



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD BASE - COMAS. 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: ÁLVAREZ LÓPEZ, MARÍA LINN

LIMA - PERÚ

2016

**“CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD BASE - COMAS. 2013”**

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado el entendimiento para lograr uno de mis objetivos a través de la fe tan inmensa que inyectó en mí.

A mis padres por darme la vida, por darnos los valores que han hecho la mujer que soy, por su amor, por apoyarme en todas las decisiones que he tomado y estar siempre que los necesite.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Dra. Fernanda Gallegos de Bernaola Directora de la Escuela Profesional de Enfermería por la formación académica impartida.

A mis padres por el inmenso amor, su apoyo incondicional cuando más los necesite siempre estuvieron a mi lado.

A los docentes por brindarme sus conocimientos y experiencias a lo largo de los años de estudios.

RESUMEN

La presente investigación titulada “Conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado del recién nacido atendidas en el Centro de Salud Base - Comas. 2013”. Cuyo objetivo general fue determinar los conocimientos de las madres Adolescentes sobre el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013. Estudio de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo, no experimental, de nivel aplicativo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 37 adolescentes gestantes. Se llegó a las siguientes conclusiones.

Del total de población de madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Base – Comas, más de la mitad fluctúan entre los 17 y 19 años de edad, conviven con sus parejas, proceden de la sierra, 9 madres adolescentes están cursando estudios de secundaria. Más de mitad de las madres adolescentes tienen conocimiento sobre el cuidado del recién nacido con respecto a la higiene, y la alimentación, y solo el 30% sobre estimulación temprana. La mayoría de las madres adolescentes conocen sobre el aseo del cuerpo, la limpieza del ombligo, pero poco conocimiento sobre la limpieza de genitales, y la limpieza de la boca evidenciándose una deficiente información y por ende una inadecuada higiene incrementando los riesgos para la salud del recién nacido. Muy pocas madres adolescentes tienen conocimiento sobre estimulación temprana en el recién nacido en el área motora, *en el área de lenguaje, en el área Social y de coordinación* debido al desconocimiento y la falta de madurez y desarrollo psicosocial, siendo probable limitar el potencial del niño y el vínculo afectivo madre- hijo. Las madres adolescentes tienen poco conocimiento sobre la alimentación en el cuidado del recién nacido en lo referente al tipo de lactancia, beneficios de la LM.

Palabras claves: cuidado, recién nacido, madre adolescente.

ABSTRAC

This research entitled "Knowledge of adolescent mothers about caring for the newborn treated at the Health Center Base - Comas. 2013 ". Whose overall objective was to determine the knowledge of adolescent mothers about caring for the newborn treated at the health center Base - Comas. 2013. Study quantitative, descriptive design, not experimental, applicative and cross-sectional level. The sample consisted of 37 pregnant teenagers. It was reached the following conclusions.

Of the total population of teenage mothers attended at the Health Center Base - Comas, more than half fluctuate between 17 and 19 years old, live with their partners, come from the mountains 9 teenage mothers are in secondary school. More than half of teenage mothers have knowledge about newborn care about hygiene, and food, and only 30% on early stimulation. Most teenage mothers know about the cleanliness of the body, cleaning the navel, but little knowledge about cleaning genitals, and cleaning the mouth demonstrating poor information and therefore inadequate hygiene increasing the health risks of newborn. Very few teenage mothers are knowledgeable about early stimulation in the newborn in the motor area, in the area of language, in the social area and coordination due to ignorance and lack of maturity and psychosocial development, being likely to limit the potential of the child and mother-child bonding. Teenage mothers have little knowledge about food in newborn care in relation to the type of breastfeeding benefits of MBF.

Keywords: care, newborn, teenage mother.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	42
2.4. Variables	42
2.4.1. Definición conceptual de la variable	43
2.4.2. Definición operacional de la variable	43
2.4.3. Operacionalización de la variable	43

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	44
3.3. Población y muestra	44
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	45
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	45
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	46
CAPÍTULO V: DISCUSION	52
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INDICE DE TABLA Y GRAFICOS

	Pág.
Tabla 1	
Perfil de las madres Adolescentes sobre el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013	47
Gráfico 1	
Conocimiento de las madres Adolescentes sobre el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013	48
Gráfico 2	
Conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado de la higiene en el recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013	49
Gráfico 3	
Conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado en la estimulación temprana del recién nacido atendido en el centro de salud Base – Comas. 2013	50
Gráfico 4	
Conocimiento de las madres adolescentes sobre la alimentación en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013	51

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el embarazo en adolescente es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicación para la salud de la madre y de su hijo. Según James E. Rosen aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres. El 95% viven en países en vías de desarrollo.

Casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal. Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida.

En América Latina, La madre adolescente presenta con mayor frecuencia trastorno hipertensivo en la gestación, menor ganancia de peso, anemia, parto prematuro, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalo pélvica, deserción escolar, alteración en el proceso familiar y alteración en el desempeño del rol materno. En cuanto al niño, el embarazo en adolescente predispone a un aumento de la morbi mortalidad, que está relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbimortalidad perinatal y en el primer año de vida. Por tanto, el profesional de enfermería debe realizar un abordaje global con el fin de prevenir la gestación en la población adolescente, impactar positivamente sobre la salud de esta población vulnerable y brindar cuidado oportuno y de calidad a la mujer embarazada. Este abordaje se debe realizar a través de sesiones educativas brindando conocimiento sobre sexualidad a la adolescente y sus implicancias que puede traer para ella, para su familia e incluso para el hijo, el ser madre en esta etapa de su vida.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años. La primera fase comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años conocida como la pubertad. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años.

En la actualidad, el embarazo en adolescente es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicación para la salud de la madre y de su hijo. Según James E. Rosen aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres. El 95% viven en países en vías de desarrollo.

En América Latina, La madre adolescente presenta con mayor frecuencia trastorno hipertensivo en la gestación, menor ganancia de peso, anemia, parto prematuro, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalo pélvica, deserción escolar, alteración en el proceso familiar y alteración en el desempeño del rol materno. En cuanto al niño, el embarazo en adolescente predispone a un aumento de la

morbimortalidad, que está relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbilidad perinatal y en el primer año de vida. Por tanto, el profesional de enfermería debe realizar un abordaje global con el fin de prevenir la gestación en la población adolescente, impactar positivamente sobre la salud de esta población vulnerable y brindar cuidado oportuno y de calidad a la mujer embarazada. Este abordaje se debe realizar a través de sesiones educativas brindando conocimiento sobre sexualidad a la adolescente y sus implicancias que puede traer para ella, para su familia e incluso para el hijo, el ser madre en esta etapa de su vida⁽¹⁾

Casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal. Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida.

La gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia. Hasta dos de cada tres fallecimientos de recién nacidos pueden evitarse si se aplican medidas sanitarias conocidas durante la primera semana de vida.

La práctica de la lactancia materna exclusiva ha estado en declive, por esto, en 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF crea y promueve que los hospitales brinden apoyo a la madre en la lactancia materna exclusiva. Publicaciones recientes sostienen que la tasa de amamantamiento exclusivo es muy baja en América Latina y el Caribe, como en casi todo el mundo. Esto pone en duda sobre qué tan efectivo resulta la promoción de un régimen alimenticio que en la práctica se sigue con muy poca frecuencia. ⁽²⁾

La lactancia materna estimula en el niño, su sistema de inmunidad y su respuesta a las vacunas, contiene centenares de enzimas y anticuerpos que refuerzan la salud Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. ⁽³⁾

La alimentación del lactante y del niño pequeño es una piedra angular de la atención prestada en materia de desarrollo infantil. En 2005, se estimaba que un tercio de los niños menores de cinco años en los países en desarrollo sufrían retraso del crecimiento como consecuencia de la mala alimentación y las reiteradas infecciones. Incluso en entornos de escasos recursos, el mejoramiento de las prácticas de alimentación puede redundar en un mayor aporte energético y de nutrientes, con efectos positivos en el estado nutricional.

En el 2010 había en el mundo alrededor de 20 millones de niños con malnutrición aguda, grave, haciéndolos vulnerables a las enfermedades y a la muerte prematura. A escala mundial, se estima que, en el 2010, 171 millones de menores de cinco años sufrían retraso del crecimiento. A nivel geográfico Más del 70% de las muertes de niños tienen lugar en África y Asia Sudoriental. Dentro de los países, la mortalidad es mayor en las zonas rurales y entre las familias más pobres y con menor nivel educativo.

Cada año mueren más de 3 millones de lactantes durante su primer mes de vida. Durante el primer mes, entre una cuarta parte y la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida, y un 75% durante la primera semana. Las 48 horas posteriores al nacimiento es el momento más importante para la supervivencia del recién nacido. Es en este periodo cuando se debe realizar un seguimiento a la madre y al niño para evitar y tratar enfermedades.

Se sabe que antes del parto, la madre puede mejorar las probabilidades de supervivencia y la salud de su hijo acudiendo a las consultas de

atención prenatal, vacunándose contra el tétanos y evitando el consumo de tabaco y alcohol.

El recién nacido sano no requiere de cuidado especial, pero si del cuidado básico para la supervivencia, debido a que es un individuo inmaduro que no puede satisfacer su necesidad por sí mismo, lo cual hace un ser totalmente dependiente de su madre, la que debe satisfacer su necesidad y velar por su salud, existen numerosos cuidados para el recién nacido tomar en cuenta, lactancia materna, higiene, termo regulación, signos de alarma, calendario de vacunación y estimulación temprana. Este conocimiento permite mejor cuidado; respecta a la lactancia materna, siendo un acto natural y fisiológico. Siempre se ha practicado desde los principios de nuestros días. La leche materna tiene todo el componente nutritivo que necesita el niño para crecer conservar la salud. Es una vía natural en la que se encuentra ácido graso poliinsaturado, que interviene en el desarrollo del sistema nervioso y visual. La alimentación con lactancia materna exclusiva, disminuye la tasa de mortalidad infantil principalmente en los países en desarrollo. Protege de enfermedad común como diarrea, infección de la vía aérea superior y otitis media aguda, además de infección en general. ⁽⁴⁾

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los conocimientos de las madres Adolescentes sobre el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los conocimientos de las madres Adolescentes sobre la higiene en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013?

- ¿Cuáles son los conocimientos de las madres Adolescentes sobre estimulación temprana en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013?
- ¿Cuáles son los conocimientos de las madres Adolescentes sobre la alimentación en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivos General

Determinar los conocimientos de las madres Adolescentes sobre el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013

1.3.2 Objetivos Específicos

-) Identificar los conocimientos de las madres Adolescentes sobre la higiene en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013
-) Identificar los conocimientos de las madres Adolescentes sobre estimulación temprana en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013
-) Identificar los conocimientos de las madres Adolescentes sobre la alimentación en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En los últimos 11 años la tasa de madres adolescentes en el Perú se mantiene casi sin variación, en 13%, y los casos más frecuentes suceden

en las regiones más pobres, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada el 2011 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El estudio revela además que la desnutrición crónica en niños menores de cinco años. Por lógica entendemos que no existe un conocimiento adecuado sobre algunos cuidados del niño

El presente trabajo de investigación busca saber cuáles son los Conocimiento Sobre el Cuidado del Recién Nacido en las madres Adolescentes en la higiene, alimentación, y estimulación temprana.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra, son solo las madres adolescentes que acuden al centro de salud base comas.

