a perturbaciones en la imagen que el adolescente tiene de sí mismo mientras intenta asimilar los cambios físicos y psicológicos. Los rápidos ajustes que se producen dejan a menudo al adolescente con muchas interrogantes sobre sus cambios. Se preguntan si son normales y se comparan con sus compañeros. Durante la adolescencia temprana, suele presentarse un comportamiento de exploración con sus amigos del mismo sexo o del sexo opuesto ⁽⁷⁴⁾.

Durante esta fase, el pensamiento es operativo, concreto y el joven adolescente carece de capacidad de pensamiento abstracto o introspección. La aceptación y la conformidad con sus compañeros son importantes y son fuente de conflictos con sus padres.

Adolescencia tardía o final. Entre los 15 y los 19 años ⁽⁷⁵⁾. El crecimiento y desarrollo fisiológico de las características sexuales secundarias suelen terminar durante este periodo ⁽⁷⁶⁾.

La teoría social tradicional psicosocial mantiene que la crisis desarrollo de la adolescencia lleva a la configuración de un sentido de identidad, se ven como individuos distintos, de algún modo único y separados de todos los demás ⁽⁷⁷⁾.

Al parecer, el sentido de identidad de grupo resulta esencial como preludeo al de identidad personal en efecto, los adolescentes jóvenes deben resolver los problemas concernientes a las relaciones con su grupo de amigos, antes de ser capaces de solventar las cuestiones relativas a quienes son en relación con la familia y con la sociedad ⁽⁷⁸⁾.

De otro lado el estado emocional de los adolescentes oscila entre la madurez considerable y las conductas infantiles. En un minuto pueden estar plétóricos y entusiastas, y al minuto siguiente, deprimidos y ensimismados. Por estos cambios de humor, los adolescentes son etiquetados a menudo como inestables, inconscientes o impredecibles ⁽⁷⁹⁾.

Los adolescentes pueden mejorar mejor sus emociones hacia el final de la adolescencia; pueden enfrentarse a los problemas con mas calma y racionalidad; y aunque todavía están sujetos a periodos de depresión,

sus sentimientos son menos vulnerables y comienzan a demostrar mayor madurez emocional ⁽⁸⁰⁾.

El desarrollo cognitivo culmina con la capacidad para el razonamiento abstracto. Los adolescentes ya no restringen a lo real y actual, que era lo típico del periodo de las operaciones concretas; también están interesados por lo posibles. Ahora especulan con el futuro. Sin tener que centrar su atención en la situación inmediata, pueden imaginar una secuencia de acontecimientos posibles ⁽⁸¹⁾.

Al final de la adolescencia se caracteriza por el replanteamiento serio de los valores morales existente y su relevancia para la sociedad y el individuo. Ahora los adolescentes pueden fácilmente ponerse en el lugar de otro; entienden el deber y la obligación basada en un conjunto de derechos recíprocos, así como el concepto de justicia fundado en reparar las equivocaciones y arreglar o remplazar lo estropeado al actuar mal ⁽⁸²⁾.

Para alcanzar la madurez total, los adolescentes deben liberarse de la denominación familiar y definir una identidad independiente de la autoridad paterna. Sin embargo este proceso es tenso y ambivalente, tanto por parte de los jóvenes como de sus padres. Como parte de este proceso de emancipación se incluye el desarrollo de relaciones sociales fuera de la familia, lo que ayuda a los jóvenes a identificar su papel en la sociedad.

5.1 Situación de la Madre Adolescente

Se define como madre adolescente, a toda mujer entre los 10 a 19 años que trae al mundo un nuevo ser.

El embarazo adolescente sigue siendo una causa importante de deserción escolar. Abandonar prematuramente la educación se relaciona con el desempleo y pobreza. Las mujeres y, a menudo también los varones, no terminan la educación básica, y como el nivel de educación formal es un índice de progreso en el trabajo y del potencial salarial ⁽⁸³⁾.

La transición hacia la maternidad no es fácil para las adolescentes; a menudo sus necesidades de desarrollo como adolescentes aun no han sido cubiertas. La aceptación de su papel de madres, incluida la responsabilidad de los cuidados del recién nacido y el cambio de su auto imagen los separa de sus amistades. Suelen sentirse excluidas de actividades deseables que eran sus “diversiones” para relajarse, es obvio que se ven obligadas a adoptar el papel de adultos prematuramente ⁽⁸⁴⁾.

Los programas de educación para madres adolescentes son limitados o inexistentes en algunas instituciones de salud. Son varios los patrones de crianza de los hijos de madres adolescentes identificados, entre otros: insensibilidad a las señales conductuales de los recién nacidos (por ejemplo. Llanto, sueño, pañales sucios), patrón de interacción no verbal limitada, falta de conocimiento sobre el desarrollo de niños, preferencia por el comportamiento agresivo y los castigos físicos, así como limitaciones en el aprendizaje dentro del entorno domestico. Las madres adolescentes tienden a estar en riesgo de adoptar una conducta alejada de la buena crianza, en particular en cuanto a expectativas inadecuadas. No obstante, suelen esperar demasiado de sus hijos porque desconocen las etapas de desarrollo de los recién nacidos ⁽⁸⁵⁾.

Las adolescentes no están adecuadamente preparadas para criar a un recién nacido. Además, no tienen experiencia y no están preparados para reconocer los primeros signos de enfermedad a los peligros domésticos. Los recién nacidos pueden sufrir por negligencia sin que sus madres se percaten de ello. Es más probable que los recién nacidos de adolescentes sufran accidentes y malos tratos (86).

Según Reeder, el papel de la maternidad lo conforman un conjunto de destrezas interpersonales y de producción, con el fin de favorecer el desarrollo emocional, intelectual y física del niño. Las madres adolescentes tienen pocas posibilidades de proporcionar a sus hijos los cuidados adecuados, así como un ambiente estable y estimulante (87).

Los cuidados integrales del recién nacido como higiene, alimentación, ropa, cuidados del cordón umbilical, estimulación temprana, son aspectos investigados que muestran un actuar inadecuado de la madre adolescente. Su experiencia poca o ninguna, condicionan que experimenten temor o inseguridad que son reacciones negativas que influirán en el desarrollo del niño (88).

La madre debe atender al niño con actitudes y comportamientos que demuestren que le preocupa el bienestar del niño, reconociendo la importancia del conocimiento las adecuadas prácticas en el cuidado del recién nacido.

6. Rol del Profesional de Enfermería en el Cuidado de la Puérpera Adolescente.

El puerperio, o periodo posparto, es una etapa en la cual se efectúan transiciones físicas y fisiológicas muy importantes en la nueva madre. Se producen cambios considerables en el estado funcional de la

madre inmediatamente después del parto, y con frecuencia ésta no ha regresado al nivel que tenía antes del embarazo transcurridos seis meses después del parto ⁽⁸⁹⁾.

Los cuidados de enfermería durante el puerperio toman en cuenta las necesidades físicas y psicológicas de la madre adolescente. La madre tiene además la necesidad de apoyo emocional; se le da orientación previa e instrucción con respecto al cuidado de la salud teniendo en cuenta sus inquietudes; y favorece y fomenta el desarrollo de la relación entre la madre y el recién nacido ⁽⁹⁰⁾.

En la valoración psicosocial incluye el estado emocional de la madre adolescente y su respuesta a la experiencia de trabajo de parto y parto, sus interacciones con el recién nacido, la alimentación del recién nacido, los ajustes al papel maternal y las nuevas relaciones con la familia, el progreso de aprendizaje del cuidado personal ⁽⁹¹⁾.

La enfermera también valora el nivel de conocimiento de la madre y su capacidad con respecto al cuidado personal, cuidados del recién nacido y preservación de la salud ⁽⁹²⁾.

