



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

**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO Y LAS
CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES
HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA 2012”**

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

LUZ ANGELA AYALA GARCIA

**PIURA - PERÚ
2015**

**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO Y LAS
CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES
HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA 2012”**

DEDICATORIA

A DIOS por permitirme lograr mis metas y en especial a Mis padres por me inculcarme el deseo de superación, valores como la responsabilidad y perseverancia para

Seguir con mis estudios.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia por brindarme su apoyo incondicional y ser mi soporte en cada momento vivido.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Santa Rosa de Piura 2012. Fue un estudio de tipo descriptivo, nivel correlacional y de corte transversal, cuya muestra fueron 72 madres. Entre sus principales conclusiones tenemos

Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012.

El nivel de conocimiento sobre signos de alarma en el recién nacido en el 52% de las madres es alto; en el 26% es de nivel regular y en el 22% es bajo.

Las características socioculturales de las madres muestran estadísticamente relación sobre todo en la edad, estado civil, procedencia y grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en el cuidado del recién nacido.

Palabras Claves: Signos de alarma y características socioculturales

ABSTRACT

The aim of the study was to establish the relationship between the level of knowledge about warning signs of the newborn and the sociocultural characteristics of mothers hospitalized in the service of gynecology and obstetrics hospital in Santa Rosa de Piura 2012. It was a study of type descriptive, correlational and cross-sectional level, the sample were 72 mothers. Among its main conclusions have

There is a relationship between the level of knowledge about warning signs of the newborn and the sociocultural characteristics of mothers hospitalized in the service of gynecology and obstetrics in Piura 2012 Santa Rosa hospital.

The level of knowledge about danger signs in the newborn in 52% of mothers is high; 26% is regular level and 22% is low.

The sociocultural characteristics of mothers statistically shown particularly in relation to age, marital status, origin and education level with the level of knowledge about warning signs in newborn care.

Keywords: Warning signs and sociocultural characteristics

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	7

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica	14
2.3. Definición de términos	32
2.4. Hipótesis	33
2.5. Variables	33
2.5.1. Definición conceptual de la variable	34
2.5.2. Definición operacional de la variable	35
2.5.3. Operacionalización de la variable	37

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	38
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	38
3.3. Población y muestra	40
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	41
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	41
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	43
CAPÍTULO V: DISCUSION	63
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como unidad muestral a las madres con recién nacidos atendidos en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital Santa Rosa de Piura.2012.Tiene como objetivo principal relacionar el nivel de conocimiento sobre las complicaciones en el recién nacido y las características socioculturales de las madres.

El recién nacido de término sano es dado de alta habitualmente a las 48 a 72 Hrs. luego de su nacimiento, en conjunto con su madre, período en el cual se supervisa la adaptación a la vida extrauterina.

Al nacer el niño es evaluado teniendo en cuenta el control del peso, la talla (medida de la longitud corporal) y el perímetro craneano, para iniciar la valoración de su crecimiento. Asimismo se le realiza un examen físico completo a fin de evaluar alteraciones que pudieron pasar desapercibidas para la madre u otros familiares (un ejemplo típico de este tipo de situación es el hallazgo de soplos cardiacos que pueden traducir cardiopatía y que suelen no auscultarse en los primeros días).Entonces cuando nace él bebe es evaluado sin embargo, muchas veces la madre nota signos que le llaman la atención y duda sobre la importancia de los mismos a los efectos de realizar una consulta con antelación a la coordinada al alta.

El recién nacido es la etapa de mayor vulnerabilidad de la edad pediátrica, presentando sobre todo problemas infecciosos como causa principal de muerte en este período de la vida.

Los signos de alarma van desde los muy sutiles como las crisis convulsivas hasta los muy evidentes como la cianosis, o la fiebre, por lo que debemos buscarlos intencionadamente ya sea por exploración física o por interrogatorio intencionado al responsable del cuidado del menor.

El cuidado del R.N. normal compete fundamentalmente a la madre, por eso es de gran importancia enseñar y hacer comprender los fenómenos fisiológicos que se van a presentar en el recién nacido.

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: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el periodo neonatal los primeros 28 días de vida es una etapa muy delicada en la que se completan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina. La importancia de mismo por las altas cifras de morbilidad y mortalidad.⁽⁷⁾

Entre los objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODM), el quinto ODM, se relaciona a la salud materna⁽¹⁾ y para el caso del Perú se debe alcanzar para al año 2015 la razón de muerte materna de 66 defunciones por cada cien mil nacidos vivos, es decir, reducir la mortalidad materna en 75%⁽²⁾. El Instituto Nacional de Estadística e Informática estimó en el 2011 que la mortalidad materna se redujo en 49,7% entre los periodos de 1994 -2000 y 2004-2010, al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos⁽²⁾. Entre los objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODM), el quinto ODM, se relaciona a la salud materna⁽¹⁾ y para el caso del Perú se debe alcanzar para al año 2015 la razón de muerte materna de 66 defunciones por cada cien mil nacidos vivos, es decir, reducir la mortalidad materna en 75%⁽²⁾

Dentro del Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal (2009 – 2015) se plantean tres niveles de acción: reducir las posibilidades de embarazos, reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y reducir las complicaciones de muerte en el recién nacido ⁽³⁾. El segundo punto mencionado involucra la identificación de los signos de alarma que ponga en peligro la vida de la madre y del recién nacido. ⁽³⁾.