La segunda limitación es que los resultados obtenidos del presente estudio de investigación solo pueden ser aplicados para la población en estudio del centro de salud Base Comas.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

CARDOZO Johanna Paola realizó un estudio titulado “Conocimiento de la madre adolescente sobre el cuidado básico al recién nacido, localidad de ciudad bolívar, Bogotá. Colombia. 2008. Cuyo objetivo fue identificar los conocimientos que tienen las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido, de la localidad de Ciudad Bolívar. Bogotá. Colombia. En conclusión, teniendo en cuenta el planteamiento del problema, el proceso investigativo. Los objetivos y propósitos, la revisión de la literatura y el análisis de los resultados, se concluye en lo siguiente:

“Las madres adolescentes que hicieron parte de este trabajo de investigación en porcentaje de 48.4% y 45.2% se encuentran en edades entre 14 y 16 y 17 a 19 años respectivamente- haciendo referencia a etapa media y tardía de la adolescencia. Estas etapas del ciclo vital que ellas enfrentan se caracterizan por inmadurez y continuo desarrollo influyendo en la adopción del rol

materno y en los cuidados que se le brindan al recién nacido Sumándose a esta situación aproximadamente el 65% de las madres adolescentes que asistieron a la Unidad de Atención y Orientación a la población desplazada no han culminado sus estudios de secundaria, relacionado en gran medida por el promedio de edad en las que se encuentran En conclusión se encontró que el 45.2% tiene un conocimiento bajo". (5)

MORALESHaydee,realizo este estudio para optar el título de licenciada de enfermería“Conocimiento que tienen las madres adolescentes sobre el cuidado del niño y su relación con el desempeño del rol materno” Valencia. Venezuela. 2007. El objetivo fue establecer la relación que existe entre los conocimientos que poseen las madres adolescentes, que participan en el Programa de Prevención y Asistencia de Embarazos en Adolescentes (PASAE), sobre el cuidado del niño en sus factores: Nutrición, prevención de enfermedades y vínculo afectivo y el desempeño del rol materno en los mismos factores. Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo correlacionar y de corte transversal, con una población y muestra de 30 madres adolescentes que asistieron a la consulta de vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño en el (PASAE), a quienes se les aplicó un instrumento tipo encuesta mediante entrevista dirigida. Las conclusiones fueron:

“Las madres adolescentes entrevistadas, demostraron mayor dominio en el conocimiento relativo a nutrición del niño, cuando se le compara con el ejercicio del rol materno en el mismo factor, con una probabilidad de ($P \leq 0.05$) asociada a la t de Student de 5,387, resultando significativa. En cuanto al factor prevención de enfermedades, las madres adolescentes demostraron igual dominio en el conocimiento y en la práctica del rol materno siendo en este caso que la probabilidad ($P = 0.05$) que asociada a la T de Student de 2,079, no resultó significativa y en cuanto al factor

vínculo afectivo, la probabilidad fue de ($P = < 0.05$) siendo esta significativa al asociarla a la T de Student de 2,753, por lo que se infiere que las madres adolescentes entrevistadas evidenciaron mayor dominio del conocimiento relativo al vínculo afectivo cuando se le compara con el rol materno en el mismo factor". (6)

CHAPILLIQUEN Pérez Joanna Elizabeth realizó un estudio titulado "Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el instituto nacional materno perinatal. 2008" cuyo objetivo fue 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. Se llegó a las siguientes conclusiones:

"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 sí 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". (7)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

SÁNCHEZ Pinares Gloria Carmen, estudió titulado Efectividad de una dinámica grupal para madres adolescentes en el conocimiento y prácticas del cuidado del recién nacido en el Hospital. Nacional Hipólito Unanue Noviembre 2005 - Febrero 2006. Llegando a las conclusiones:

“El conocimiento de las madres adolescentes, del grupo experimental, sobre el cuidado de su recién nacido valorado en el pre test es bajo en el 28.1% y en el post test en mayor porcentaje mejora sus conocimientos y es regular medio en el 34.4%. Las prácticas de las madres adolescentes del grupo experimental en el pre test es inadecuada en el 32.8% cifra que mejora en el post test a adecuada en el 35.9 %”. ⁽⁸⁾

GALARZA H., Gutiérrez O, MUCHAYPIÑA R. Realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido y su relación con los factores socio culturales en madres Adolescentes primíparas Instituto Materno Perinatal. Lima, la población maestra estuvo constituida por 230 adolescentes la mayoría de las adolescentes primíparas tienen un nivel de conocimiento regular. Se concluyó que las variables grado de instrucción, experiencia cuidando niños menores de 1 mes, procedencia e información durante el embarazo influyen significativamente sobre el conocimiento de las madres adolescentes. Llegando a las conclusiones:

“Dentro del análisis de las características sociales de las madres encuestadas podemos destacar que gran parte de ellas se encuentra en la etapa de vida joven (56%), la mayoría tiene como grado de instrucción la secundaria completa (57,1%), además de que el tipo de familia que predomina es la familia extendida (71,4%), y el estado civil de ellas es la de conviviente (60,7%), la ocupación en la que más se desempeñan las madres es la de

amas de casa (38.1%), y gran porcentaje de ellas refiere no haber recibido información acerca del cuidado del recién nacido por parte del personal de salud (64,3%), finalmente más de la mitad consideran quien les brindo más información acerca del cuidado del recién nacido fueron sus familiares (60,7%)”.⁽⁹⁾

DELGADO Zavaleta Rocío del Pilar, Realizo un estudio Conocimiento materno sobre cuidados mediatos y signos de alarma del recién nacido. Chacas – Perú. Las madres que acuden al Hospital “Mama Ashu” de Chacas se observa la carencia de conocimientos básicos en la atención de su recién nacido. El propósito de esta investigación está orientado, determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre cuidados y signos de alarma recién nacido. Planteando el siguiente problema científico: ¿Cuál es el nivel de conocimiento materno sobre cuidados mediatos y signos de alarma del recién nacido en el Hospital “Mama Ashu” de Chacas, 2009. Estudio de tipo cuantitativo, corte transversal con diseño descriptivo de una sola casilla. Se realizó con todas las madres cuyo parto fue atendido en el Hospital “Mama Ashu” de Chacas en el período de setiembre a noviembre del 2009 siendo un total de 82. A quienes se les aplico el Cuestionario de conocimientos maternos sobre cuidados mediatos y signos de alarma del recién nacido, utilizando la técnica de la observación y la entrevista. El procesamiento de datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 15.0 .Resultados: Se encontró que en las 82 madres entrevistadas se observa respecto al nivel de conocimiento sobre los cuidados mediatos y signos de alarma del recién nacido en el Hospital “Mama Ashu” de Chacas: el 65.9% (54) tuvieron un nivel de conocimiento regular, el 6.1% (5) nivel de conocimiento bueno y el 28% (23) nivel de conocimiento deficiente. Llegando a las Conclusiones:

“Finalmente se concluye que: El nivel de conocimiento de las madres sobre los cuidados mediatos y signos de alarma del recién nacido en el Hospital “Mama Ashu” de Chacas, en mayor porcentaje tienen un nivel de conocimiento regular, y en menor porcentaje un nivel de conocimiento deficiente y bueno. Palabras Claves: Conocimiento Materno; Cuidados mediatos y Signos de alarma del recién nacido”. ⁽¹⁰⁾

GONZALES Arangen su investigación educación a madres primíparas de adolescentes sobre el cuidados en el recién nacido en el instituto nacional materno perinatal lima 2001 esta investigación tuvo como objetivo identificar la influencia de la educación brindada sobre cuidado en el Recién Nacidos en los conocimientos y actitudes de primíparas adolescentes para determinar la efectividad el contenido educativo se aplicó la prueba los refutados mostraron un aumento en formas tanto en el nivel de conocimiento, como en el de actitud. De todo lo expuesto. Llegando a la conclusión:

“La educación que se brinda a la primípara influye en los conocimientos y actitud frente a los cuidados del Recién Nacido En el instituto nacional materno peri nata de un total de 16987 nacimientos que hubo en el año 2007 el 15.2% (2588) fueron madres adolescentes cuyas edades fluctúan entre (15 a 19) y en la actualidad encontramos que hay un 13.48% de madres adolescentes que representa.

Las madres adolescentes embarazadas son de alto riesgo, porque estos jóvenes no están preparado anatómicamente ni psicológicamente para asumir la responsabilidad de ser madre ni para el cuidado de sus recién nacidos, si a ello agregamos que muchas embarazadas terminan en casaría o por lo general los recién nacido son prematuros tienen alguna enfermedad congénita, estos acontecimientos estos acontecimientos requieren de

muchas disposiciones de aprender de esta madre adolescente. La madre adolescente no tienen responsabilidad adecuada del cuidado de recién nacido debido a su inmadurez física psíquica y por ello a

veces demuestran actitud negativa frente al recién nacido.

Considerando este aspecto muy importante sobre el cuidado de enfermería del recién nacido, observamos que en el (INMP) que las madres adolescentes presentan temor miedo y muchas inquietudes de conocer así mismo otras madres presienten negativismo de acercarse a su hijo, y rechazo al momento de realizar su cambio de pañal. Así mismo favorecerá al personal de enfermería y por ello nuestra propuesta se fundamentara en el estudio sobre el cuidado de recién nacido en el proceso del desarrollo, adaptación a la vida extrauterina con el propósito de lograr".⁽¹¹⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Conocimiento

La enseñanza y aprendizaje son procesos recíprocos, la enseñanza facilita el proceso de aprender, el que asume el papel de maestro va a ayudar a quien aprende a que adquiera el conocimiento, habilidades y las actitudes que necesita para aprender, no sólo va a proporcionarle información, sino también le ayudará a cambiar sus opiniones y sentimientos, el aprendizaje es un proceso activo que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, es decir se da durante toda la vida, o formal mediante una serie de experiencias de aprendizaje determinados que se orientan hacia el logro de metas específicas; es por ello que se dice que el aprendizaje origina cambios en el proceso de pensamiento y las acciones o actitudes de la persona quien aprende

Salazar Bondy define el conocimiento como un acto y un efecto o producto; el conocimiento es un proceso mental, una actividad humana, orientada a reflejar la realidad objetiva en la conciencia del hombre; el conocimiento como efecto se adquiere a través de los actos de conocer, se puede acumular, transmitir y derivas de unas de otras no son subjetivas y pueden definirse gracias al uso del lenguaje.

Henry Walon lo define el conocimiento "como los datos e informaciones empíricas sobre la realidad y del propio individuo, es decir conocimientos inmediatos situacionales útiles y de tipo hábitos o costumbres que hacen factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado"

Formas de adquirir conocimiento:

- Conocimiento Directo: Aquel que se obtiene en la experiencia, en la práctica a través de los sentidos
- Conocimiento Indirecto: Aquel que obtiene a través de segundas o terceras personas

Características del conocimiento:

- El conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto como pueda ser un libro. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento.
- El conocimiento puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad).
- Conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones efectivas.
- El conocimiento es el reflejo de la realidad en el cerebro a través de imágenes y sonidos.

- El conociendo es todo lo aprendido a través de la existencia humana de cada ser humano

2.2.2. La Adolescencia

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se remarca su inicio entre 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud entre los 10 y los 24 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años.

Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años.

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la identidad psicológica, identidad sexual, así como de la de autonomía individual.