El grado de comprensión de cada madre adolescente y su capacidad para cuidar del niño es variable. Los cuidados de enfermería proporcionan ayuda individual a la madre para que adquiera los conocimientos y destrezas necesarias para cuidar de sí misma y del recién nacido. El método que la enfermera emplea para la enseñanza y orientación en el posparto debe tener en cuenta las diversas perspectivas culturales, y con frecuencia requiere modificaciones que tengan en cuenta los valores y prácticas de cada cultura. Al dar enseñanza es conveniente incluir al resto de los miembros de la

familia para lograr mayor eficacia en el desarrollo de los cuidados. La orientación anticipada para el alta del hospital, se enfoca en ayudar a la madre a prepararse para las tensiones relacionadas con el cuidado del recién nacido en el hogar, y darle apoyo para lograr un ajuste óptimo en la familia.

La enfermera necesita discutir con la madre el comportamiento de neonato, sus llamados y necesidades. Es más probable que la madre responda al niño cuando conoce su habilidad de interacción con el tacto, aspectos, contacto visual y expresiones faciales. Las madres necesitan saber que la mayoría de los pequeños responden positivamente a las caricias, masajes y besos ⁽⁹³⁾.

La enseñanza debe iniciarse tan pronto como la madre está lista para participar en los cuidados. Durante el primer día del puerperio y primer día del niño después de su nacimiento, debe animársele a participar en la demostración del baño, si sintiera que puede hacerlo, en lugar de solo observarlo. De igual manera, la enfermera demostrará como abrazar al bebé, las posiciones para alimentarlo y la forma en que le debe realizar la limpieza del cordón umbilical, los genitales y después observará como lo hace la madre. Esto podrá ir seguido de folletos, clases en grupo.

G. Hipótesis.

H0: “Las madres adolescentes tiene un bajo nivel de conocimiento acerca del cuidado del recién nacido”.

H. Definición Operacional de Términos.

A continuación se presenta los términos, que permitirán una mejor comprensión del estudio.

Conocimiento: Información que tienen las madres adolescentes sobre el cuidado al recién nacido, que será medido a través de un cuestionario en niveles alto-medio-bajo.

Madres adolescentes: Mujeres de 15 a 19 años de edad madres de niños menores de 28 días de vida, hospitalizadas en el servicio de adolescencia del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Cuidado: Son actividades que refieren realizar las madres adolescentes para satisfacer las necesidades del recién nacido en el aspecto físico y sobre estimulación temprana.

Recién nacido: Neonato desde cero horas hasta 28 días de vida que se encuentra alojado en el servicio de adolescencia en compañía de su madre.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

A. Tipo, Nivel y Método.

El tipo de investigación es cuantitativa porque se obtuvo datos susceptibles de cuantificación que permitieron un tratamiento estadístico enfatizando los atributos de la experiencia humana acerca del Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido.

El nivel fue aplicativo porque nos direccionó a buscar soluciones a las necesidades o problemas que tuvieron las madres adolescentes y también permitió enfatizar la práctica del personal de salud en el área a investigar.

El método utilizado fue el descriptivo ya que nos permitió mostrar la información tal y como se obtuvo de acuerdo a la realidad y de corte transversal porque se dio en un determinado tiempo.

B. Sede o Área de Estudio.

La presente investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, ubicado en el Jr. Miro Quesada N° 941 Cercado de Lima.

Es un establecimiento de salud que brinda atención en el cuarto nivel actualmente dirigido por la Dra. Rosamary Hinojosa Pérez, la misión de este establecimiento de salud es “El Instituto Especializado debe lograr el liderazgo a nivel nacional e internacional en el desarrollo de la investigación científica e innovación de la metodología, tecnología y

normas, para su difusión y aprendizaje por los profesionales y técnicos del Sector Salud, así como en la asistencia altamente especializada en salud reproductiva de la mujer con énfasis en la atención materno perinatal y seguimiento del recién nacido de alto riesgo hasta los 5 años e incrementar y sistematizar la interrelación científica internacional en su campo.

El Instituto Nacional Materno Perinatal, cuenta con los servicios de ginecología y obstetricia, medicina fetal, infertilidad, colposcopia, climaterio, ecografía, pediatría, rehabilitación, terapia, CRED, inmunización, nutrición, psicología, medicina interna, endocrinología, cardiología, cirugía y oncología, genética, anestesiología, estomatología- dental, oftalmología, rayos X, laboratorio, planificación familiar, psicoprofilaxis obstétrica, medicina preventiva.

También cuenta con Centro quirúrgico; UCIM- Unidad de Cuidados Intensivos Materno, UCIN- Unidad de Cuidados Intensivos Perinatal, Centro Obstétrico, Emergencia, Servicio de Adolescencia, Unidad de Medicina Fetal, servicio de Ginecología.

C. Población y Muestra.

Para el presente estudio el tipo de muestreo empleado fue el aleatorio simple, la población seleccionada estuvo conformada por 253 individuos, luego se procedió a calcular el tamaño de la muestra (Ver ANEXO "H"). Dicha población lo conformaron las madres adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia que reunió los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Hospitalizadas en el Servicio de Adolescencia del Instituto Nacional Materno Perinatal

- Estén comprendidas entre los 15 y 19 años.
- Menores de 18 años, cuyos padres hayan aceptado voluntariamente que sean parte del estudio.
- Primíparas
- Que sepan leer y escribir.
- En el tercer día de puerperio.
- Que hayan tenido parto normal o cesárea.

Criterios de exclusión:

- Menores de 15 años y mayores de 19 años.
- Cuyos padres no hayan aceptado que sus hijas menores de edad participen del estudio.
- Que presenten complicaciones post parto.
- Que no deseen participar

La muestra estuvo conformada por 115 individuos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

La técnica empleada fue la encuesta, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario el cual permitió recolectar información para conocer el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido.

El cuestionario consta de las siguientes partes: la primera parte comprende la introducción, las instrucciones y los datos generales. Y la segunda parte consta de los datos específicos correspondientes a las preguntas con alternativas múltiples acerca de los conocimientos que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido. (Ver ANEXO “B”).

E. Validez y Confiabilidad del Instrumento.

La validez del instrumento se determinó mediante el juicio de expertos, participaron 7 profesionales, entre ellas enfermeras asistenciales del Instituto Nacional Materno Perinatal y enfermeras docentes del área de investigación en enfermería de la UNMSM.

Los puntajes obtenidos fueron sometidos a la prueba binomial siendo determinante obtener un error de significancia que no supere los valores establecidos para $p < 0.05$. Con las sugerencias de los expertos se mejoró el instrumento. (Ver ANEXO "E").

Luego fue sometido a la validez estadística utilizando el Coeficiente de Pearson obteniéndose resultados muy significativos $p > 0.20$ (Ver ANEXO "F").

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó, a través de una prueba piloto a 20 madres adolescentes del servicio de adolescencia del Instituto Nacional Materno Perinatal, las cuales no formaron parte de la muestra ; luego con los resultados se realizó la prueba de K- Richardson, obteniendo $\alpha = 0.64$ (Ver ANEXO "G")

E. Recolección de Datos

Se solicitó el permiso a la directora del Instituto través de la oficina de investigación a fin de obtener autorización para llevar a cabo el trabajo de investigación.

Se realizaron las coordinaciones con la oficina de investigación y con el medico jefe del Servicio de Adolescencia para programar y/o elaborar el cronograma de recolección de datos.

Se realizó la presentación con la enfermera jefe del servicio para tener acceso a las historias clínicas de las pacientes a fin de obtener la edad y el día de puerperio en las que se encontraban las pacientes.

Se pidió el consentimiento informado a los padres y/o familiares responsables de las madres menores de edad.

La recolección de datos se realizó a través de la aplicación de un cuestionario que duró aproximadamente 30 min.

G. Procesamiento, Presentación y Análisis de los Datos

Luego de concluir con la recolección de los datos, La información recolectada se proceso de forma manual con el programa EXCEL, elaborando una tabla Matriz (Ver ANEXO "J")

Los valores para el nivel de conocimiento fueron determinados mediante la Escala de Stanones. (Ver ANEXO "I").