El estado de salud del niño debe considerarse como la resultante de un sin número de factores, entre las cuales, el acceso y disponibilidad de un establecimiento de salud juega un rol de importancia pero no definitivo. Los conocimientos y creencias de las madres y familias, respecto a la presencia de enfermedades como respiración rápida o se hunde el pecho al respirar, no pueden mamar el pecho o tomar nada de líquido, mucha diarrea y ojos muy hundidos y ataques (convulsiones) o tembladeras, condicionan la forma en que este será tratado o curado. Asimismo influyen las diversas características de la familia, la vivienda, los hábitos de vida, el conocimiento sobre la salud y el cuidado general de los niños.

En el mundo se registran aproximadamente ciento treinta millones de nacimientos cada año, de las cuales unos cuatro millones mueren antes de vivir los veintiocho días de vida ⁽⁶⁾

Asimismo el recién nacido, para la adaptación de la vida extrauterina requiere cambios fisiológicos rápidos y profundos, entre los que se encuentra la creación de los pulmones, la redistribución de la circulación y activación del aparato digestivo. La necesidad de equilibrar su respuesta al mundo externo contra la estabilidad interna supone un desafío para el comportamiento fundamental del recién nacido, la exploración, la temperatura, peso, talla y cualquier anomalía visible ⁽⁷⁾

Por lo que se considera que el recién nacido es incapaz de sobrevivir por si mismo y por ella depende de los cuidados y atenciones que le proporcionen sus padres⁽⁷⁾.

En el Perú se registran aproximadamente 646 780 nacimientos cada año, de las cuales mueren 6,000 bebés antes de cumplir el primer mes de vida. En los últimos 15 años estas muertes han disminuido de 24 a 11 por cada 1,000 recién nacidos⁽⁸⁾.

El instituto nacional de estadística e informática (INEI), señala que el analfabetismo es una característica sociocultural que influye en el nivel de conocimiento de la población. Por lo que este factor se ve en la población de 15 a más años de edad en un aumento de 90,9% al 92,8% entre 1994-2000, siendo significativo en las mujeres de zonas rurales y urbano marginal en quienes aumento de 69% a 77% respectivamente, considerándose de alto riesgo si no se toman las atenciones adecuadas y oportunas.⁽⁸⁾

En el año 2011 la onfalitis fue muy frecuente en América Latina 1,5 millones de neonatos murieron debido a la infección que generalmente tienen como puerta de entrada el cordón umbilical puesto que sus cuidados del recién nacido culminan en el hogar⁽⁹⁾

La dermatitis ocasionada por el pañal es el más común en los bebés con 477 casos representados un 3,3% asimismo en el 2011 se presentaron 735 casos representando un 4,1% viéndose que la incidencia va en aumento cada año.⁽⁹⁾

Por lo tanto la maternidad de por si implica mucha responsabilidad para la madre como el compromiso de que asuma su autocuidado y el cuidado del recién nacido, por lo que la persona indicada para identificar los signos de alarma que pueda presentar el cual es un ser que se encuentra en un proceso de adaptación al ambiente extrauterino y requiere de

muchos cuidados especiales por parte de su madre a fin de evitar y/o prevenir riesgos y complicaciones que contribuyen a la morbilidad.

En muchos países se ha observado que aún cuando los servicios y el personal de salud están accesibles a la población, los recién nacidos y los niños menores de tres años y que se encuentran enfermos no son llevados para ser atendidos, sino que son tratados en el hogar con remedios caseros. En algunos casos, los niños también son vistos por curanderos y otro tipo de personal tradicional. El manejo de la enfermedad de un niño en el hogar no es aconsejado siempre que las medidas de tratamiento que se apliquen no sean potencialmente nocivas y siempre que los padres o responsables del cuidado del niño conozcan y sepan identificar los signos de alarma para decidir que el recién nacido y/o el niño debe ser atendido por un personal de salud.

En el servicio de neonatología del Hospital I Santa Rosa – Piura en el periodo 2011 durante las practicas pre-profesionales realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital I Santa Rosa- Piura, se logró experimentar con las madres su dicha al tener a su bebe entre sus brazos y a la vez ansiosas, nerviosas por las madres primerizas y por las madres que ya han tenido hijos anteriores pues manifiestan que es una etapa diferente el vivirlo de nuevo pero igual no quieren dañar a su bebe. Aunque las madres primerizas eran las más susceptibles, vulnerables quienes manifestaban inquietudes, preguntas pues manifestaban ir aprendiendo cosas nuevas para el cuidado de su bebe.