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer. Hasta entonces no ha escogido a sus seres queridos. Al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares. Después, de alguna manera, sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos. Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa. Llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. Esto debido a la llegada del pensamiento abstracto que le permite desarrollar su capacidad para relativizar. La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos. El adolescente está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año. ⁽¹²⁾ La OMS define la *adolescencia* como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la *adolescencia*

temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la *adolescencia tardía*, de los 15 a los 19 años.⁽¹³⁾ Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto.

Características del desarrollo adolescente

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson consideran que la adolescencia abarca desde los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años. (14) Según Erik Erikson, este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad, define al individuo para toda su vida adulta quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. (15) Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo etc.

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de los caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona folículoestimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.¹⁶

Características del desarrollo en las Mujeres

El primero cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años; puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo, es cualitativo: la areola se hace más oscura y más grande, y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica, y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores, y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Suele comenzar a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios, y se extiende hasta el monte de Venus, y alcanza la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (aproximadamente entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y el vello corporal aparecen más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y aumenta la cantidad de folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en

tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño, y aumenta el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen, para cubrir el introito. La vagina alcanza una profundidad de 8 cm y, luego, de 10–11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la primera menstruación (conocida con el nombre de menarquia o menarca).

Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia (aparece el bacilo de Doderlein), la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración. Por último, en las mujeres que nacen con himen, éste se engrosa y su diámetro alcanza 1 cm.

La menarquía o menarca, es la primera menstruación, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que, visto al microscopio, tiene aspecto de hojas de helecho. La menarquía tiende a presentarse a los 11 o 12 años. Se denomina pubertad precoz cuando aparece de manera anormalmente temprana (8-10 años).

Características de desarrollo en los Varones

Los testículos prepuberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta por la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.

La espermatogénesis es decir, la producción de espermatozoides se detecta histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera eyaculación o espermarquia es entre los 12 y los 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumentan de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparecen las emisiones nocturnas.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, donde se aprecia más grueso y rizado. Puede comenzar a aparecer el vello axilar y, en ocasiones, en el labio superior (bigote). El vello en los brazos y en las piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años. Aumenta la actividad apocrina es decir, de la secreción de las glándulas suprarrenales con la aparición de humedad y olor axilares, igual que el acné, típico de esta etapa de la vida.

2.2.3. El recién nacido

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.⁽¹⁷⁾

Características de un recién nacido. La cabeza que es la porción más grande y está conformada por huesos blandos independientes esto permite que se deforme ligeramente al pasar por el estrecho canal del parto sin provocar lesiones, entre la unión de los huesos hay un espacio en forma de un rombo denominada fontanela anterior y otra posterior que miden 1 a 4 cm y 1 cm respectivamente, estas desaparecen cuando se cierran los huesos del cráneo generalmente entre los 12 y los 18 meses para

la fontanela anterior y a los 6 meses para la fontanela posterior.
(18)

La piel tiene un color rosa púrpura por la baja concentración de oxígeno en su sangre. Después que su respiración se estabiliza cambia su color por el rosado, el pulso normal del recién nacido varía entre 120 y 150 pulsaciones por minuto, la presión sanguínea del recién nacido generalmente es baja, fluctúa entre 80/46mmhg al nacimiento y aumenta a 100/50mmHg a los 10 días de edad, (19)

Su cabello puede ser abundante o ralo, si fuera abundante puede tener vellosidades en la cara, orejas, espalda, etc. Los ojos bizcos son comunes durante el primer mes, sus músculos oculares se encuentran aún débiles e inclusive no les permite enfocar a distancia, su visión alcanza entre 20 a 25 cm. y va incrementando progresivamente. (20)

El muñón umbilical, inicialmente es blanquecino pero al secarse se oscurece se torna de color marrón oscuro, en el transcurso de dos semanas se desprende. Debido a la falta de tono muscular el abdomen aparece grande y flácido tiene capacidad gástrica de 57g (2 onzas), el elevado nivel de hormonas infundidos en la placenta hace que los genitales de los hombres y las mujeres se presentan abultados o hinchados, en el caso específico de las niñas, podrían tener una emisión vaginal con un poco de sangre. Los brazos y piernas son cortos, suelen estar flexionadas, con las manos cerca de la cara y las plantas de los pies, al tacto suelen sentirse fríos debido a la escasa circulación periférica, después del nacimiento. Durante los primeros días el neonato pierden el 10% del peso corporal, debido a la escasa nutrición, de igual modo y de manera progresiva se restablecen por el aumento de la leche materna, esto ocurre del quinto al décimo día, a partir de entonces, el peso aumenta de manera uniforme como promedio

25 g/día durante los primeros meses. Los cuidados al recién nacido son múltiples medidas terapéuticas que se aplica al recién nacido con el objetivo de prevenir cualquier alteración en el crecimiento y desarrollo. ⁽²¹⁾

El cuidado al recién nacido normal consiste en supervisar esta adaptación y que no se presenten factores que la alteren, para prevenir o anticiparse a los problemas. El cuidado compete a la madre, por eso es de especial importancia ayudarla a que comprenda los fenómenos fisiológicos que se presentan. ⁽²²⁾

Higiene

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.

Para tener una vida alimenticios y mantener una higiene tanto física como mental. La importancia de una higiene recae en consecuencias positivas como negativas a largo de nuestra vida y de los seres que nos rodean. El aseo corporal y la limpieza de su entorno. La pública es la que nos proporciona la sociedad o el gobierno, además de estos dos grupos se pueden clasificar en otros como higiene deportiva e higiene corporal. Cuyo fin es mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades o infecciones.

Se entiende como higiene: Algo que los individuos utilizan para ver se limpios utilizan jabón, champú y agua por su puesto. Pero a veces utilizan la higiene para tener relaciones. Las personas siempre se deben bañar para no contraer infecciones, pero no es

bueno que siempre nos lavamos la cabeza por eso existen los gorros de baño.

Técnica

Se hace primero el baño de la cabeza, poniendo el cuerpo del niño extendido sobre el antebrazo, el brazo entre las piernas y la cabeza en la palma de la mano; el lavado se hace con la otra mano. El baño del resto del cuerpo se efectúa poniendo la cabeza del niño en el pliegue del codo, apoyando el cuerpo en el antebrazo y sentado al niño en la palma de la mano; así se sumerge en la bañera y se lava con la otra mano. El secado debe hacerse con una toalla suave y en forma de toques delicados sobre la piel, con especial énfasis en el secado de los pliegues. El uso de aceites y lociones no es recomendable porque puede producir lesiones en la piel. Los talcos pueden reseca la piel y producir problemas respiratorios alérgicos. Las cremas deben ser muy suaves, con base en lanolina y se recomienda su uso solo cuando la piel este enrojecida y con fisuras.

Cuidado de la zona peri anal.

Los genitales femeninos se limpian con una mota de algodón húmeda que se desplaza de arriba hacia abajo, teniendo la precaución de desechar cada vez el algodón utilizado, para evitar la contaminación con materias fecales. Los genitales masculinos se limpian con una mota de algodón húmeda, corriendo el prepucio muy suavemente para remover las secreciones.

Vestimenta del Recién Nacido: Se recomienda que se elija según el clima y teniendo en cuenta que el niño es muy susceptible a las temperaturas extremas. Es aconsejable el uso de ropas cómodas y amplias para permitir el libre movimiento del niño, ojala confeccionadas con telas de algodón, y, en lo posible,

desprovistas de botones, ganchos o broches que lo pueden molestar. En general, no se recomienda utilizar la lana ni las fibras sintéticas, porque pueden producir alergias; pero si por las condiciones climáticas es necesario su uso, se debe proteger la piel con ropa de algodón por debajo.

Eliminación intestinal y vesical del recién nacido. Los pequeños orinan de seis a ocho veces al día, la orina debe ser inodora e incolora

Eliminación intestinal y vesical del recién nacido.

Los pequeños orinan de seis a ocho veces al día, la orina debe ser inodora e incolora el recién nacido de posesión de meconio los primeros días de vida, después alrededor de tercero o cuarto días las heces comienza 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.

Cuidados del cordón umbilical

El muñón umbilical se aseaa traicionándolo hacia arriba suavemente y limpiando en forma circular (de adentro hacia fuera) todo el borde con un aplicador humedecido en alcohol al 70% (este procedimiento debe hacerse todos los días). Cuando caiga, usualmente entre la primera y segunda semanas, la cavidad se debe limpiar con agua y jabón, teniendo la precaución de hacer un buen secado.

Estimulación Temprana

El término de Estimulación Temprana aparece reflejado en sus inicios básicamente en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, enfocado como una forma especializada de atención a los niños (as) que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social, y en el que se privilegian a aquellos que provienen de familias marginales, carenciales o necesitadas. Es decir, como una forma de estimulación a los niños (as) discapacitados, disminuidos o minusválidos.

De esta manera la concepción de estimulación temprana no surgió como algo necesario para todos las niñas (os), sino para aquellos carenciales, con limitaciones físicas o sensoriales, con déficit ambientales, familiares y sociales, lo cual va a tratar en el curso de los niños, y cuando ya la estimulación en las primeras edades se valora para todos los niños (as).

Algunos datos sugieren que los programas de estimulación temprana no solamente resuelven el déficit o carencia en el momento, sino que pueden tener efectos educativos de larga duración, lo cual está dado por supuesto, por su aplicación en el momento necesario, por realizarse en los períodos sensitivos del desarrollo.

- **Estimulación auditiva.** El recién nacido oye y le agrada escuchar la voz de sus padres, por lo que, para estimular su audición, es aconsejable hablarle con voz normal mientras se le mira a la cara, llamarlo por su nombre y repetir los sonidos que emita. Una de las formas más agradables de estimular la audición es la música; se recomienda música suave, alegre, infantil, la de su país y a un volumen bajo. Existen dos momentos claves para utilizar la música: a la hora del baño,

momento en el que el niño se encuentra en estado de alerta, para que la entrega musical se perciba conscientemente, y antes de dormirse, periodo en el que inconscientemente está más receptivo, se captan más las vivencias y se ayuda a inducir la relajación; para el momento antes de dormir, es preferible utilizar las canciones de cuna.

- **Estimulación visual:** Se recomienda ofrecer al niño ofrecer objetos llamativos para que los mire, moviéndolos en diferentes direcciones. Igualmente, se debe cambiar la posición de la cuna para que vea los diferentes ángulos del cuarto, lo que a su vez hace que su cabeza tenga una conformación más redondeada. Se recomienda mostrarle al niño objetos con colores verde y rojo preferentemente, pues estos colores estimulan las células de la retina y además son los primeros que los niños logran descubrir; a esta percepción inicial sigue la del azul hacia los tres meses, y la del amarillo a los cuatro meses.
- **Estimulación olfatoria:** El recién nacido tiene un olfato poco desarrollado y necesita algunos días para aprender el olor de su madre; tiene preferencia por los olores agradables y sus principales estímulos son el olor de la leche materna y el olor de sus padres.
- **Estimulación gustativa.** El recién nacido puede diferenciar varios sabores y entre ellos prefiere lo dulce a lo amargo o ácido; el sabor más significativo es el de la leche de su madre, por lo cual la mejor manera de estimular el gusto de los niños es la lactancia materna.