Se presenta los resultados a través de gráficos estadísticos. Para el análisis se aplicó la base teórica descrita en la presente investigación.

H. Consideraciones Éticas.

En vista que la unidad de análisis para esta investigación, fueron madres adolescentes y muchas de ellas menores de edad, se consideró necesaria la autorización de los padres de las mismas a través de un consentimiento informado e informar sobre el estudio, tanto a los padres como a las madres adolescentes. (Ver ANEXO "L").

También se tomó en consideración, el respeto por la persona no obligando a nadie a participar en el estudio, brindando un trato amable a todos por igual; la confidencialidad de las respuestas y resguardando el anonimato de cada una de las participantes.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados en forma manual en el Programa Excel, para su presentación en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectiva.

A. Datos Generales.

Del 100% (115) de madres adolescentes encuestadas, 34.7% (40) tienen 17 años de edad (Ver ANEXO "C") y el 64.3% (74) presentan nivel secundario incompleto (Ver ANEXO "D").

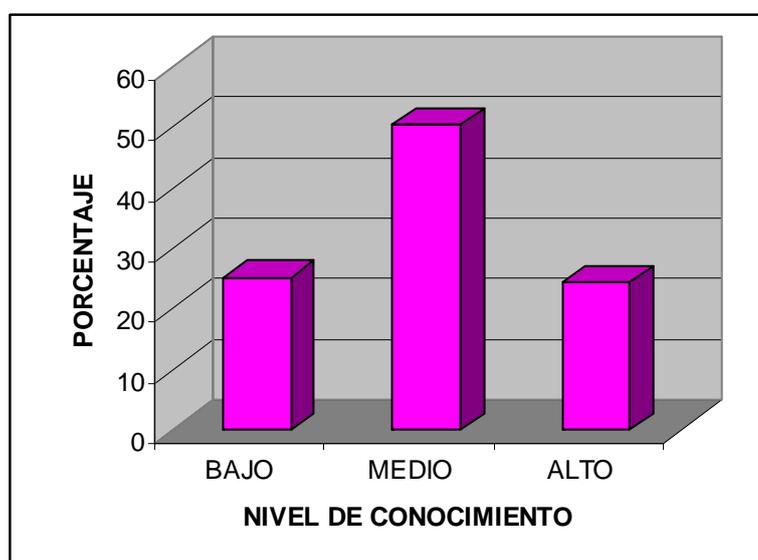
B. Datos Específicos.

1. Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

En relación al nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el gráfico N° 1 se puede apreciar que del 100% (115) de las madres encuestadas 50.4% (58) presentan un nivel medio de conocimiento.

Gráfico N° 1

**Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes
en el Cuidado del Recién Nacido en el
Instituto Nacional Materno Perinatal
Mayo -Noviembre
2007**



Fuente: Cuestionario aplicado a las madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal.

El conocimiento según Mario Bunge, es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que se clasifican en conocimiento científico y vulgar.

El conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia, es claro, indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, este tipo de conocimiento se obtiene por ejemplo en las instituciones educativas.

El conocimiento vulgar, es vago, inexacto, limitado por la observación. Satisface las necesidades diarias de la vida cotidiana. No explica el

“como”, ni el porque de los fenómenos. Se obtiene mediante las actividades ordinarias de la vida.

Respecto al cuidado, este se refiere a los fenómenos, abstractos y concretos relacionados con las actividades de asistencia, apoyo dirigidos a otras personas que tienen necesidades evidentes con el fin de mejorar su situación o su modo de vida.

De otro lado se sabe que la etapa adolescente se caracteriza por complejos e importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales. El estado emocional de la adolescente oscila entre la madurez considerable y conductas infantiles, por estos cambios son considerados inestables, inconscientes e impredecibles.

Para alcanzar la madurez total, los adolescentes deben liberarse de la autoridad familiar y definir una identidad independiente de la autoridad paterna.

En el embarazo adolescente, esta “liberación” y la búsqueda de la identidad independiente se ve detenida ya que se ven obligadas a abandonar prematuramente la educación básica y muchas veces depender aun mas de sus progenitores.

La transición hacia la maternidad no es fácil para la adolescente, a menudo sus necesidades de desarrollo como adolescentes aun no han sido cubiertas. La aceptación de su papel de madres, incluida la responsabilidad de los cuidados del recién nacido y el cambio de su auto imagen las separa de sus amistades. Suelen sentirse excluidas de actividades deseables que eran sus “diversiones”, es obvio que se ven obligadas a adoptar el papel de adultos prematuramente.

Por ese motivo la adolescente no está adecuadamente preparada emocionalmente para criar a un recién nacido. Además, no tiene la experiencia para reconocer los primeros signos de enfermedad porque no conoce muchas veces diferenciar entre los comportamientos esperados por el recién nacido. Los recién nacidos pueden sufrir por negligencia sin que sus madres se percaten de ello.

Nivel de conocimiento bajo quiere decir que la madre adolescente carece de información completa y oportuna acerca de las pautas para brindar cuidados a su neonato en las áreas del conocimiento físico y de la estimulación temprana; y si la madre refiere algún tipo de conocimiento este es muy vago y/ o superficial, por ejemplo podría saber que la lactancia materna es el mejor alimento para el recién nacido pero no saber los beneficios, tiempo y frecuencia de la alimentación.

De otro lado el nivel medio de conocimiento significa que de todos los aspectos que en general incluyen el cuidado del recién nacido, solo conoce algunos de ellos como por ejemplo conocer todo o en su mayoría acerca de la alimentación, estimulación temprana, reconocimiento de los signos de alarma y no sobre la higiene y el baño del recién nacido, etc. Lo cual quiere decir que la madre no tiene los conocimientos adecuados sobre el cuidado del recién nacido y por ende no logrará brindar cuidado integral.

Así también se tiene que el nivel de conocimiento, quiere decir que la madre adolescente conoce todo o en su mayoría acerca de los aspectos del cuidado del recién nacido tanto en el área física y en lo relacionado a estimulación temprana.

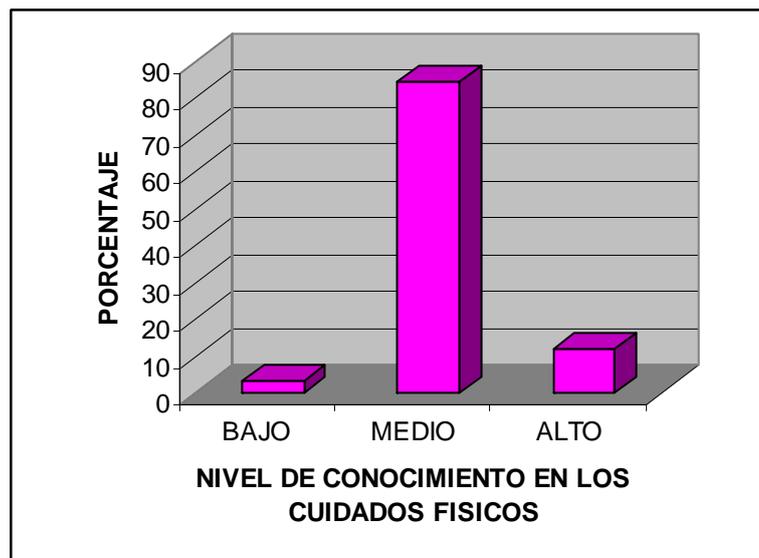
Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que la mayoría de las madres adolescentes 50.4% (58) tienen un nivel medio de conocimiento, esto indican que no hay un conocimiento total de los aspectos que abarcan el cuidado y por lo tanto no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido. Debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en sus vidas, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto las hace personas inestables, inseguras de si mismas.

Por ello las madres adolescentes necesitan ser orientadas, guiadas por el profesional de enfermería, para que de esta manera reciban la orientación y educación necesaria para que brinden cuidados a sus recién nacidos y así garantizar el bienestar del nuevo ser.

2. Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado físico del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Gráfico N° 2

Nivel de Conocimiento que Tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado Físico del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal Mayo -Noviembre 2007



Fuente: Cuestionario aplicado a las madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal.

En el gráfico N° 2 en relación nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado físico del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se puede apreciar que del 100% (115) de las madres adolescentes encuestadas 84.4 (97) presentan un nivel medio de conocimiento.

Al respecto se sabe que la etapa neonatal (de 0 a 28 días de vida) es una época delicada en la que se completan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina, que el recién nacido es incapaz de sobrevivir por sí mismo y por ello depende de los cuidados y atenciones que le proporciona la madre.

Los aspectos que se incluyen dentro del cuidado físico son: la alimentación, termorregulación, cuidado de áreas específicas, cuidado del cordón umbilical, cuidado perineal, eliminación, sueño, vestimenta y reconocimiento de signos de alarma. Un buen conocimiento de estos puntos garantizará el correcto cuidado que se brinde a los recién nacidos, y contribuirá a la adaptación extrauterina.

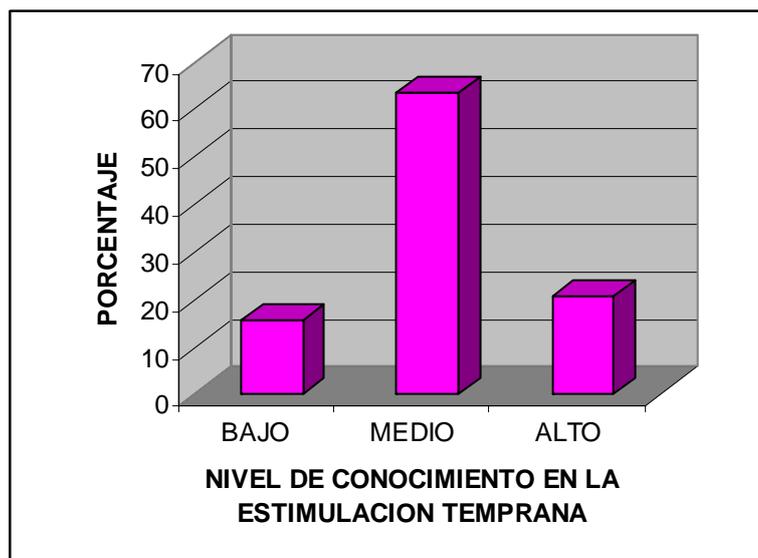
Al hablar de nivel de conocimiento medio significa que no tienen el conocimiento integral con respecto a las necesidades físicas del recién nacido, por ello la madre solo conoce sobre el cuidado de ciertos aspectos antes mencionados.

Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que la mayoría de las madres adolescentes 84.4 (97) tienen un conocimiento medio sobre los cuidados físicos del recién nacido, con lo cual podemos decir que las madres adolescentes tendrían dificultades en brindar cuidado completo y oportuno, con lo que llevaría a poner en riesgo la salud física del neonato y por lo tanto existe el peligro de aumentar la morbimortalidad neonatal.

3. Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes acerca de la estimulación temprana del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Grafico N° 3

Nivel de Conocimiento que Tienen las Madres Adolescentes acerca de la Estimulación Temprana del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal Mayo-Noviembre 2007



Fuente: Cuestionario aplicado a las madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal.

En el gráfico N° 3 en relación al nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes acerca de la estimulación temprana del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal se puede apreciar, que 63.5% (73) presenta un nivel medio.

Se sabe que la estimulación temprana es una ciencia basada principalmente en las neurociencias, en las pedagogías y en las psicologías cognitiva y evolutiva, que se implementa mediante programas contruidos con la finalidad de favorecer el desarrollo integral del niño.

La estimulación temprana hace uso de experiencias significativas en las que interviene los sentidos, la percepción y el gozo de la exploración, el descubrimiento, el autocontrol, el juego y la expresión artística. Su finalidad es desarrollar la inteligencia, pero sin dejar de reconocer la importancia de unos vínculos afectivos sólidos y una personalidad segura.

Al respecto se sabe que los sentidos constituyen la principal fuente de información para el cerebro del recién nacido, el aprendizaje en esta etapa es resultado del enriquecimiento sensorial, que emplea cada sentido y lo pone a prueba.

La estimulación neonatal comprende todas las experiencias que viven los recién nacidos y sus familias, que aportan las habilidades y destrezas para potenciar el desarrollo cognitivo y socio afectivo del neonato. El significado tiene que ver con la necesidad de despertar en la madre el interés por el cometido de estimular al niño y que conozca la importancia y la finalidad que esta tiene para su aprendizaje.

Este nivel medio de conocimiento se refiere a que la madre tiene conocimiento parcial sobre los aspectos que se deben tener en cuenta para estimular al recién nacido dentro de cada área (visual, táctil, auditiva y verbal)

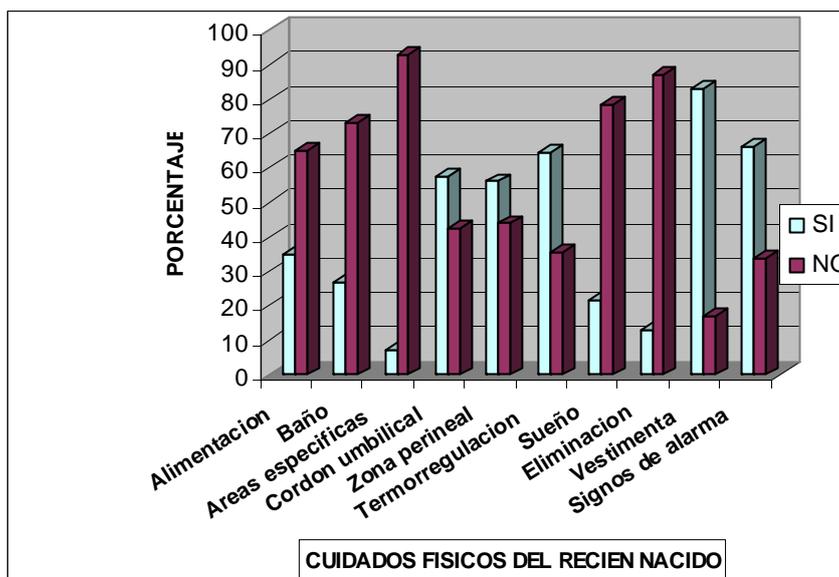
Por lo expuesto anteriormente se puede deducir que la mayoría de las madres adolescentes no están preparadas adecuadamente en relación al conocimiento para estimular a sus niños recién nacidos esto se debe probablemente a que como adolescentes, carecen de mayor destreza cognoscitiva y por su falta de desarrollo psicosocial con lo cual es muy probable limitar el potencial del niño y el vínculo madre-hijo.

Por ello es importante seguir desarrollando y fortaleciendo en ellas una actitud de aceptación y apertura para aprender y practicar cuidados de estimulación a sus neonatos.

4. Conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado físico del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Gráfico N° 4

Conocimiento que Tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado Físico del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal Mayo -Noviembre 2007



Fuente: Cuestionario aplicado a las madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal.

En el gráfico N° 4 sobre el conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado físico del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal se puede apreciar que de un total del 100% (115) el 65.2% (75) desconoce sobre la alimentación del recién nacido, el 73% (84) sobre el baño del recién nacido, el 93% (107) sobre el cuidado de áreas específicas, el 87% (100) sobre la eliminación intestinal y vesical, el 78.3% (90) desconoce sobre el sueño del recién

nacido. Sin embargo el 57.4% (66) tiene conocimiento sobre el cuidado del cordón umbilical, el 56%(64) sobre el cuidado perianal, el 64.3% (74) conoce sobre termorregulación, el 83% (95) sobre la vestimenta del recién nacido y el 66% (76) conoce sobre los signos de alarma.