El propósito de la presente investigación, es proporcionar información actualizada y relevante a las autoridades y al profesional de enfermería que labora en el Hospital Santa Rosa de Piura, acerca de los conocimientos que tienen las madres sobre los signos de alarma del recién nacido, para que de esta manera conociendo la realidad situacional de las madres, promuevan y/o mantengan programas educativos que estén dirigidos al cuidado integral del nuevo ser.

También se pudo observar algunas características socioculturales que influyen en las madres pues nivel de conocimiento, su actuar ante esa nueva etapa vivida era manifestado por su persona.

Ante lo expuesto anteriormente se formula la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1.- Problema General

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012?

1.2.2. Problemas Específicos

- ⇒ ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido de las madres hospitalizadas en el servicio de ginecología en el hospital santa Rosa de Piura 2012?
- ⇒ ¿Cuáles son las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012?
- ⇒ ¿Cuáles son las características socioculturales y la relación con el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido en madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012

1.3.2. Objetivos Específicos

- ⇒ Reconocer el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido de las madres hospitalizadas en el servicio de ginecología en el hospital santa Rosa de Piura 2012.
- ⇒ Identificar las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012.
- ⇒ Identificar las características socioculturales y la relación con el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido en madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como unidad muestral a las madres pero el punto fundamental del porque del trabajo es identificar los conocimientos y si relación con sus características socio culturales de las madres con el fin de proponer acciones que cuiden la salud de los recién nacido, ya que sabemos que se debe prestar una especial atención a la presencia de cualquier signo de alarma ya que pueden ser señal de la existencia de alguna patología, evitando complicaciones mayores que pueden afectar la

calidad y expectativa de vida del neonato considerándose esta etapa muy delicada por lo que los conocimientos que apliquen las madres sobre los signos de alarma son de suma importancia para proporcionar un buen cuidado durante esta etapa.

Por lo que la desinformación influye a no poner en práctica lo que ellas consideran que estaría bien al atender a su bebe y así no se darían cuenta que quizá su bebe correría peligro al no identificar los signos de alarma a tiempo.

Las madres suelen no estar preparadas para criar a un recién nacido. Además, no tendrían la experiencia y no estarían preparadas para reconocer los primeros signos de enfermedad a los peligros domésticos. Los recién nacidos pueden sufrir por negligencia sin que la madre se percaten de ello.

La presente investigación es importante para el personal de salud que labora en el Hospital I de Santa Rosa, porque los resultados van a contribuir a que la enfermera, como educadora realice acciones educativas encaminadas a la promoción y prevención de enfermedad y evitar los índices de morbi-mortalidad en el recién nacido y profundizar los conocimientos de las madres tomando en cuenta las características socioculturales que se ven relacionadas con ellas.

La relevancia de la presente investigación es la de contribuir al fortalecimiento en el conocimiento de las madres que es nuestro objetivo de trabajo.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION:

Primera limitación: los resultados son válidos para las madres del Hospital Santa Rosa- Piura.

Segunda limitación: la atención del recién nacido por parte de sus madres no permitían que estas dediquen un momento exclusivo al responder el cuestionario del estudio.

Tercera limitación: no se abordó el resto de las características socioculturales que la literatura señala que tiene relación con el nivel de conocimiento de las madres como son: raza, religión, lengua materna, ingreso económico, etc.

Cuarta limitación: algunas madres o sus parejas se negaron a colaborar.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1.- Antecedentes Internacionales:

Castro Ayala Mayra Gisela y Cárdenas Eche María Alejandra
Manejo materno del recién Nacido de parte de madres jóvenes que acuden al servicio de ginecología del hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán – Ecuador. Periodo de enero a junio del año 2011.El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento de las madres jóvenes en lo que se refiere el cuidado del recién nacido para de esta manera, a través del análisis identificar cómo éste influye en la salud del recién nacido y proponer estrategias de modificación para ayudar a la madre a mejorar dichos cuidados.

Es una investigación de campo, de tipo analítica, transversal aplicada y bibliográfica tiene un tiempo limitado de realización enero a junio del año 2011.Entre sus conclusiones más importante es que el mayor porcentaje de las madres jóvenes no poseen un conocimiento teórico practico básico en el cuidado del neonato.