- **Estimulación social.** El recién nacido es un ser social en desarrollo que debe vivir el proceso de socialización para poder actuar en la cultura en la que le tocó nacer. Para estimular este proceso, se le debe facilitar al niño el contacto con su familia y con las personas que vayan a visitarlo. En general, se debe estimular su participación activa con la familia y llevarlo a la casa de sus parientes y amigos. ⁽²³⁾

Alimentación

Una buena alimentación es vital para que el niño crezca sano y fuerte. Comer bien afecta no sólo a su crecimiento físico, sino también a su desarrollo intelectual.

Una correcta alimentación del niño durante los primeros años de vida puede repercutir positivamente en su estado de salud, así como en su habilidad para aprender, comunicarse con los demás, pensar y racionalizar, socializarse, adaptarse a nuevos ambientes y personas y, sobre todo, en su rendimiento escolar. Una buena alimentación puede influir notablemente en su futuro.

La alimentación es la base necesaria para un buen desarrollo físico, psíquico y social de los niños. Por ello, una dieta saludable es vital para que su crecimiento sea óptimo. Es recomendable no abusar de las grasas vegetales y comer al menos, cinco veces al día frutas y verduras. Una buena nutrición y la práctica de ejercicio es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños de por vida. La ingesta de nutrientes es distinta en función de las distintas etapas de su evolución.

Una buena nutrición y una buena salud están directamente conectadas a través del tiempo de vida, pero la conexión es aún más vital durante la infancia. Durante este período, los niños

pueden adquirir buenos hábitos alimenticios en lo que se refiere a la variedad de los alimentos y al sabor de las comidas.

Los efectos de la desnutrición en la primera infancia (0 a 8 años) pueden ser devastadores y duraderos. Pueden impedir el desarrollo intelectual, el rendimiento escolar y debilitar la salud de los niños.

La leche materna

La leche humana ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida, contiene características propias que la diferencian significativamente de otras leches. La leche materna se considera generalmente la mejor fuente de nutrición para los niños, ya que contiene nutrientes necesarios para su desarrollo, es limpia, además ofrece protección inmunológica específica contra las bacterias, virus, hongos y genera el vínculo madre-hijo. Se distinguen: la leche de pre-término, el calostro, la leche de transición y la leche madura. El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro tiene 2g/100ml de grasa, 4g/100ml de lactosa y 2g/100ml de proteína. Produce 67Kcal/100ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El beta caroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. En el calostro la concentración promedio de IgA y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción

diaria de 2-3g de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente. De igual manera el calostro facilita la eliminación del meconio, la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido, los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos, permite al niño organizar progresivamente la succión, deglución, respiración.⁽²⁴⁾

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4 y el 15 día postparto. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento.⁽²⁵⁾

Los principales componentes de la leche son: un 88% de agua y su osmolaridad es semejante al plasma, permitiendo al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico, además posee una concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml) hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas.⁽²⁵⁾

Según estudios realizados se puede afirmar que las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado. La leche de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella.⁽²⁶⁾

La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero. La caseína está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. En tanto las proteínas del suero son entre otras: alfa-lacto albúmina (de alto valor biológico para el niño), ceroalbúmina, beta-lacto globulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas.⁽²⁷⁾

Las inmunoglobulinas de la leche materna son diferentes a las del plasma, tanto en calidad como en concentración. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna. La IgG es la más importante del plasma y se encuentra en una cantidad 5 veces mayor que la IgA. La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifica progresivamente hasta llegar al nivel que se mantendrá en la leche madura, más o menos a los 14 días postparto. La IgA protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente. La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferro dependientes (*E. Coli*), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño.⁽²⁷⁾

La lisozima constituye un factor antimicrobiano no específico. Tiene efecto bacteriolítico contra Enterobacteriaceae y bacterias Gram positivas. Contribuye a la mantención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorias. Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y provienen del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales.⁽²⁷⁾

La taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjuguar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina. La cistina es otro aminoácido que está combinado con la metionina en una proporción de 2:1, específica para la leche humana.⁽²⁷⁾

El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa. La lactosa parece ser un nutriente específico para el primer año de vida, ya que la enzima lactasa que la metaboliza sólo se encuentra en los mamíferos mientras se alimenten con leche materna. La lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central. La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. El crecimiento del lactobacillus es promovido por el factor bífido, un carbohidrato complejo con contenido de nitrógeno, que no está presente en los derivados de leche de vaca.⁽²⁸⁾ La grasa es el componente más variable se

encuentra en una concentración desde 2g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5g/100ml a los 15 días post parto. De ahí en adelante siguen siendo relativamente estables.⁽²⁸⁾

La concentración de vitaminas en la leche es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre. La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna. La concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca y en el calostro es el doble que en la leche madura. La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento. El contenido de vitamina E en la leche cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas polinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E. El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml.⁽²⁸⁾

La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna. En general el niño alimentado por la leche materna presenta pocos riesgos de deficiencia o exceso de minerales traza.⁽²⁹⁾

Estudios recientes comprueban que la leche materna, además de ser una fuente nutritiva, ejerce un control sutil del metabolismo, desde la división celular hasta la conducta del niño, desde el

desarrollo de las mamas y el mantenimiento de su función, hasta la protección inmunológica de las mismas.⁽²⁹⁾

Lactancia materna exclusiva.

La lactancia materna exclusiva es lo único que debe tomar el bebé durante sus seis primeros meses de vida, porque por sí sola es el mejor alimento y la mejor bebida. La leche materna es más alimenticia que otras leches y tiene todo lo que el bebé necesita para crecer y desarrollarse, debido a su ventaja fisiológica, inmunológica, higiénica, psicológica y económica. Calma la sed no necesita darle “agüitas”, jugos o caldos ya que el agua contenida en la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades de líquidos del niño, incluso en los climas secos y calurosos. La introducción de estos elementos atentan contra una lactancia materna exitosa y contribuye a incrementar el riesgo de enfermedades infecciosas. No existe ningún sucedáneo o sustituto artificial que pueda igualar su calidad.⁽³⁰⁾

La Organización Mundial de Salud (OMS), recomienda que todos los niños reciban lactancia materna exclusiva a partir del nacimiento durante los seis primeros meses de vida, sin adición de líquidos u otras leches y que continúen con la lactancia materna junto con los alimentos complementarios adecuados hasta los dos años de vida a la que se denomina Lactancia Materna prolongada.⁽³⁰⁾

Importancia de lactancia materna exclusiva

Se refiere a la conveniencia de esta tanto para la madre como el niño; en sus funciones fisiológicas, en el desarrollo psicológico y en la relación afectiva entre ambos.

El contacto que se establece en la lactancia materna, fortalece el vínculo entre la madre y el niño, ya que es un momento íntimo, hermoso. Esta relación hace que la madre se interese más en su hijo, lo conozca mejor, lo descubra y cuide.

Si la madre brinda lactancia materna desde que el niño nace no tendrá problemas por la falta o cantidad insuficiente de producción de leche, en tanto la madre no presentará temor porque ella sabrá que, a mayor succión mayor producción de leche.

La lactancia materna brinda al niño protección inmunológica, el calostro y la leche madura contienen: agua, leucocitos, factor lático, lisosoma, que son sustancias activas que protegerán al niño de alergias e infecciones.

Es importante que la madre conozca los beneficios que brinda el permanecer con sus niño desde el nacimiento en todo momento (día y noche) porque responderá a las necesidades que su niño demande, podrá darle calor y alimentarlo cuando ella quiera, no existe ningún peligro que el neonato duerma en la misma cama de la madre, así se previene problemas en la lactancia materna exclusiva.⁽³⁰⁾

Ventajas de la lactancia materna exclusiva

La leche materna no puede ser igualada por ningún producto industrializado y/o fórmulas alternativas de alimentación para el lactante, porque contiene todas las sustancias nutritivas necesarias para lograr un crecimiento y desarrollo óptimo, y en la madre, la seguridad de una adecuada alimentación.

Amamantar tiene muchas ventajas. Aún si sólo puede hacerlo por un corto período de tiempo, la leche materna beneficia al sistema inmunológico de su bebé. A continuación aparecen muchas otras ventajas de la leche materna para la madre, el bebé y otros: Las

mujeres tienen la oportunidad de protagonizar un maravilloso proceso natural iniciado al concebir, y luego, llevar el embarazo, dar a luz y amamantar al bebé. ⁽³⁰⁾

Ventajas de la lactancia materna exclusiva para la madre

Favorece que el útero después del embarazo, vuelva a su tamaño normal en menor tiempo. Recuperación hemática por ausencia de menstruación. Disminuye el riesgo de cáncer de mama, ovarios. Disminuye el sangrado durante el puerperio, por la contracción uterina que se produce durante el proceso del amamantamiento y acción de la oxitocina. Evita un nuevo embarazo en forma casi segura hasta los 45 días después del parto y prolonga el periodo Inter – natal siempre y cuando la lactancia sea día y noche, así se logra mayor producción de prolactina, debido al estímulo y frecuencia de la succión inhibiendo en tal forma la ovulación. Es un anticonceptivo natural durante la lactancia materna exclusiva. Eleva la autoestima de la madre, disminuyendo la tristeza y/o depresión post parto.

Ventajas de la Lactancia Materna Exclusiva para el Lactante

La leche materna se adapta a las necesidades digestivas del bebé, evolucionando su composición y requerimiento en función de sus necesidades.

El fluido biológico de la leche materna beneficia a niño de manera óptima por su función nutritiva y protección para los bebés prematuros en relación a infecciones, alergias, además de elevar el coeficiente intelectual. La lactancia materna es la forma más apropiada de alimentación del niño desde su nacimiento, por ello se recomienda que sea exclusiva hasta los 6 meses y complementada por otros alimentos hasta los dos años de edad. En relación a las ventajas inmunológicas son bien conocidas

hasta los primeros 6 meses de vida, pero la protección frente a muchos patógenos se alarga hasta los 2 años y medio. ⁽³⁰⁾

Protección contra enfermedades.

Enfermedades gastrointestinales: Confiere protección contra patógenos específicos del intestino como Rotavirus, Campylobacter jejuni, Clostridium difficile, Giardia lamblia, Salmonella typhimurium, especies de Escherichia, Shigella y Vibrio cholerae.

Enfermedades respiratorias y otitis media: La lactancia materna exclusiva protege contra las infecciones de las vías respiratorias altas, principalmente la otitis media. En varios estudios se ha demostrado también que la frecuencia y gravedad de las infecciones de las vías respiratorias bajas como la neumonía, bronquitis y bronquiolitis disminuye en los lactantes alimentados con leche humana.

Otras infecciones: La leche humana protege contra la enterocolitis necrosante en lactantes de pretérmino y contra la bacteriemia y meningitis causada por Haemophilus influenza tipo B.

Disminución de la inflamación: La leche materna protege al lactante y a la glándula mamaria contra ciertos agentes patógenos, sin producir efectos inflamatorios.

Estimulación de la inmunidad: Hay evidencias epidemiológicas y experimentales de que la leche materna afecta la inmune modulación a largo plazo y los lactantes corren menor riesgo de padecer enfermedades alérgicas, trastornos digestivos crónicos, Diabetes mellitus tipo 1, enfermedad de Crohn y linfoma. Además, las concentraciones de anticuerpos neutralizantes para el polisacárido Hib, la vacuna del poliovirus oral y el toxoide de la

difteria, en respuesta a las vacunas aplicadas en la infancia, son más altas en los bebés alimentados con leche materna.