Los cuidados integrales del recién nacido como higiene, alimentación, ropa, cuidados del cordón umbilical, estimulación temprana, son aspectos investigados que muestran un actuar inadecuado de la madre adolescente. Su experiencia poca o ninguna, condicionan que experimenten temor o inseguridad que son reacciones negativas que influirán en el desarrollo y cuidado del niño.

Al respecto cuidado significa entonces inquietud, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato; se esta ante una actitud fundamental, un modo de ser en el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y preocupación.

De otro lado se sabe que el conocimiento que tenga la madre influye en el tipo de cuidados que proporcionará a su recién nacido. Toda madre debe satisfacer las necesidades de cuidado diarios a sus niños, proporcionarle un medio seguro porque los primeros días de vida es una etapa de adaptación al medio ambiente.

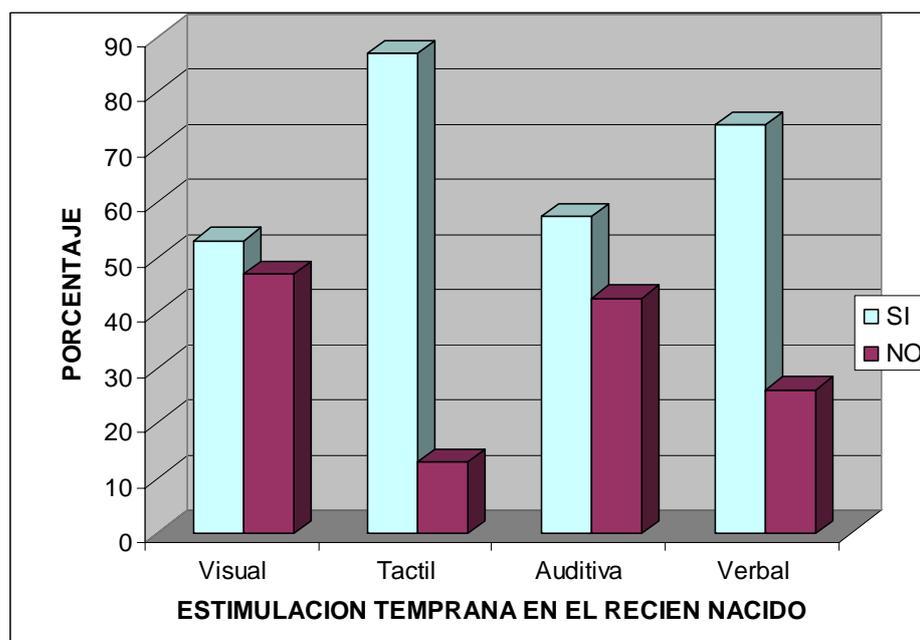
Por lo expuesto anteriormente se deduce que las madres adolescentes no cuentan con el conocimiento adecuado en todas las áreas de cuidado físico y que por lo tanto no brindaran cuidado integral a sus hijos. Con lo que también se pone en riesgo la salud de los mismos.

Es necesario entonces realizar orientaciones constantes por parte del profesional de enfermería sobre todos los aspectos que abarca los cuidados físicos para que de esta manera el cuidado que brinde la madre sea integral.

5. Conocimiento que tienen las madres adolescentes acerca de la estimulación temprana del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Grafico N° 5

**Conocimiento que Tienen las Madres Adolescentes acerca de la Estimulación Temprana del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal
Mayo-Noviembre
2007**



Fuente: Cuestionario aplicado a las madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal.

El grafico N° 5 sobre el Conocimiento que tienen las madres adolescentes acerca de la estimulación temprana del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Se puede observar que el 53%(61) conoce como estimular al recién nacido en el área visual, el 87%(100) sobre el área táctil, el 57.4 %(66) sobre el área auditiva y el 74% (85) sobre el área verbal.

Es evidente que cuando nace el recién nacido puede percibir los acontecimientos del medio. Se considera que algunos de los sentidos son muy sensibles en el momento del parto, como por ejemplo el sentido del olfato, y otros están de manera relativa inmaduros como la vista y el oído; sin embargo, incluso los sentidos que no están maduros funcionan bien dentro de sus limitaciones.

Los sentidos constituyen la principal fuente de información para el cerebro del recién nacido.

Así se tiene que la aplicación de la estimulación temprana es de gran utilidad para, favorecer el contacto físico y la compenetración adulto-niño, permite al adulto y al niño descubrir las capacidades e intereses de este último, ayuda a construir la inteligencia en una etapa neurobiológica clave, como es la de los primeros años de vida, y es útil para la detección, prevención y tratamiento de retraso en el desarrollo intelectual.

De otro lado se sabe que los padres son los principales maestros de sus hijos. Los lazos afectivos entre los padres y el bebé constituyen la base fundamental para la seguridad emocional del niño, para que se adapte a situaciones nuevas y explore su entorno sin temor.

Por lo expuesto anteriormente se deduce que las madres adolescentes conocen la mayoría de los métodos para estimular sensorialmente al

recién nacido en las áreas táctil y verbal, lo cual es positivo ya que así se contribuirá al óptimo desarrollo del niño.

En las áreas visual y auditiva se observa que hay un conocimiento parcial a más, por ello se tendría que incentivar y educar a las madres para que en este aspecto mejore.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. conclusiones:

Como parte final del presente trabajo de investigación se han obtenido las siguientes conclusiones.

- La mayoría de las madres adolescentes 50.4% (58) tienen un nivel medio de conocimiento, esto indican que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido. Debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en sus vidas, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto las hace personas inestables, inseguras de si mismas.
- La mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento sobre los cuidados físicos del recién nacido, con lo cual podemos decir que las madres adolescentes tienen regular patrones de crianza, lo que pone en riesgo la salud física del neonato y por lo tanto existe riesgo de aumentar la morbimortalidad neonatal.
- La mayoría de madres adolescentes no están preparadas adecuadamente en relación al conocimiento para estimular a sus niños recién nacidos esto se debe probablemente a que las adolescentes carecen de mayor destreza cognoscitiva y por su falta de desarrollo psicosocial, con lo cual es probable limitar el potencial del niño y el vínculo afectivo madre- hijo.

- Las madres adolescentes no cuentan con el conocimiento adecuado acerca de las áreas del cuidado físico del recién nacido y que por lo tanto no brindarán cuidado integral a sus hijos. Con lo que ponen en riesgo la salud de los mismos.
- Las madres adolescentes conocen la mayoría de los métodos para estimular sensorialmente al recién nacido en las áreas táctil y verbal, lo cual es positivo ya que así se contribuirá al adecuado desarrollo del niño.
- En las áreas visual y auditiva se observa que hay un conocimiento parcial a más, por ello se tendría que incentivar y educar a las madres para que este aspecto mejore.

B. Limitaciones:

Dentro de las limitaciones para la realización del presente trabajo podemos citar:

- La atención del recién nacido por parte de sus madres, no permitía que estas dediquen un momento exclusivo al responder el cuestionario del estudio.
- Las conclusiones solo son válidas para las madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Algunas de las parejas de las madres adolescentes, se negaron a que las últimas participen del estudio.

C. Recomendaciones:

Culminado el siguiente trabajo de investigación se pueden realizar las siguientes recomendaciones para la profundidad del tema.