En la actualidad hay un significativo número de madres jóvenes, debidas a las innumerables situaciones por las cuales atraviesa las madres jóvenes lo cual es un factor de riesgo ya que muchas veces no asumen su responsabilidad.¹⁰

Delgado m Y Noruega realizaron un estudio “titulado Percepciones de signos de alarma en enfermedades neonatal de los cuidadores y trabajadores de la salud”, estudiado por en el año 2006 en guapi, Colombia”, tiene como objetivo explorar la percepción de signos de los peligros de los neonatos entre cuidadores y trabajadores de la salud. Como resultado los 5 primeros signos percibidos por los cuidadores y profesional de salud fueron: diarrea, deshidratación, fiebre, vómitos y problemas respiratorios. Hubo coincidencia en la percepción para consulta de emergencias en convulsiones, tétanos y deshidratación. Conclusiones: Existe un buen reconocimiento de signos de peligro de enfermedad neonatal por los cuidadores y los profesionales de salud.¹¹

Delgado c Y Col. realizaron un estudio titulado “Atención Integrada de las enfermedades prevalentes en el recién nacido, en el hospital I en Popeyan”, en el año 2005-2006 en Colombia, objetivo establecer los conocimientos maternos sobre signos de alarma en EDAS en los recién nacidos, obteniendo como resultado de EDAS emplean líquidos caseros 49%, SRO 49%, suero casero 23%. Por lo que se concluye la mitad de las madres no conocen signos de peligro y esto hace necesario intervenciones educativas en EDA y difundir la estrategia AIEP. ⁽¹²⁾

Abssbasalud la Enea realiza un estudio titulado “Guía del cuidado del neonato en el hogar para usuarias de la unidad intermedia en Menisales”, en el 2005, objetivo conocer los cuidados que ofrecen las madres y familias del neonato, la calidad de atención al neonato

en el hogar. Definir las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el neonato. Concluyendo que las mujeres gestantes tienen poco conocimiento acerca de las sustancias que deben utilizar para el cuidado del muñón umbilical.
(13)

Weber, realizó un estudio titulado “Signos clínicos de pequeños infantes”, estudiado por en el año 2006, en Habana, encontraron en los bebés 12 síntomas que predecían enfermedades graves en las primeras semanas de vida. Entre las que figuran dificultades de alimentación, las convulsiones, el letargo, el movimiento intercostal, la fiebre. Sin embargo y posteriormente la lista se redujo a tan solo 6 síntomas. Y se trata de signos que permitirán reconocer si el recién nacido está en un riesgo potencial de alguna enfermedad severa.
(14)

Jiménez m realizó un estudio titulado “Nivel de conocimiento de las madres que acuden con sus hijos al control de niño sano, sobre el cuidado integral del recién nacido en el ambulatorio urbano tipo III” en el año 2003 en Argentina, con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos de las madres, donde se determina que predomina el grupo etario entre 14 y 19 años de edad, en el cual el 43% tiene de 0 a 2 paridad y el 42.2 posee primaria incompleta en cuanto a nivel de instrucción se refiere por lo tanto tiene poco conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, inmunizaciones y desarrollo psicomotor e higiene del recién nacido.
(15)

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Delgado Zavaleta Roció del Pilar Conocimiento materno sobre cuidados mediatos y signos de alarma del recién nacido. Chacas – Perú. Determinar el nivel de conocimientos maternos sobre cuidados mediatos y signos de alarma del recién nacido en el

Hospital “Mama Ashu” de Chacas. Fue Estudio de tipo cuantitativo, corte transversal con diseño descriptivo de una sola casilla. Se realizó con todas las madres cuyo parto fue tendido 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 aplicó 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 ¹⁶

Ponce Capitán m. Ángeles Conocimientos de las puérperas sobre auto cuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. Objetivo: Conocer qué grado de conocimientos tienen

las puérperas sobre auto cuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta de la unidad de hospitalización posparto. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en la unidad de posparto del Hospital Universitario «Virgen de Valme» de Sevilla, desde diciembre de 2003 a febrero de 2004. Los individuos del estudio fueron 50 mujeres que, tras parto vaginal sin complicaciones y recién nacido normal, fueron dadas de alta a las 48 horas. Se elaboró un cuestionario ad hoc autocumplimentado, que recogía los conocimientos percibidos por la puérpera sobre auto cuidados y cuidados del recién nacido. Se relacionó el nivel de conocimientos con la paridad y la realización de educación maternal. Entre Los resultados obtenidos reflejan que las mujeres

consideran que saben cómo cuidar sus necesidades básicas y las del recién nacido (RN), y los aspectos de los que tienen menor información son los signos que deben vigilar, así como los ejercicios de recuperación posparto. El 82% cree necesaria la información sobre auto cuidados y cuidados del recién nacido antes del alta hospitalaria. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,036$) entre los conocimientos que tenían las madres¹⁷

Romero A.J. Realizo un estudio titulado, “Conocimientos maternos de los cuidados mediatos al recién nacido”, en el año 2007, en Huaral-Lima, tuvo como objetivo medir el nivel de conocimientos de las madres sobre los cuidados mediatos al recién nacido. Concluyendo en las dimensiones de curación del muñón umbilical, cambio de pañal, y lactancia materna exclusiva podemos concluir que la mayoría de madres (60%), solo en curación del muñón umbilical el 60% de las madres tiene conocimientos, cambio de pañal 41.8% y lactancia materna exclusiva el 36.4%; y en comparación con las primíparas y multíparas hay un 40% y 80% respectivamente con respecto a su nivel de conocimientos.¹⁸