La leche humana se adapta a las necesidades nutricionales del lactante, contiene lípidos que representan su principal fuente de energía, ya que le proporcionan triglicéridos, ácidos grasos esenciales imprescindibles para el crecimiento y desarrollo del cerebro, retina y los centros auditivos, y cumple también con funciones estructurales de la membrana celular y síntesis de prostaglandinas.

Ventajas Psicológicas de la Lactancia Materna Exclusiva

Durante el embarazo, la unión entre madre e hijo es continua. Por ello, tienen singular importancia las primeras horas de vida del bebé. En este sentido, la iniciación precoz de la lactancia proporciona una experiencia especial de vinculación afectiva entre la madre y su hijo. La lactancia estimula los sentidos. El íntimo contacto corporal permite al bebé reconocer el olor de su madre. El contacto visual y corporal entre madre y el bebé durante la lactancia promueve el vínculo afectivo, se ha postulado que este contacto es muy importante en el desarrollo psicológico del niño, favoreciendo una sensación de seguridad y una imagen personal positiva. Porque este proceso de contacto físico facilita el desarrollo de la unión, mediante la interacción íntima que se establece entre madre e hijo reforzando los lazos afectivos de ambos, estableciéndose una vinculación especial que aporta confianza y sensación de protección. ⁽³¹⁾

Ventajas antiinflamatorias de la lactancia materna exclusiva

Investigaciones recientes señalan propiedades antiinflamatorias de la leche materna, ya que minimiza los mecanismos de inflamación, incluyendo el sistema de coagulación y el sistema

fibrinolítico y calicreina. La leche materna es muy rica en anticuerpos, que protege al bebe de enfermedades exteriores. Se ha comprobado, como el amamantamiento durante un periodo mínimo de 6 meses contribuye a una incidencia menor de enfermedades. Previene diarreas. Disminuye el riesgo de meningitis, infecciones digestivas, infecciones urinarias, infecciones respiratorias, neumonías, otitis entre otras patologías. Cuando el niño nace, sale da un ambiente estéril y estable, a uno hostil, necesitando adaptarse rápidamente para sobrevivir. Es por esta razón que la naturaleza ha dotado a las madres la capacidad de producir una leche especial durante los primeros días después del parto, el calostro. Esta leche aparentemente secretada en pequeños volúmenes, contiene una gran cantidad de inmunoglobulinas que proporcionan al niño las defensas necesarias que lo protegen mientras que su propio sistema inmunológico madura. La leche materna es limpia y pasa directamente de la mama a la boca del bebé y no es contaminada por la falta de limpieza que podría ocurrir con el biberón. ⁽³¹⁾

Ventajas de la LME - Familiar y Social

La Lactancia Materna refuerza los lazos afectivos en la familia, promueve el cuidado de los hijos, previene el maltrato infantil y el retraso de nuevos embarazos. Con este tipo de alimentación la familia obtiene ventaja económica al no gastar en leche artificial, biberones, envases, etc., con un menor costo en la salud de sus integrantes, repercutiendo en todas las sociedades, ya que disminuye la morbilidad infantil en el mundo y la mortalidad en los países en vías de desarrollo. La lactancia disminuye los gastos médicos. Los gastos médicos totales para el país son menores para bebés amamantados por completo que para aquellos que nunca lo fueron, porque los bebés amamantados necesitan

menos visitas al médico por enfermedad, menos medicamentos y menos internaciones.

La lactancia contribuye a tener una población activa más productiva. Las madres que amamantan pierden menos días de trabajo, ya que sus bebés se enferman con menor frecuencia. Los costos médicos para los empleadores también son menores y la productividad de los empleados es mayor. La lactancia es mejor para el medio ambiente porque hay menos basura y menos residuos plásticos comparados con los que producen las latas de fórmula y los suministros para biberones.⁽³¹⁾

Desventajas de la lactancia materna exclusiva

Están relacionados con su aceptación social, a la mayoría de las mujeres les avergüenza dar de mamar fuera de casa es muy incómodo. Si una mujer quiere o necesita trabajar y no tiene guardería en su centro laboral, esta circunstancia puede presentar un grave problema, sin embargo si la jornada no supera las ocho horas deberá dejar el pecho a su bebé. Otros posibles problemas conciernen a la relación de la mujer con su marido. La lactancia constituye una actividad física tan íntima que la mujer puede sentir la tentación de proteger celosamente su relación con el bebé de forma que el padre se sienta marginado y esta sensación puede ser causa de celos.⁽³¹⁾

Extracción manual de la Leche

Antes de empezar con la extracción se debe lavarse las manos cuidadosamente Sentada o de pie mantener el recipiente cerca al pecho. Colocar el dedo pulgar sobre el pecho por encima del pezón y la areola, y el índice por debajo, opuesto al pulgar. Con los otros dedos sostiene el pecho. Presiona el pulgar y el índice ligeramente hacia adentro, hacia la pared torácica, evitando

presionar demasiado lejos para no ir a bloquear los conductos de la leche. Presionar el pecho que queda detrás del pezón y la areola que queda entre el pulgar y el índice. Debe presionar los senos lactíferos que quedan por debajo de la areola. Hacer presión y soltar, hacer presión y soltar. Esto no debe doler. Si es así la técnica está equivocada. Hacer presión en la areola de igual forma por los lados, para asegurarse que se está extrayendo leche de todos los segmentos del pecho. Extraer la leche de un pecho por lo menos 3 a 5 minutos hasta cuando el flujo disminuya, luego ordeñar el otro lado, y luego repetir en los dos lados. Explique a la madre que la extracción adecuada de leche toma aproximadamente unos 20 o 30 minutos, especialmente en los primeros días. Es importante no tratar de extraer la leche en un tiempo más corto. ⁽³¹⁾

Frecuencia de la Extracción la Leche Materna

Se debe comenzar a extraerse la leche en el primer día, dentro de las primeras 6 horas. Al comienzo podrá extraer solo unas gotas de calostro, pero esto ayuda a que se inicie la producción de leche. Ella debe extraerse tanta leche como pueda con tanta frecuencia como lo haría su bebe si estuviera mamando. Debe hacerse por lo menos cada dos horas, incluso durante la noche. Si ella se extrae la leche solamente una pocas veces, o si hay intervalos largos de tiempo entre una extracción y la otra, tal vez no pueda producir suficiente leche. ⁽³¹⁾

Conservación de la Leche: Se puede utilizar envase de vidrio o plástico limpio. El envase debe lavarse con agua caliente y detergente, dejándolo bien refrigerado. No es necesario hervirlo. La duración de la leche varía según el tipo de refrigeración usado. A temperatura ambiente dura 12 horas, en el refrigerador (no en la puerta) 72 horas, en el congelador (refrigerador de una puerta) 14 días y en el congelador (refrigerador de dos puertas) 3 meses.

Ramona Mercer, propone la necesidad de que los profesionales de la Enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal. Sus estudios se basan en la maternidad no tradicional en las madres adolescentes, madres añosas, madres enfermas y madres con niños portadores de defectos, familias que experimentan estrés ante parto, padres de alto riesgo y madres que sufren parto por cesárea, otros autores ya habían trabajado en este punto pero se centraban en la aceptación del embarazo y del primer mes después del parto, Mercer amplía este periodo hasta los doce meses después del parto. La adopción del rol maternal y que la interacción del niño y su madre son importantes en las primeras horas después del parto es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante el embarazo y proceso del parto, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de sus cuidados asociados a su rol. Una vez que se ha desarrollado el vínculo madre – hijo y se va acentuando con el pasar del tiempo un sentimiento de gratificación por parte de la madre “Es la satisfacción, el disfrute, el premio o el placer que la mujer experimenta al interactuar con su hijo y al realizar las tareas habituales propias de la maternidad.” La forma en que una madre define y percibe los acontecimientos viene determinada por un núcleo del sí mismo, relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Las respuestas conductuales de la madre están influidas, por la socialización de ella, por su nivel evolutivo y las características innatas de su personalidad. La identidad materna se desarrolla paralelamente a su vinculación y dependen el uno del otro. Concluyendo el rol materno es algo que debe aprender la madre y va a depender de su entorno social, familiar, cultural; es por eso que todos estos

factores afectaran de una manera u otra la lactancia materna exclusiva actividad principal del rol materno.⁽³²⁾

Madeleine Leininger, considera que lo principal de la asistencia, el conocimiento y la práctica en la enfermería son los cuidados; en ellos incluye las actividades asistenciales, de apoyo o de capacitación dirigidas a una persona o grupo con necesidades evidentes o previsibles. Además, afirma que los cuidados culturalmente congruentes, son los que dejan al paciente convencido de que ha recibido unos “buenos cuidados” y son una poderosa fuerza sanadora para la salud.⁽³²⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Madre:** Es aquel ser vivo de sexo femenino capaz de engendrar la semilla de la vida. Pero madre va más allá de lo biológico es decir persona capaz de dar amor, ternura comprensión y seguridad.
- **Lactante:** Período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad.
- **Lactancia Materna Exclusiva:** es la única alimentación que recibe el bebé durante sus seis primeros meses de vida, sin agregar otro tipo de alimentación.
- **Cuidado:** Nos permite expresar la acción de asistir a alguien que por su corta o avanzada edad o por presentar un deficiente estado de salud necesita de una atención y vigilancia especial.
- **Recién nacido:** Bebés de menos de 28 días o en período neonatal.
- **Madre adolescente:** Es aquella persona que está dentro período comprendido entre los 10 y 19 que es madre a temprana edad.

2.4. VARIABLE

Unvariable= conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados al recién nacido

2.4.1. Definición Conceptual de la variable

Conjunto de información acerca de los cuidados del recién nacido en las madres adolescentes, proporcionando cuidado y seguridad física, comodidad y bienestar emocional en base a los conocimientos adquiridos ya sea por una enseñanza aprendizaje o por la experiencia.

2.4.2. Definición operacional de la variable

Es la actitud frente a los conocimiento sobre los cuidados del recién nacido es decir como practica día a día en asistir en el cuidado humano de una forma racional, lógica y sistemática. Conocer y como proporcionar el cuidado y seguridad física, comodidad y bienestar emocional.

2.4.3. Operacionalización de la variable

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
	<ul style="list-style-type: none">▪ Higiene▪ Alimentación▪ Estimulación	<ul style="list-style-type: none">▪ Aseo del cuerpo▪ Limpieza del ombligo▪ Limpieza de genitales▪ Limpieza de la boca ▪ Tipo de lactancia▪ Beneficios▪ Frecuencia▪ Tiempo de alimentación ▪ Área motora▪ Área de Coordinación▪ Área de lenguaje▪ Área Social

CAPÍTULO III METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo ya que observo los fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural, no experimental, de nivel aplicativo y de corte transversal.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio de investigación fue realizado en el Centro de Salud Base Comas, ubicado en el Jr. Santa Rosa 898 Km. 11 Av. Túpac en el distrito de Comas. Es un Centro de primer nivel que atiende a sus pobladores, cuenta con cuatro consultorios, uno de pediatría, medicina, gineco-obstetricia, cirugía, los programas de ESNI, CRED, TBC, funciona de lunes a sábado de 8am a 8pm.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 37 adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud Base Comas.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 37 adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud Base Comas.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario el cual contara con una introducción, instrucciones, datos generales, y contenido, orientado al logro de los objetivos.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a validación por 7 jueces expertos cuyos resultados serán analizados; las observaciones y sugerencias de los jueces expertos servirán para elaborar corregir y/o modificar el instrumento para luego ser sometida a una prueba piloto.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de los datos se pidió la autorización a las autoridades pertinentes, a fin de obtener las facilidades necesarias para la recolección de información, luego de su aprobación se realizaron coordinaciones con las gestantes para la encuesta.