- Se debe realizar estudios que impliquen a las adolescentes de más temprana edad (10 a 14 años)
- Se debe realizar orientaciones constantes por parte del profesional de enfermería sobre todos los aspectos que abarca los cuidados físicos para que de esta manera el cuidado que brinde la madre sea integral y el adecuado.
- Realizar estudios donde se pueda evaluar el efecto de la educación brindada a las madres adolescentes en este tema.
- Se debe implementar un programa de educación donde se imparta conocimiento sobre el cuidado del recién nacido desde la etapa prenatal y hacer el seguimiento en el puerperio.
- Mantener y mejorar el programa implementado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, con horarios mas flexibles y mayor cantidad de personal de enfermería.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo “A” Operacionalización de Variable	III
Anexo “B” Cuestionario.	VIII
Anexo “C” Cuadro N ^o . 1 Distribución Según Edad de las Madres Adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal Mayo- Noviembre 2007	XVII
Anexo “D” Cuadro N ^o 2 Distribución Según Grado de Instrucción de las Madres Adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal Mayo- Noviembre2007	XVIII
Anexo “E” Tabla de Concordancia del Instrumento Prueba Binomial Juicio de Expertos	XIX
Anexo “F” Determinación de la Validez Estadística	XX
Anexo “G” Determinación de la Confiabilidad Estadística	XXII
Anexo “H” Determinación de la Muestra	XXIII
Anexo “I” Escala de Estanones	XXIV
Anexo “J” Matriz General de los Datos	XXVII
Anexo “K” Consentimiento Informado	XXX

	<p>orientado a favorecer su crecimiento y desarrollo.</p>		<p>Cuidado de los ojos, boca, nariz, oído, uñas.</p>	<p>-Forma de limpieza. -Materiales a utilizar. -presencia de las secreciones.</p>		
			<p>Cuidado del cordón umbilical</p>	<p>-Forma de limpieza. -Materiales a utilizar para la limpieza. -Frecuencia de la limpieza. -Tiempo de cicatrización y caída.</p>		
			<p>Cuidado perineal</p>	<p>-Técnica adecuada de aseo. -Materiales a utilizar para la limpieza.</p>		

			Termorregulación	-Frecuencia del cambio de pañal. -Forma de perdida de calor corporal.	
			Sueño	-Tiempo de sueño. -Lugar para dormir. -Posición para dormir	
			Eliminación vesical e intestinal	-Frecuencia de eliminación. -Característica de eliminación vesical y rectal	
			vestimenta	-Tipo de material de la	

			<p>Signos de alarma</p>	<p>ropa. -Comodidad de la ropa. -frecuencia de cambio</p> <p>Reconocimiento de signos de alarma: hipotermia, Sangrado del cordón umbilical, Llanto débil, piel azulada, diarreas, asfixia Ictericia, Convulsiones, Fiebre. Hipotonía.</p>		
--	--	--	--------------------------------	---	--	--

		Estimulación temprana		Estimulación visual. Estimulación auditiva- verbal Estimulación táctil.		
--	--	------------------------------	--	---	--	--

ANEXO "B"

**UNMSM- FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
AÑO 2008**

CUESTIONARIO

INTRODUCCION.

Buenos días, soy la Srta. Joanna Chapilliquén Pérez, de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy realizando un estudio con el objetivo de obtener información sobre lo que usted conoce acerca de los cuidados que debe recibir su bebé. Este cuestionario es **ANONIMO** por lo que se solicita a usted responder con la verdad a todas las preguntas, agradezco anticipadamente su colaboración.

DATOS GENERALES.

<i>EDAD</i>	<i>PROCEDENCIA</i>	<i>GRADO DE INSTRUCCION</i>

INSTRUCCIONES.

A continuación se le presenta una lista de preguntas, cada una de ellas con 4 alternativas de respuesta, léalas detenidamente y luego responda marcando la respuesta correcta.

CONTENIDO.

1SU RECIEN NACIDO DEBE ALIMENTARSE DE:

- a) Lactancia materna exclusiva
- b) Agua de anís
- c) Leche maternizada (ejemplo. NAN)
- d) Leche comercial (ejemplo. Gloria)

2 SI SU RECIEN NACIDO RECIBE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DEBE LACTAR:

- a) 3 veces al día
- b) Cada 5 horas

- c) Cada dos horas
- d) Cuando el recién nacido desee.

3 UN BENEFICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PARA SU RECIEN NACIDO ES:

- a) Sirve como un método anticonceptivo.
- b) Contiene los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.
- c) Es económica
- d) No se prepara.

4 LA FRECUENCIA CON QUE DEBE BAÑAR A SU RECIEN NACIDO ES:

- a) Cada dos días
- b) Cada siete días
- c) Todos los días
- d) Cada 15 días

5 PARA EL BAÑO DE SU RECIEN NACIDO SE NECESITA:

- a) Shampoo y jabón para recién nacido y agua tibia
- b) Shampoo y jabón de tocador y agua muy caliente
- c) Shampoo y jabón para recién nacido y agua fría
- d) Shampoo y jabón de tocador y agua tibia.

6 LA DURACION DEL BAÑO DE SU RECIEN NACIDO ES DE:

- a. 30 minutos
- b. 2 minutos
- c. Menos de 10 minutos
- d. 60 minutos.

7 LA LIMPIEZA DE LOS OJOS DE SU RECIEN NACIDO SE HACE:

- a) De adentro hacia fuera, con agua y jabón.
- b) De afuera hacia adentro, solo con agua.
- c) De adentro hacia fuera, solo con agua
- d) De arriba hacia abajo, con agua y jabón.

8 SI SU RECIEN NACIDO PRESENTA SECRECIONES AMARILLO-VERDOSO EN OJOS Y NARIZ ES NECESARIO:

- a) Limpiarlo con agua y jabón
- b) Avisar inmediatamente al medio y/o enfermera
- c) Bañarlo mas seguido
- d) Evitar tocárselas, caen solas

9 LA LIMPIEZA DEL OIDO DE SU RECIEN NACIDO SE HACE:

- a) De forma externa y superficial, con la toalla
- b) Introduciendo un hisopo hacia adentro del oído
- c) Introduciendo la uña de la mano
- d) Introduciendo agua y jabón hacia adentro del oído.

10 LA LIMPIEZA DE LA BOCA DE SU RECIEN NACIDO SE HACE:

- a) Sólo en los labios
- b) En el paladar, encías y lengua
- c) Sólo en la lengua
- d) Sólo en las encías.

11 LA BOCA DE SU RECIEN NACIDO SE LIMPIA CON:

- a) Un trozo mediano de gasa y agua hervida
- b) Un trozo pequeño de algodón y agua sin hervir
- c) Un cepillo dental
- d) Un trozo grande de tela y leche materna.

12 EL CORTE DE UÑAS DE SU RECIEN NACIDO DEBE SER:

- a) En forma recta, con tijera punta roma
- b) En forma ovalada, con corta uñas
- c) De cualquier forma, con tijera puntiaguda
- d) De forma triangular, con corta uñas.

13 LA LIMPIEZA DEL MUÑÓN UMBILICAL SE HACE:

- a) En forma circular, de adentro hacia fuera
- b) De cualquier forma
- c) De arriba hacia abajo
- d) De derecha a izquierda.

14 PARA LA LIMPIEZA DEL CORDÓN UMBILICAL SE NECESITA:

- a) Algodón, agua y jabón
- b) Gasa estéril, agua y yodo
- c) Alcohol yodado y gasa estéril
- d) Gasa estéril, alcohol puro.

15 EL CORDON UMBILICAL DE SU RECIEN NACIDO SE LIMPIA

CADA:

- a) 2 días
- b) 15 días
- c) Todos los días
- d) 5 días.

16 EL CORDON UMBILICAL DE SU RECIEN NACIDO SE CAE DESPUÉS DE:

- a) 1 día de nacido
- b) 3 días de nacido
- c) 1 mes de nacido
- d) 6 a 8 días de nacido

17 EN HIGIENE DE GENITALES DEL RECIEN NACIDO (MUJER) SE HACE DE LA SIGUIENTE FORMA

- a) De arriba hacia abajo
- b) En forma circular
- c) De adelante hacia atrás
- d) De cualquier forma.

18 LA HIGIENE DE GENITALES DEL RECIEN NACIDO (HOMBRE) SE HACE:

- a) Lavando de forma superficial
- b) Retrayendo el prepucio del pene y lavando entre las bolsas escrotales (testículos)
- c) Solo lavando el pene por encima
- d) Solo lavando las bolsas escrotales (testículos).