Bustillos k, Herrera M, Gordillo n realizo un estudio titulado “factores socioculturales que influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención del recién nacido en primíparas, en el año 1999 ,la Victoria-Lima”, se concluyó que el grado de conocimientos sobre la atención del recién nacido es deficiente en el 42% de las primíparas, el 47% de las primíparas fluctúa entre los 15 y 19 años, 74% son amas de casa, 49% son convivientes y 50% recibió información de sus familiares y amigos y solo 2% por la enfermera.¹⁹

Gutiérrez o, Galarza h, Muchaypiña realizo un estudio titulado “Nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido y su relación con los factores socioculturales en madres adolescentes del instituto materno perinatal”, en el año 1999, en Lima, se concluye que las variables grado de instrucción, procedencia e información durante el embarazo influyen significativamente sobre el conocimiento de las madres adolescentes.²⁰

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1.- El Conocimiento

El conocimiento es una apreciación de múltiples datos interrelacionadas, que sin una definición clara poseen menor valor conceptual. En definitiva es la posición de un modelo de la realidad en la mente de cada individuo ²¹

Según Ariza D, menciona que el conocimiento son las circunstancias que vive una persona, que le permite convertir los datos, entendiéndose como registros de ese hecho, en información, corresponde a un dato estructurado y tiene un significado para la persona

Rodríguez H, considera que el ser humano puede captar un objeto en tres niveles de conocimientos:

Conocimientos conceptual: consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales.

Conocimientos sensibles: consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.

Conocimientos holísticos: En este nivel tampoco hay colores, dimensiones, ni estructuradas universales como es el caso del conocimiento conceptual. La palabra holística se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición²¹

Locke define el conocimiento que es lo que obtenemos al establecer el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas recurriendo a otras que sirven de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo en el que cada uno de sus pasos es asimilado a la intuición. Así mismo el conocimiento sería, pues, una serie continua de intuiciones, al final de la cual estaríamos en condiciones de demostrar el acuerdo o desacuerdo entre las ideas en cuestión, y se correspondería con el método de conocimientos⁽²¹⁾

2.2.2. Situación de la maternidad

La transición hacia la maternidad no es fácil, para las madres pues cada embarazo es una nueva etapa mucho más si es madre adolescente. La aceptación de su papel de madres, incluida la responsabilidad de los cuidados del recién nacido o la preocupación de su bebe, les pueda pasar algo en cualquier momento y no poder solucionarlo ya que consideran no estar del todo preparadas. Quizá los programas de educación son limitados o inexistentes en algunas instituciones de salud.

Las madres suelen no estar preparadas para criar a un recién nacido. Además, no tendrían la experiencia y no estarían preparadas para reconocer los primeros signos de enfermedad a los peligros domésticos. Los recién nacidos pueden sufrir por negligencia sin que la madre se percaten de ello.

Según Reader, el papel de la maternidad, lo conforman un conjunto de destrezas interpersonales y de producción, con el

fin de favorecer el desarrollo emocional, intelectual y física del niño⁽²³⁾.

Los signos de alarma del recién nacido, como fiebre, convulsiones, diarreas, dificultad respiratoria, ictericia, cianosis, palidez, son aspectos investigados que muestran que la madre debe estar alerta para poder identificarlos. Su experiencia poca o ninguna, condicionan que experimenten alguna reacción para el bienestar de su recién nacido.

2.2.3.- El recién nacido

2.2.3.1.- Concepto: Desde el punto de vista estadístico, el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida. A los primeros 7 días de vida se les llama período neonatal precoz.

2.2.3.2.- Peculiaridad de los problemas del recién nacido:

Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este período. Esto requiere una adaptación de todos los órganos y sistemas que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. Todos los problemas del recién nacido de alguna manera comprenden la alteración de un mecanismo de adaptación.

Adaptación es la palabra que define el período neonatal. A ésta debemos agregar el carácter dinámico del proceso que hace

variar el concepto de normalidad en el tiempo. Una bilirrubinemia de 4 mg % al nacer es anormal, pero no lo es a los 3 días de vida. Una cierta dificultad en la regulación de la temperatura en las primeras horas de vida no tiene la misma que si ésta ocurre al segundo día. Adaptación y dinamismo evolutivo, le dan al recién nacido un carácter de gran fragilidad y dependencia del medio.

Es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano en el período posterior al nacimiento. En esta se dan los mayores riesgos para su supervivencia, de presentar patologías y de que estas dejen algún tipo de secuelas, especialmente neurológica.

Desde el punto de vista estadístico, el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida. A los primeros 7 días de vida se les llama período neonatal precoz.