Una vez recolectado los datos se elaboró el cuadro de códigos y puntajes con el paquete estadístico SPSS 19 a fin de procesar los datos y presentarlo en tablas y gráficos estadísticos.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados en forma manual y con el programa Excel agrupados de tal forma, que se presenta en la tabla y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta una tabla de perfil de las madres adolescentes sobre el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comasy luego los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a las 37 madres

Tabla 1

Perfil de las madres Adolescentes sobre el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013

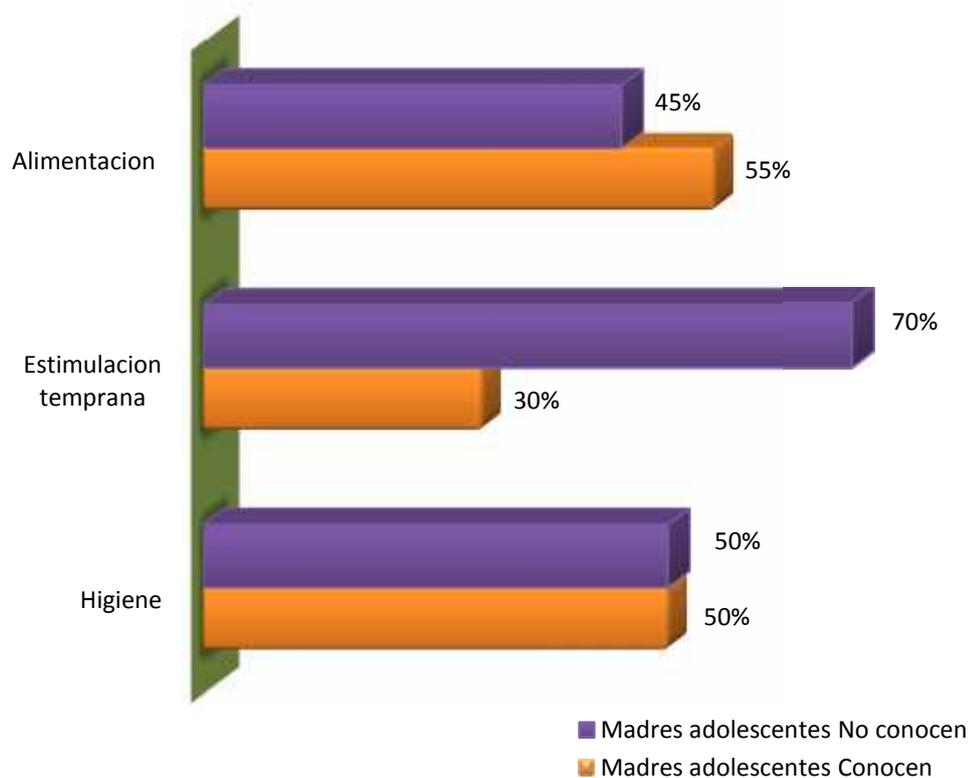
Perfil	Madres adolescentes atendidas en El CSB - Comas	
	f	%
Edad		
14 a 16	16	43%
17 a 19	21	57%
Total	37	100%
Con quien vive		
Padres	9	24%
Pareja	15	41%
Hermanos	8	22%
Sola	5	13%
Total	37	100%
Lugar de Procedencia		
Costa	15	41%
Sierra	13	35%
Selva	9	24%
Total	37	100%
Ocupación		
Ama de casa	11	30%
Empleada del hogar	9	24%
Estudiante	9	24%
Desocupada	8	22%
Total	37	100%

Fuente: Encuesta a las madres Adolescentes atendidas en el Centro de salud Base – Comas. 2013

Del 100% de la población de madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Base – Comas, en donde el 57% fluctúan entre los 17 y 19 años de edad, el 41% de las madres adolescentes conviven con sus parejas, el 35% son de procedencia de la sierra, el 24% están cursando estudios de secundaria.

Gráfico 1

Conocimiento de las madres Adolescentes sobre el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013

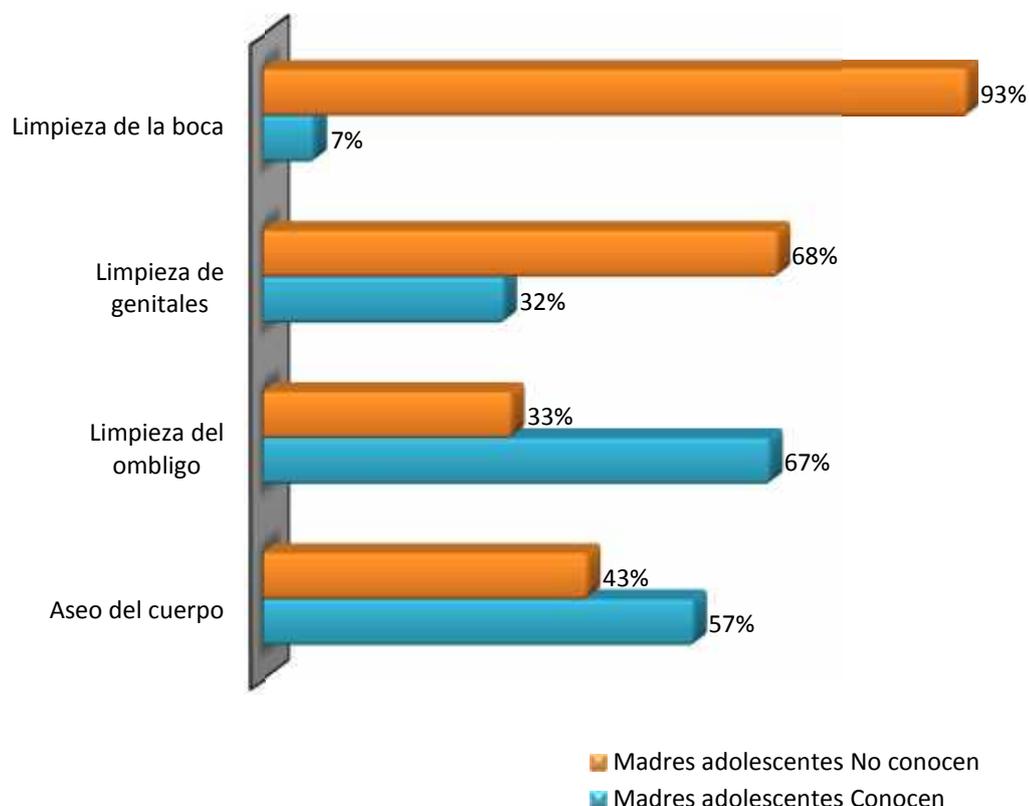


Fuente: Encuesta a las madres Adolescentes atendidas en el Centro de salud Base – Comas. 2013

El 50% de las madres adolescentes tienen conocimiento sobre el cuidado del recién nacido con respecto a la higiene, el 30% de las madres adolescentes tienen conocimiento sobre estimulación temprana y el 55% de las madres adolescentes tienen conocimiento sobre la alimentación.

Gráfico 2

Conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado de la higiene en el recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013

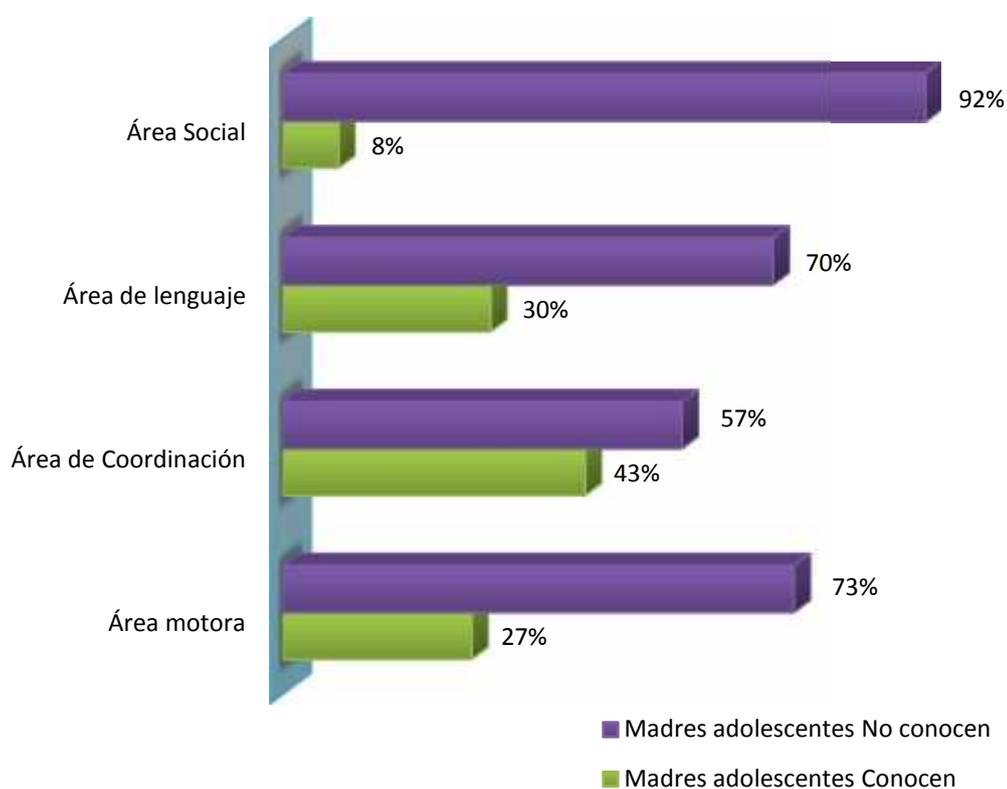


Fuente: Encuesta a las madres Adolescentes atendidas en el Centro de salud Base – Comas. 2013

El conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado de la higiene en el recién nacido se tuvo que el 57% tienen conocimiento sobre el aseo del cuerpo, el 67% tienen conocimiento sobre la limpieza del ombligo, el 32% tienen conocimiento sobre la limpieza de genitales, el 7% sobre la limpieza de la boca

Gráfico 3

Conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado en la estimulación temprana del recién nacido atendido en el centro de salud Base – Comas. 2013

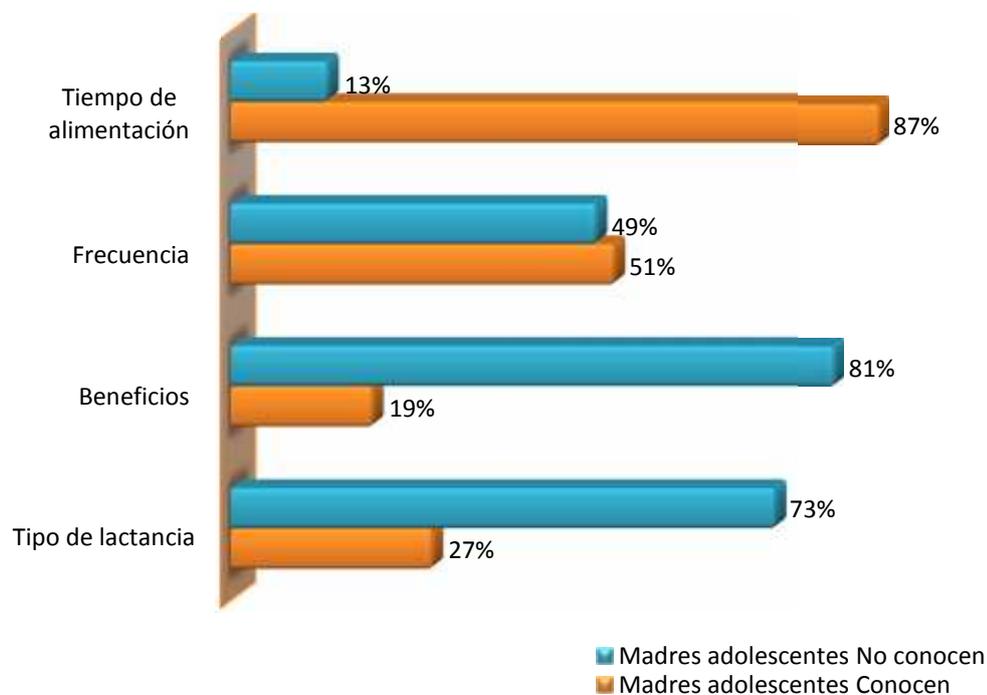


Fuente: Encuesta a las madres Adolescentes atendidas en el Centro de salud Base – Comas. 2013

El conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado en la estimulación temprana del recién nacido tenemos que el 27% tienen conocimiento sobre el área motora, 43% sobre el área de Coordinación, el 30% sobre el área de lenguaje, el 8% sobre el área Social.