19 PARA LA LIMPIEZA DE GENITALES EN CADA CAMBIO DE PAÑAL SE NECESITA:

- a) Agua tibia, algodón en trozos y jabón neutro
- b) Agua fría, papel higiénico y jabón de tocador
- c) Agua caliente , gasa estéril y jabón de tocador
- d) Agua estéril, gasa y jabón de tocador.

20 EL CAMBIO DE PAÑAL DE SU RECIEN NACIDO SE HACE:

- a) Cuando el recién nacido haya hecho sólo deposición(caquita)
- b) Sólo 3 veces al día
- c) Cuando el pañal esté mojado o haya hecho su deposición (caquita)
- d) Sólo durante las noches para ir a dormir.

21 EL CAMBIO OPORTUNO DEL PAÑAL Y LA LIMPIEZA DE LOS GENITALES DE SU RECIEN NACIDO ES IMPORTANTE PARA:

- a. Prevenir malos olores

- b. Prevenir escaldaduras
- c. Prevenir que el recién nacido lllore
- d. Prevenir que el recién nacido ensucie la ropa.

22 SU RECIEN NACIDO PIERDE CALOR DE SU CUERPO CUANDO:

- a) Es expuesto a corrientes de aire
- b) Se le baña todos los días
- c) Tiene mucho abrigo al dormir
- d) Lloro demasiado.

23 SU RECIEN NACIDO DEBE DORMIR:

- a) Solo en la cuna y/o cama
- b) En la cama con su mamá
- c) En cama entre sus padres
- d) En la cama con su papá.

24 LA POSICION MÁS ADECUADA PARA QUE SU RECIEN NACIDO DUERMA ES:

- a. Echado boca arriba
- b. Echado boca abajo
- c. De costado
- d. En cualquier posición

25 EL PROMEDIO DE HORAS QUE SU RECIEN NACIDO DEBE DORMIR DURANTE TODO EL DIA ES:

- a) 20 horas
- b) 8 horas
- c) 5 horas
- d) 2 horas

26 EL RECIEN NACIDO ORINA APROXIMADAMENTE DURANTE EL DIA:

- a. 6 a 8 veces
- b. 1 vez

- c. 10 veces
- d. 15 veces.

27 LA ORINA NORMAL DE SU RECIEN NACIDO ES DE:

- a) Color rojo, sin olor
- b) Color amarillo, sin olor
- c) Sin color, sin olor
- d) Color amarillo, olor fétido (mal oliente)

28 EN LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA SU RECIEN NACIDO HACE DEPOSICIONES (caquita) DE COLOR:

- a) Amarillo
- b) Marrón
- c) Anaranjado
- d) Verde oscuro.

29 SU RECIEN NACIDO DEFECA (hace caquita) APROXIMADAMENTE DURANTE EL DIA:

- a) 1 vez
- b) 1 a 2 veces
- c) 3 a 4 veces
- d) 10 a 12 veces.

30 LUEGO DE APROXIMADAMENTE 3 DIAS DE VIDA SU RECIEN NACIDO HACE DEPOSICIONES (caquita).

- a. Color amarillo, de consistencia pastosa, sin olor
- b. Color verde, de consistencia pastosa, sin olor
- c. Color amarillo, de consistencia dura, con olor fétido
- d. Color verde, de consistencia liquida, sin olor.

31 LA ROPA QUE TIENE CONTACTO CON LA PIEL DE SU RECIEN NACIDO DEBE ESTAR HECHA DE:

- a. Tela sintética
- b. Cualquier tela
- c. Tela de algodón
- d. Lana gruesa.

32 LA ROPA DE SU RECIÉN NACIDO DEBE SER:

- a) Suelta, según la estación del año
- b) Ajustada, de tela delgada todo el año
- c) Ajustada, de tela gruesa todo el año
- d) Suelta, de tela gruesa todo el año.

33 LA ROPA DE SU RECIEN NACIDO DEBE CAMBIARSE:

- a) Cada 7 días
- b) Cada 2 días
- c) Todos los días
- d) Cada 15 días

34 MARQUE CON UN ASPA (x) LOS SIGNOS QUE USTED CREE QUE INDICAN RIESGO LA SALUD SU RECIEN NACIDO

- () Fiebre
- () Llanto fuerte
- () Sueño prolongado y decaimiento
- () Sangrado del cordón umbilical
- () Llanto débil
- () Piel de color azulada
- () Presencia de dientes al nacer
- () Presencia de ojos y piel color amarillo por mas de 15 días
- () Deposiciones líquidas
- () Hipo
- () Convulsiones
- () Tono muscular débil

**35 MARQUE SI O NO CON UN ASPA (x) SEGÚN CREA
CONVENIENTE: SU RECIEN NACIDO NECESITA QUE**

- | | | |
|--|----|----|
| a) Le hablen mirándolo fijamente a la cara | SI | NO |
| b) Le coloquen objetos colgantes movibles | SI | NO |
| c) Le converse constantemente su mamá | SI | NO |
| d) Le muestren figuras geométricas | SI | NO |
| e) Tenga contacto piel a piel con su mama | SI | NO |
| f) Le hablen de forma pausada y lenta | SI | NO |
| g) Eviten tocarlo siempre | SI | NO |
| h) Le hagan mirar rostros humanos (de papá
y mamá) | SI | NO |
| i) Le hagan escuchar música | SI | NO |
| j) Lo arrullen y lo mezan diariamente por unos
minutos | SI | NO |
| k) Evitar todo tipo de ruido | SI | NO |
| l) Le realicen ejercicios de flexión y extensión en
piernas y brazos | SI | NO |
| m) Los objetos que se le muestran deben estar a
una corta distancia del rostro del bebe | SI | NO |

Gracias por su colaboración.

ANEXO "C"

**Distribución Según Edad de las Madres Adolescentes
Del Instituto Nacional Materno Perinatal
Mayo- Noviembre
2007**

Edad	Valores	
	N	%
15	21	18.3
16	18	15.7
17	40	34.7
18	23	20.0
19	13	11.3
Total	115	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal.

ANEXO "D"

**Distribución Según Grado de Instrucción de las Madres
Adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal
Mayo- Noviembre
2007**

Grado de instrucción	Valores	
	N	%
Primaria C.	3	2.6
Primaria I.	1	0.9
Secundaria C.	30	26.1
Secundaria I.	74	64.3
Superior C.	0	0
Superior C.	7	6.1
Total	115	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal.

ANEXO “E”

TABLA DE CONCORDANCIA DEL INSTRUMENTO PRUEBA BINOMIAL – JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	NUMERO DE JUEZ DE EXPERTOS							PROBABILIDADES
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	0	1	0	1	0.227(*)
3	0	0	1	0	1	0	1	0.773(*)
4	1	1	0	1	1	0	1	0.227(*)
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008

(*) En estas preguntas se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

$P < 5\%$ $0 < \alpha < 0.05$

P= Error de significancia

La validez del instrumento fue dada por el juicio de expertos para asegurar la coherencia interna del instrumento, estuvo dada por profesionales especialistas en el tema. Se tuvo en cuenta los ítems que necesitaron modificarse de acuerdo a las sugerencias dadas por los expertos.

ANEXO "F"

DETERMINACION DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

$$r = \frac{N\sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N\sum X^2 - (\sum X)^2 \cdot N\sum Y^2 - (\sum Y)^2}}$$

Donde:

X: Puntajes obtenidos para cada puntaje en los individuos.