La mortalidad neonatal es el indicador más básico para expresar el nivel de desarrollo que tiene la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. Esta se define como el número de recién nacidos fallecidos antes de completar 28 días por cada 1.000 nacidos vivos. La OMS recomienda incluir como nacidos vivos a todos aquellos niños que tienen al nacer alguna señal de vida: respiración o palpitations del corazón o cordón umbilical, o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria. En los fallecidos se considera sólo a aquellos que pesan más de 500 gramos.

La mortalidad infantil y neonatal varía en los distintos países según el nivel económico, sanitario y la calidad de la atención médica. La mortalidad neonatal es responsable de entre el 40 a 70% de las muertes infantiles. En la medida que las tasas de

mortalidad infantil descienden, las muertes neonatales son responsables de un porcentaje mayor de las muertes totales del primer año de vida. En la década del 50, en Chile, en que la mortalidad infantil era de 120/00, la mortalidad neonatal era responsable del 40 % de la muertes. En 1999 en que la mortalidad infantil ha bajado a 10,1/00, la muertes neonatales son el 60% de los fallecidos con menos de un año.

A diferencia de la mortalidad postneonatal, la mortalidad neonatal es menos dependiente de los factores ambientales y sanitarios. Está más condicionada por la buena organización de la atención perinatal y del tratamiento médico que en algunos casos requiere de alta especialización.

El indicador más específico del nivel de atención neonatal es la letalidad neonatal por peso de nacimiento. Esta se define como el número de muertes neonatales de un rango de peso determinado referidas a los recién nacidos vivos de ese mismo rango de peso expresado en porcentaje La prematurez es el principal factor de riesgo para la salud del recién nacido. Su prevención y tratamiento depende de la organización y calidad del cuidado perinatal. La madre con riesgo de tener un niño prematuro debe ser controlada en un centro especializado al igual que su hijo prematuro. La mortalidad de los niños prematuros, en especial los de muy bajo peso, es significativamente menor cuando nacen en un centro de nivel III. Este es el que cuenta con los recursos de personal y equipamiento adecuados para su buena atención²⁴

2.2.4.- Clasificación del recién nacido

Los factores más determinantes en la sobrevivencia del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento

Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

- RNT (Recién nacido de término): Aquellos nacidos con 38 sem de gestación y < de 42 sem de gestación.
- RNPR (Recién nacido prétermino): Aquellos nacidos con < de 38 semanas de gestación. En esto seguimos el criterio de la Academia Americana de pediatría, ya que la OMS considera pretérmino a los recién nacidos con < de 37 semanas.
- RNPT (Recién nacido postérmino): Aquellos nacidos con 42 semanas de gestación.

Luego, según si su peso es adecuado o no para su edad gestacional se clasifican en:

- AEG: Adecuados para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)
- PEG: Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- GEG: Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

Referente al parámetro peso se utilizan también los conceptos de recién nacido de muy bajo peso (< 1.500 g.) y de extremo bajo peso (< 1.000 g.). Estos dos grupos son responsables de alrededor de un 60 a 70% de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de más alto riesgo.

La clasificación recién descrita tiene importancia pues expresa determinados riesgos según la edad gestacional, el peso de nacimiento y la adecuación de éste a ella:

- El prematuro presenta una gran variedad de problemas que reflejan el grado de inmadurez de los sistemas para adaptarse a la vida postnatal y que van aparejados con el grado de su prematurez
- Los recién nacidos PEG son la mayoría de las veces el resultado de una placenta insuficiente y están sometidos a una hipoxia crónica, presentan con frecuencia, poliglobulia e hipoglicemia. Durante el trabajo de parto son más susceptibles de sufrir hipoxia y nacer deprimidos. En algunos casos su peso insuficiente se debe a infecciones intrauterinas virales y a problemas genéticos.
- Los recién nacidos GEG, con frecuencia tienen el antecedente de diabetes materna. Pueden presentar también hipoglicemia y poliglobulia. Por su tamaño puede tener problemas en el parto y sufrir traumatismo y asfixia.
- El recién nacido de postérmino tiene una placenta que empieza a ser insuficiente. Con frecuencia presentan asfixia en el trabajo de parto y meconio en el líquido amniótico lo que puede resultar en un Síndrome de Dificultad Respiratoria por Aspiración de meconio.²⁵

2.2.5. Características físicas con signos de alarma en el recién nacido

La piel

La piel al segundo o tercer día a menudo es escamosa y se notan grietas, en especial a menudo es escamosa y se notan grietas, alrededor de las muñecas y los tobillos.