Gráfico 4

Conocimiento de las madres adolescentes sobre la alimentación en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013



Fuente: Encuesta a las madres Adolescentes atendidas en el Centro de salud Base – Comas. 2013

El conocimiento de las madres adolescentes sobre la alimentación en el cuidado del recién nacido el 27% tienen conocimiento sobre los tipo de lactancia, el 19% sobre los beneficios de la LM, el 51% sobre la frecuencia de amamantamiento, el 87% sobre el tiempo de alimentación.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

Es muy importante la preparación y orientación de las madres antes del retorno a su hogar, más si estas son madres por primera vez, y así disminuir el riesgo de accidentes en el hogar. La madre adquirirá más confianza al reafirmar sus conocimientos o reducir sus dudas.

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. Es aún más importante en recién nacidos ya que están en un periodo de adaptación por lo que se encuentran en un riesgo constante de adquirir alguna infección o enfermedad si es que no se realiza adecuadamente la higiene se debe de comenzar con la cara, dar especial énfasis en los pliegues del cuello, axilas y pliegues inguinales, además de extremidades superiores e inferiores, no olvidar asear entre los dedos de manos y pies. Cada parte del cuerpo necesita unos cuidados e higiene específica que debe tenerse en cuenta, y más aún, en el caso de un recién nacido. La piel de los recién nacidos tiende a escamarse y es muy fina y delicada, porque aún no posee la estructura protectora típica de las pieles de los adultos. El cuidado del cordón umbilical se debe de realizar cada vez que cambia de ropa al RN, con alcohol de 70°. Después de la caída del cordón puede producirse un pequeño sangrado (normal). Es importante mantener el cordón umbilical limpio y seco para evitar infecciones. Las señales de infección

son el enrojecimiento, el mal olor o la presencia de secreciones. Mantenga el pañal del bebé doblado por debajo del muñón del cordón, para que esté aireado y la orina no lo humedezca. No deje gasa embebida en alcohol en la base del muñón. Paulatinamente el cordón adquirirá un aspecto oscuro, endurecido y arrugado, con la base rosada y seca. Una vez "caído" el muñón umbilical, no coloque sobre el ombligo cuerpos extraños como monedas o botones, tampoco utilice ombligueros. Existe la posibilidad de formarse pequeñas hernias, que suelen ser bien toleradas y de curación espontánea

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. El RN es sumamente sensible al contacto. Usted puede transmitir una sensación de calor y protección a su bebé sosteniéndole junto a usted cada vez que pueda. El niño se deleita y se conforta al escuchar el ritmo de los latidos del corazón de su madre. Su abrazo le da al RN la sensación de abrigo y seguridad que experimentaba en el útero. Su atención a las necesidades emocionales y físicas del niño durante el primer año favorecerá el desarrollo de una personalidad saludable. La hora de comer brinda una oportunidad excelente para satisfacer la necesidad que tiene el niño de que se le acaricie. Mientras se alimenta al pecho, el bebé experimentará un singular acercamiento físico y emocional hacia usted. Se establece así entre usted y su hijo un vínculo muy especial para satisfacción mutua. Como hay niños que les cuesta moverse espontáneamente y permanecen mucho tiempo en la misma postura, juntocon las enfermeras en el taller se desarrollan las posturas más idóneas y, así evitar ciertos vicios que el niño puede adquirir. Además debemos tener en cuenta que el niño no sólo es cuerpo, además es sensibilidad, visión, audición y sociabilidad. De ahí la importancia de estimular al niño en todas sus áreas de desarrollo (motora, cognitiva, social, lenguaje)

En la alimentación tenemos que la mejor es la leche materna para su RN, tiene ventajas efectivas higiénicas, de costo e inmunológicas. Si se alimenta con pecho materno exclusivo no necesita ningún otro alimento hasta después de los 6 meses de edad. Su leche puede demorar en bajar hasta 72 hrs, saliendo primero Calostro (ó suero) que también tiene importancia inmunológica por lo cual debe amamantarlo lo más precozmente posible después de su nacimiento. Dar pecho a su RN cuando lo requiera, siendo lo habitual cada 3 hrs mínimo, 7 veces al día. Cada succión (de cada pecho) debe durar aproximadamente 10 minutos, después debe sacarle los gases. Mientras se alimentan, los recién nacidos ingieren aire. En el estómago ese aire provoca plenitud y malestar. Esto puede hacer que su bebé deje de comer antes de tiempo. Hacerlo eructar favorece la expulsión del aire retenido en el estómago y mantenerse cómodo.

El Conocimiento sobre el cuidado del recién nacido que tienen las Madres Adolescentes en el Centro de Salud Base Comas concuerdan con los hallados por Joanna Elizabeth Chapilliquen Pérez en su estudio.

CONCLUSIONES

1. Del total de población de madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Base – Comas, más de la mitad fluctúan entre los 17 y 19 años de edad, conviven con sus parejas, proceden de la sierra, 9 madres adolescentes están cursando estudios de secundaria.
2. Mas de mitad de las madres adolescentes tienen conocimiento sobre el cuidado del recién nacido con respecto a la higiene, y la alimentación, y solo el 30% sobre estimulación temprana
3. La mayoría de las madres adolescentes conocen sobre el aseo del cuerpo, la limpieza del ombligo, pero poco conocimiento sobre la limpieza de genitales, y la limpieza de la boca evidenciándose una deficiente información y por ende una inadecuada higiene incrementando el riesgos para la salud del recién nacido
4. Muy pocas madres adolescentes tienen conocimiento sobre estimulación temprana en el recién nacido en el área motora, *en el área de lenguaje, en el área Social* y de coordinación debido al desconocimiento y la falta de madurez y desarrollo psicosocial, siendo probable limitar el potencial del niño y el vínculo afectivo madre- hijo.
5. Las madres adolescentes tienen poco conocimiento sobre la alimentación en el cuidado del recién nacido en lo referente al tipo de lactancia, beneficios de la LM.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere realizar estudios en donde se involucren a las adolescentes de menor edad.
2. Al personal de salud (enfermeras) hacer mayor énfasis en la higiene respecto a los genitales, boca, de esta manera promoveremos un mejor cuidado al recién nacido por parte de la madre.
3. Se sugiere implementar un programa de educación permanente a las madres en general en donde se impartan conocimientos sobre el cuidado del recién nacido desde la etapa prenatal y hacer el seguimiento en el puerperio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MARTINEZ, Esther. Cuidados del recién nacido. MapfreInformativo. <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/higiene-recien-nacido.shtml>.
2. Mi bebé y yo. El aseo del recién nacido. <http://www.mibebeyyo.com/bebes/1-3-meses/higiene-recien-nacido-491>.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/es/ (última entrada 9 Mayo 2016).
4. HAYA DE LA TORRE, Inés. “Las características de la interacción madre-bebe y el conocimiento sobre el desarrollo del niño en un grupo de madres adolescentes y sus bebés”. 2009. <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/46302>.
5. CARDOZO, Johanna. “CONOCIMIENTO DE LA MADRE ADOLESCENTE SOBRE EL CUIDADO BÁSICO AL RECIÉN NACIDO, LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR, BOGOTÁ D. C. PRIMER SEMESTRE DE 2008”. <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>.
6. MORALES, Haydee. “CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO DEL ROL MATERNO”. 2008. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1126/1/Conocimiento-que-tienen-las-madres-adolescentes-sobre-el-cuidado-del-nino-y-su-relacion-con-el-desempeno-del-rol-materno.html>.

7. CHAPÍLLIQUEN, Joanna. "Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-noviembre, 2007". Lima-Perú. 2009. <http://www.usj.es/sites/default/files/DI-017-1415%20Guia%20Practica%20para%20la%20Elaboracion%20de%20Bibliografias%20-%20Estilo%20Vancouver.pdf>.
8. **SÁNCHEZ Pinares Gloria Carmen**, estudió titulado Efectividad de una dinámica grupal para madres adolescentes en el conocimiento y prácticas del cuidado del recién nacido en el Hospital. Nacional Hipólito Unanue Noviembre 2005 –
9. GALARZA H., Gutiérrez O, MUCHAYPIÑA R. Realizaron un estudio titulado "Nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido y su relación con los factores socio culturales en madres Adolescentes primíparas Instituto Materno Perinatal. Lima, la población maestra estuvo constituida por 230 adolescentes
10. **DELGADO Zavaleta Rocío del Pilar**, Realizo un estudio Conocimiento materno sobre cuidados mediatos y signos de alarma del recién nacido. Chacas – Perú. Las madres que acuden al Hospital "Mama Ashu"
11. **GONZALES Arangen** su investigación educación a madres primíparas de adolescentes sobre el cuidados en el recién nacido en el instituto nacional materno perinatal lima 2001
12. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote [venusly1@hotmail.com]
13. Instituto Nacional Materno Perinatal Septiembre del 2008
14. Hola doctor. Cuidados, prevención e higiene cuando tratamos con niños y bebés: entrada en vigor 01 Abril 2011. <http://salud.univision.com/es/salud-infantil/cuidados-prevenci%C3%B3n-e-higiene-cuando-tratamos-con-ni%C3%B1os-y-bebes>.