Y: Puntaje total del individuo.

r1: 0.20	r14: 0.51	r27: 0.67
r2: 0.20	r15: 0.44	r28: 0.49
r3: 0.13 (*)	r16: 0.22	r29: 0.62
r4: 0.21	r17: 0.20	r30: 0.75
r5: 0.20	r18: 0.31	r31: 0.20
r6: 0.47	r19: 0.45	r32: 0.59
r7: 0.20	r20: 0.26	r33: 0.20
r8: 0.30	r21: 0.31	r34: 0.27
r9: 0.10 (*)	r22: 0.58	r35: 0.20
r10: 0.20	r23: 0.38	r36: 0.20
r11: 0.20	r24: 0.25	r37: 0.20
r12: 0.48	r25: 0.48	r38: 0.64
r13: 0.23	r26: 0.59	r39: 0.11(*)

r40: 0.20
r41: 0.31
r42: 0.20
r43: 0.20
r44: 0.11(*)
r45: 0.45
r46: 0.26
r47: 0.26
r48: 0.24
r49: 0.29
r50: 0.20
r51: 0.54

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido; por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto para los ítems N° 4, 9, 39,44 en los cuales no se alcanzó en puntaje deseado, por lo cual se eliminaron. Quedando de esta manera el instrumento constituido por 47 ítems válidos.

ANEXO "G"

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la prueba estadística KUDER RICHARDSON.

$$K-R = \frac{K}{K-1} \frac{[1 - \sum p.q]}{SX^2}$$

Donde:

K : N°. de preguntas o ítems.

SX^2 : varianza de la prueba

P :proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

Q : proporción donde no se identifica el atributo.

Remplazando:

$$K-R = \frac{51}{50} \frac{[1 - \underline{10 \times 13}]}{27.1}$$

$$K-R = 0.64$$

ANEXO "H"

DETERMINACION DE LA MUESTRA

$$n = \frac{NP(1-P)}{\frac{(N-1)I^2 + P(1-P)}{Z^2}}$$

Donde:

N: población

P: proporción de personas que poseen las características = 0.5

I: error relativo= 7% <> 0.07

Z: nivel de confianza 95% <> 1.96

q: 1-P

Remplazando:

$$n = \frac{253(0.5)(1-0.5)}{\frac{(253-1)(0.07)^2 + 0.5(1-0.5)}{(1.96)^2}}$$

n= 115 (madres adolescentes)

ANEXO "I"
ESCALA DE ESTANONES

En la medición de la variable Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido, se utilizó la Escala de Estanones, cuya fórmula es la siguiente:

$$A = \bar{X} \pm 0.75 (DS)$$

Donde :

\bar{X} : promedio.

DS: desviación estándar.

Para hallar las mediciones se determinó primero el promedio, la varianza y la desviación estándar obteniéndose los siguientes valores:

$$X = \frac{\sum X_i}{n} = \frac{3858}{115} = 33.54$$

$$S^2 = \frac{\sum^n (x_j - \bar{X})^2}{115} = 1136.45 - 1124.93 = 11.52$$

$$DS = \sqrt{S^2} = 3.39$$

Una vez obtenido los datos anteriores se aplica la fórmula y se obtiene los siguientes valores de a y b:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

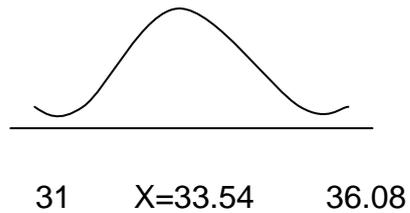
$$a = 33.54 - 0.75 (3.39)$$

$$a=31$$

$$b = X+ 0.75 (DS)$$

$$b= 33.54- 0.75(3.39)$$

$$b= 36.08$$



Intervalo de clase:

Nivel de conocimiento alto: 36.09- 47 puntos

Nivel de conocimiento medio: 32- 36.08 puntos

Nivel de conocimiento bajo : 0-31 puntos

En cuanto al nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado físico del recién nacido se obtuvo los siguientes resultados:

$$X= 22.91$$

$$DS= 6.60$$

Al aplicar la formula se obtiene los siguientes valores de a y b:

$$a= X- 0.75 (DS)$$

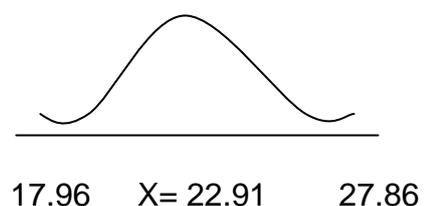
$$a= 22.91- 0.75 (6.60)$$

$$a=17.96$$

$$b = X+ 0.75 (DS)$$

$$b= 22.91- 0.75(6.60)$$

$$b= 27.86$$



Intervalo de clase:

Nivel de conocimiento alto: 27.87- 34 puntos

Nivel de conocimiento medio: 17.97- 27.86 puntos

Nivel de conocimiento bajo : 0- 17.96 puntos

Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes acerca de la estimulación temprana del recién nacido se obtuvo los siguientes resultados:

$$X= 10.01$$

$$DS= 2$$

Al aplicar la formula se obtiene los siguientes valores de a y b:

$$a= X- 0.75 (DS)$$

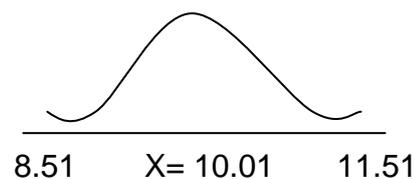
$$a= 10.01- 0.75 (2)$$

$$a=8.51$$

$$b = X+ 0.75 (DS)$$

$$b= 10.01+ 0.75(2)$$

$$b= 11.51$$



Intervalo de clase:

Nivel de conocimiento alto: 11.52- 13 puntos

Nivel de conocimiento medio: 8.52- 11.51 puntos

Nivel de conocimiento bajo : 0- 8.51 puntos

21	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	26			
22	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	25			
23	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	34			
24	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	35				
25	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	32			
26	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	32		
27	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	30				
28	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	38			
29	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	33		
30	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	29
31	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	
32	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	
33	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	30	
34	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	32	
35	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	37		
36	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	32	
37	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33	
38	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	38	
39	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	29		
40	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	
41	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	31	
42	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	28
43	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	33	
44	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	36	
45	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	34	
46	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	34
47	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	31
48	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	34
49	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	38

79	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	32
80	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	40
81	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	26	
82	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	37		
83	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33		
84	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	30		
85	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	29	
86	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36		
87	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	38	
88	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	31		
89	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	34			
90	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	23		
91	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	37		
92	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	33		
93	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	38		
94	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	31			
95	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	37		
96	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	33		
97	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	35		
98	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	28		
99	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	35				
100	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	26		
101	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	34		
102	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	32		
103	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	33			
104	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	34		
105	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	37		
106	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	40			
107	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	32	

ANEXO “K”
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nivel de Conocimientos Que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Investigador: Srta. Joanna Elizabeth Chapilliquén Pérez.

Estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería.

Declaración del Investigador.

El propósito de este documento es pedirle el permiso respectivo para que su menor hija pueda participar en un estudio de investigación. Por favor lea atentamente los párrafos siguientes.

Objetivo.

A través del siguiente estudio se quiere conocer el nivel de conocimientos y las prácticas que realizan las madres adolescentes en el cuidado de sus recién nacidos.

Procedimiento.

El estudio consiste en proporcionarle una hoja con una serie de preguntas acerca de los cuidados que se debe dar a su bebé recién nacido, y luego ella responderá las preguntas.

Los resultados son confidenciales, es decir solo serán de uso de la investigadora.

Riesgos, stress o incomodidad.

La participación en este estudio, no le causará a la menor ningún peligro ni daño físico, ni psicológico.

Otra información

El participar en este estudio es voluntario. La información que sea proporcionada por la menor será confidencial pues no se colocará el nombre de la paciente.

.....

Nombre del investigador

.....

Firma del investigador

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Este estudio me fue explicado. Acepto que mi menor hija participe en esta investigación.

He tenido la ocasión de hacer preguntas. Si más adelante tengo preguntas sobre el estudio o sobre los derechos de mi hija en la investigación puedo hacerlo con toda la confianza y libertad conversando con la autora de este estudio.

.....

Nombre del padre o apoderado

.....

Firma del padre o apoderado