Su piel es muy débil y una ligera fricción, a través de la epidermis, como la retirada rápida de cinta adhesiva, puede ser capaz y provocar la formación de ampollas

El taponamiento de las glándulas sebáceas causa milios facial, que aparecen pequeños puntos blancos en la barbilla, nariz y frente, desaparecen en pocas semanas. Debe enseñársele a la madre no exprimir estos puntos similares a las espinillas porque podría causar infección⁽²⁶⁾

Cabeza

La observación general del contorno de la cabeza es importante, y que suele deformarse en casi todos los partos vaginales. Cuando la cabeza es demasiado pequeña se debe pensar en síndromes disformicos, infección congénita o microcefalia aislada; si es excesivamente grande, se debe considerar la probabilidad de hidrocefalia en particular cuando el peso al nacer se encuentra en o sobre el promedio normal.

Los ojos

Se debe observar la simetría de los ojos. Se debe examinar la córnea para detectar la presencia de cualquier opacidad o falta de transparencia. Las pupilas por lo general, responderán a la luz contrayéndose; no tienen por qué estar alineadas. Es normal observar un nistagmo de seguimiento o un estrabismo.

Los oídos

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

La nariz

Debido al que el bebe respira por la nariz y no por la boca, la obstrucción por moco o una atresia causan diversos grados de dificultad para respirar. Si el niño puede respirar con facilidad con la boca cerrada, se tendrá la seguridad que existe permeabilidad nasal.

Sin embargo también puede presentarse con alguna infección de las vías respiratorias superiores adquiridas como una infección viral en el útero.²⁶

Boca y garganta

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

El recién nacido carece de salivación activa. La presencia de abundantes saliva puede ser debida a algún traumatismo durante la aspiración, pero debe despertar la sospecha de atresia esofágica.⁽²⁰⁾

El cuello

El recién nacido tiene un cuello corto, con pliegues de piel. Debido a que su tono muscular no está bien desarrollado, no puede sostener el peso de su cabeza.

El tórax

La posición y la distancia entre los pezones y el tamaño del tejido mamario son importantes. La ingurgitación mamaria es común tanto en niñas como en niños y es provocada por las hormonas recibidas de la madre antes del nacimiento.

El abdomen

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

Cordón umbilical

El muñón comienza a secarse unas después del nacimiento y toma una coloración oscura, aflojándose de la piel subyacente en 4 o 5 días, y desprendiéndose luego de 10 a 14 días. El enrojecimiento del muñón umbilical después de las 24 horas, la humedad o el olor fétido son signos que suelen indicar onfalitis.

Genitales

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.

2.2.6.- Signos de alarma en el recién nacido

Las madres deben conocer los signos de alarma de sus recién nacidos ya que al detectarlos les ayudaría a actuar de manera oportuna llevándolos a un establecimiento de salud⁽²⁷⁾.

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

- Dos o más evacuaciones verdes y acuosas o si las heces son duras e infrecuentes. No hay orina en los pañales durante más de 18 horas o hay menos de seis micciones al día.
- El recién nacido está inconsolable, ninguna técnica para tranquilizarlo funciona o su llanto tiene un timbre agudo.
- Convulsiones
- Salivación excesiva
- Vómitos con bilis

Ictericia

Los recién nacidos desarrollan ictericia cuando la bilirrubina se produce más rápido de lo que el hígado del bebé. La bilirrubina en la sangre se deposita en varios órganos, entre ellos la piel, lo que le da un tinte amarillo, este color aparecerá primero en la cara, después en el tórax y en el estómago y finalmente en las piernas.⁽²²⁾

Esta ictericia también se le denomina ictericia fisiológica del recién nacido, o ictericia transitoria ya que aparece entre el tercero y séptimo día de vida y desaparece normalmente en la segunda semana.

Los padres deben ser los primeros en detectar la ictericia deben estar atentos a cualquier cambio en el color de la piel, de la parte blanca de sus ojos, escleróticos, y de la mucosa oral de los recién nacidos.

Por ello es más confiable observar al bebé bajo la luz natural o en un cuarto iluminado con lámparas fluorescentes; si se tiene se puede presionar suavemente la punta de la nariz, la frente o el pecho del bebé, si la piel luce del color habitual, no existe ictericia, pero si se aprecia el tinte amarillento.⁽²³⁾

Cuando los niveles de bilirrubina están levemente aumentados, no se requieren de ningún tratamiento especial y puede ser suficiente la exposición durante al sol, tras la ventana, de 15 a 20 minutos, recordando que la piel del recién nacido es sumamente delicada, la radiación solar degrada las moléculas de bilirrubina y ayuda a su eliminación.⁽²³⁾

Palidez

Es producida por la anemia anormal que se presenta en la piel y labios, taquicardias y un cansancio injustificado, puede deberse a una hemorragia o a una insuficiencia de hemoglobina que son los agentes que permiten la distribución por todo el organismo del oxígeno que llega a los pulmones.