15. Mi bebé y yo. El aseo del recién nacido. <http://www.mibebeyyo.com/bebes/1-3-meses/higiene-recien-nacido-491>.
16. Amamantar: una elección un deseo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Registro legal M.22.638-2008. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Leche_materna [fecha de acceso: 10 de marzo de 2011]
17. Sholdis L. tratado de enfermería 3era ed. Interamericana 2000 tomo 5. P
18. Grupo editorial océano / centrum, enciclopedia de la enfermería, edición original, Barcelona, España. 2000. p 906
19. Cunningham, Kenneth J, Leveno, Bloom, Stevn H, Jhon., gilstrap Larry, Katrarine W. "Obtetricia de williams" 22ª edición. Mexico D.F:2006.
20. Diccionario médico. Dr. Jorge Bello editorial Intermedio. Bogotá. 2001.
21. Perú: Disminuye la lactancia materna. http://www.redsemlac.net/web/index.php?option=com_content&view=article&id=997:peru-disminuye-lactancia-materna-y-se-triplica-venta-de-sucedaneosq&catid=49:medicina--salud&Itemid=68
22. Epistemología - Teoría del conocimiento <http://www.monografias.com/trabajos/epistemologia2/epistemologia2.shtml>
23. Perú: Disminuye la lactancia materna. http://www.redsemlac.net/web/index.php?option=com_content&view=article&id=997:peru-disminuye-lactancia-materna-y-se-triplica-venta-de-sucedaneosq&catid=49:medicina--salud&Itemid=68
24. Gestión del conocimiento.com, Publicado por Juan Carrión Maroto disponible en: http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm

25. ROSSENTAL – Iudin. “Diccionario Filosófico”. Perú 1987 Pág.161.
26. Stefania Mena. Beneficios de la Lactancia Materna. Universidad por el despertar. Disponible en: <http://nutricion-armonia.blogspot.com>
27. PERAZA Roque, Georgina. Lactancia Materna y Desarrollo Psicomotor. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(4):402-5. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_4_00/mgi18400.htm
28. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca Extraído y adaptado del Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995 Disponible en:<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf> [fecha de acceso: 10 de marzo de 2011]
29. Audrey Naylor Actualización sobre lactancia materna: composición de la leche materna. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp91310101sup.pdf>. [fecha de acceso: 12 de febrero del 2011]
30. TsuchidaMartines, Wilfredo. Lactancia materna: Cap. 12. la leche materna, tipos y composición. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-lactancia-materna-beneficios-leche-materna/leche-materna-tipos-composicion>. [fecha de acceso: 12 de febrero del 2011]
31. Composición de la leche materna. Disponible en: http://www.aeped.es/monografias/pdf/monografia_5_lactancia_materna.pdf. [fecha de acceso: 12 de febrero del 2011]
32. Composición de la leche materna. Disponible en: <http://maternidadinstintiva.activoforo.com/t1289-composicion-de-la-leche-materna> [fecha de acceso: 12 de febrero del 2011]

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD BASE – COMAS. 2013

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p>Problema general ¿Cuáles son los conocimiento de las madres Adolescentes sobre el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los conocimiento de las madres Adolescentes sobre la higiene en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013?</p> <p>¿Cuáles son los conocimiento de las madres Adolescentes sobre estimulación temprana en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013?</p> <p>¿Cuáles son los conocimiento de las madres Adolescentes sobre la alimentación en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013?</p>	<p>Objetivos generales. Determinar los conocimiento de las madres Adolescentes sobre el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013</p> <p>Objetivos específicos Identificar los conocimiento de las madres Adolescentes sobre la higiene en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013</p> <p>Identificar los conocimiento de las madres Adolescentes sobre estimulación temprana en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013</p> <p>Identificar los conocimiento de las madres Adolescentes sobre la alimentación en el cuidado del recién nacido atendidas en el centro de salud Base – Comas. 2013</p>	<p>Univariable =conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados al recién nacido</p>

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados al recién nacido</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Higiene ▪ Alimentación ▪ Estimulación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limpieza del ombligo ▪ Limpieza de genitales ▪ Turgencia de la piel ▪ Tipo de lactancia ▪ Beneficios ▪ Frecuencia ▪ Tiempo de alimentación ▪ Área motora ▪ Área de Coordinación ▪ Área de lenguaje ▪ Área Social

TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo ya que observa los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, no experimental, de nivel aplicativo y de corte transversal.</p>	<p>Población La población de la presente investigación estuvo conformada por 36 adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud Base Comas.</p> <p>Muestra La muestra estuvo conformada por 36 adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud Base Comas.</p>	<p>Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario el cual contara con una introducción, instrucciones, datos generales, y contenido, orientado al logro de los objetivos</p>	<p>El instrumento fue sometido a validación por 7 jueces expertos cuyos resultados serán analizados; las observaciones y sugerencias de los jueces expertos que sirvieron para elaborar corregir y/o modificar el instrumento para luego ser sometida a una prueba piloto.</p> <p>Para la recolección de los datos se pidió la autorización a las autoridades pertinentes, a fin de obtener las facilidades necesarias para la recolección de información, luego de su aprobación se realizaron coordinaciones con las gestantes para la encuesta.</p> <p>Una vez recolectado los datos se elaboró el cuadro de códigos y puntajes con el paquete estadístico SPSS 19 a fin de procesar los datos y presentarlo en tablas y gráficos estadísticos.</p>

CUESTIONARIO

Edad:

Número de hijos:

Grado de instrucción:

Primaria

Secundaria

Técnico

Superior Universitario

Ninguno

1. ¿Qué es higiene personal?
 - a) aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.
 - b) Es el aseo y limpieza de todas las habitaciones
 - c) Es solo el lavarse las manos
 - d) Ninguna de las anteriores

2. ¿Por qué es importante la higiene en el niño?
 - a) Sólo porque hace que el pequeño se sienta más fresco
 - b) Porque hace que el pequeño quiera jugar
 - c) Porque es esencial para mantenerle sano y evitar muchos trastornos
 - d) Ninguna de las anteriores

3. ¿Cuánto tiempo debe durar el baño?
 - a) Más de diez minutos
 - b) Más de quince minutos
 - c) No debe durar más de ocho minutos
 - d) No debe durar más de diez minutos

4. ¿Cuánto debe ser la temperatura del agua?
 - a) 36 a 36.5
 - b) 35 a 35.5
 - c) 37 a 37.5
 - d) Ninguna de las anteriores

5. ¿Cómo se deben limpiar los ojos del niño?
 - a) Pasando por los párpados una gasita húmeda
 - b) Dejando que caiga un poco de agua sobre los párpados
 - c) No se le hace una higiene a los ojos
 - d) Ninguna de las anteriores

6. ¿Cómo se deben limpiar los oídos del niño?
 - a) Con un hisopo, sacando la secreción del oído
 - b) Con una gasa húmeda solo lo que se ve
 - c) No es necesario la limpieza del oído
 - d) Ninguna de los anteriores

7. En el recién nacido la limpieza del muñón (ombligo)
 - a) No se debe realizar
 - b) Solo se le deja cubierto
 - c) Debe de mantenerse seco y limpiar solo al rededor
 - d) Limpiar el muñón con agua y jabón, no limpiar el borde

8. La higiene oral (boca) del recién nacido
 - a) Se le debe pasar una gasa con agua hervida
 - b) Se debe esperar los 12 meses para realizarle el aseo
 - c) Se debe usar un cepillo pediátrico
 - d) Ninguna de las anteriores

9. ¿cada cuánto tiempo se debe limpiar la boca del recién nacido?
 - a) Después de cada alimento
 - b) 3 veces al día
 - c) 2 veces al día
 - d) Solo una vez

10. ¿se debe limpiar las encías?
 - a) No, hasta los 5 años
 - b) Si, después de cada alimento
 - c) No necesitan limpieza
 - d) Ninguna de las anteriores

11. ¿Hasta cuándo se le debe dar leche materna al niño como único alimento?
 - a) Hasta que cumpla el año
 - b) Hasta los 9 meses
 - c) Hasta los 6 meses
 - d) Hasta que el niño lo deje por si mismo

12. ¿Cuáles son las ventajas de la leche materna?
 - a) Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y las muertes maternas.
 - b) La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.
 - c) Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños y las niñas
 - d) Todas las anteriores

13. ¿Cada cuanto tiempo se debe amamantar al recién nacido?
- a) Cada horas
 - b) Cada 2 horas
 - c) Cada 3 horas
 - d) Cada 4 horas
14. ¿Qué es el calostro?
- a) Es la ultima leche secretada en la lactancia
 - b) Es un líquido secretado los primeros días después del parto
 - c) Es un síntoma de una infección
 - d) Ninguna de las anteriores
15. ¿Se debe usar shampoo en el recién nacido?
- a) No es recomendable usarlo
 - b) Si se debe usar una shampoo aromático
 - c) Si un shampoo no aromático pero de composición fuerte
 - d) Ninguna de las anteriores
16. ¿Cómo se le debe lavar el cabello al recién nacido?
- a) Solo con agua
 - b) Con un shampoo perfumado
 - c) Con jabón perfumado
 - d) Ninguna de las anteriores
17. ¿Cuándo es recomendable cortar las uñas del recién nacido?
- a) A la semana del nacimiento
 - b) Al mes
 - c) A los 3 meses de nacido
 - d) Ninguna de las anteriores
18. ¿Cada cuánto se le debe lavar el cabello al niño?
- a) 3 veces a la Semana
 - b) Cada 3 días
 - c) Diario
 - d) Cada 8 horas
19. ¿Por qué recibir estimulación temprana?
- a) Porque durante esta etapa se perfecciona la actividad de todos los órganos y los sentidos
 - b) Porque ayuda a que el niño se distraiga con juegos y deje trabajar a la madre
 - c) Solo a y b son correctas
 - d) Ninguna de las anteriores

20. ¿Qué es la estimulación temprana?
- a) Son los controles del peso del niño
 - b) Es un conjunto de actividades de alimentación y juegos
 - c) Son juegos y ejercicios para el niño se distraiga
 - d) Es el conjunto de medios, técnicas y actividades con base científica
21. ¿cuál es el objetivo de la estimulación temprana?
- a) Desarrollar sus capacidades cognitivas
 - b) Desarrollar sus capacidades físicas
 - c) Solo a y b
 - d) Ninguna de las anteriores
22. ¿Qué áreas comprende la estimulación temprana?
- a) Auditiva, visual y lenguaje
 - b) Psicológica, cognitiva y nutricional
 - c) Cognitiva, psicomotriz, lenguaje y socio afectiva
 - d) Socio afectiva, auditiva, visual y psicológica
23. ¿A partir de qué edad se puede iniciar a los niños en la estimulación temprana?
- a) Desde los 4 meses
 - b) Desde recién nacido
 - c) Desde los 3 meses
 - d) Desde los 2 meses
24. ¿Hasta cuándo se realiza la estimulación temprana?
- a) Hasta los 4 años
 - b) Hasta los 12 meses
 - c) Hasta los 3 años
 - d) Hasta los 5 años
25. Área cognitiva
- a) Le permitirá adaptarse a nuevas situaciones, haciendo uso del pensamiento y la interacción
 - b) Esta área está relacionada con la habilidad para moverse y desplazarse
 - c) Está referida a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse
 - d) Ninguna de las anteriores
26. Área psicomotriz
- a) Esta área incluye todas las experiencias afectivas y el proceso de la socialización del niño
 - b) Esta área está relacionada con la habilidad para moverse y desplazarse

- c) Está referida a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse con su entorno
- d) Ninguna de las anteriores

27. Área de lenguaje

- a) Está referida a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse con su entorno
- b) Le permitirá al niño comprender, relacionar, adaptarse a nuevas situaciones, haciendo uso del pensamiento
- c) Mejora la habilidad motora
- d) Ninguna de las anteriores

28. Área socio afectiva

- a) Esta área incluye todas las experiencias afectivas y el proceso de la socialización del niño
- b) Esta encargada de los cambios físicos del infante
- c) Está referida a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse con su entorno
- d) Ninguna de las anteriores