De acuerdo con un estudio de la universidad javeriana en Bogotá, Colombia, uno de cada tres niños entre 1 y 4 años sufre de anemia. También afecta al 37,6% de los niños entre 5 y 12 años y al 32,8% de mujeres entre 13 y 49 años.⁽²⁴⁾

La Fiebre

La fiebre es una respuesta adaptativa y que debe ser tratada únicamente en determinadas circunstancias. La elevación de la temperatura corporal en algunos grados puede aumentar la eficiencia de los macrófagos, y además dificulta la replicación de varios microorganismos, otorgándole al sistema inmune una ventaja adaptativa.⁽²⁵⁾

La fiebre a 39°C en los niños sanos en general, no requiere tratamiento, a menos que produzcan visibles molestias o que este padezca de alguna condición basal que empeore o se descompense con el aumento de la temperatura corporal, como insuficiencia cardíaca. Respiratoria, anemia severa, etc. De manera de no sacrificar la ventaja adaptativa del estado febril. En cambio,

temperaturas altas sobre 40,5°C deben ser tratadas, aumentos de 5°C a más por sobre la temperatura habitual (37.5°C), pueden producir cambios metabólicos severos y de muerte.⁽²⁶⁾

Las medidas físicas aunque usadas frecuentemente su eficacia es cuestionable, no existe un criterio uniforme a partir de que la temperatura se debe utilizar medios físicos. Se recomienda: aligerar la ropa, compresas de agua tibia, aumentar ingesta de líquidos, mantener en ambiente templado y ventilado (21-22°).⁽²⁷⁾

Evitar baños con agua fuera de un ambiente cerrado, aplicación de soluciones alcohólicas, enemas de agua helada. Los medios físicos son efectivos en los primeros 30 minutos, luego pueden causar llanto e incomodidad y escalofríos, evitarlos en pacientes con neumonía, porque aumenta el consumo de oxígeno y producción de CO₂, pudiendo precipitar insuficiencia respiratoria.

Síntomas que acompañan a la fiebre.

- Decaimiento y postración
- Inapetencia
- Debilidad muscular y cansancio
- Molestias musculares y articulares
- Cefalea leve
- Mayor sensibilidad de la piel
- Sensación de frío con los niños confort y fastidio

Convulsiones

Son los movimientos del cuerpo que acostumbra a ser apariciones repentinas. Aunque todos los movimientos anómalos, no son convulsiones, se debe consultar siempre al pediatra.

Las convulsiones en el periodo neonatal, constituyen la expresión clínica por excelencia de la disfunción del sistema nervioso central.

Se manifiestan por una alteración en la función neurológica ya sea motora, de la conducta, autónica o por una combinación de ellas. No siempre es fácil identificarlas y puedan pasar fácilmente desapercibidas especialmente en el recién nacido pre término. En contraste con los niños mayores los recién nacidos no suelen tener convulsiones bien definidas y presentan patrones muy poco organizados y fisiológico del sistema nervioso central durante la época perinatal.

Hay que tener presente que algunas crisis especialmente la epilepsia del inicio precoz pueden iniciarse algo más tarde de los 30 días sin embargo también las incluiremos en este grupo. ⁽²⁸⁾

Vómitos

Los vómitos son un accidente sumamente frecuentes en el lactante, encontrándonos a veces con grandes dificultades para esclarecer el factor etiológico; Se considera normal la expulsión de aire y que es de poca cantidad y con poca fuerza (regurgitaciones), los vómitos son de especial importancia cuando son tipos biliosos (color verdoso), a chorro (muchas fuerza), cuando se acompaña de una barriga hundida o muy aumentada de tamaño o cuando hay una pérdida de peso

Diarreas

Las deposiciones líquidas, diarreas es el aumento del número de deposiciones con disminución de sus consistencia es decir más líquidas. No hay duda que son anómalas cuando son con moco, sangre y cuando se acompañan de irritabilidad, rechazo del alimento o vómitos. ⁽³⁰⁾

2.2.6. Características socioculturales

2.2.6.1.- Factores Sociales

El ser humano es por naturaleza un ser social, el medio le permite crecer y desarrollarse, su inicio se manifiesta en el seno familiar (sociedad primaria) y en la medida que se suceden los distintos ciclos de vida, según Erickson, el grado de socialización aumenta. ⁽³¹⁾

La escuela, las actividades extra programativas (deportes, idiomas, artes, entre otras) van desarrollando socialmente el sujeto, determinado distintos roles en los ámbitos en que se mueve, más tarde el trabajo y/o estudio amplían sus niveles o grados de socialización, como así también la constitución de una familia.

En cuanto a los factores socioculturales de la persona para el presente estudio se han considerado: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia.

Ciertos factores influyen indirecta sobre las conductas de salud, a través de los factores cognitivos-perceptual. Estos factores pueden ser: factores demográficos: se proponen que tanto la edad, educación, procedencia tienen influencia indirecta a través de su impacto en el hospital.⁽³²⁾

Edad

Es el tiempo de existencia desde el nacimiento ⁽³³⁾

Según el MAIS basado en la familia y comunidad, la clasificación de las etapas de vida está comprendida de la siguiente manera.⁽³⁴⁾

- a. Niño: Es aquella etapa comprendida entre los 0-11 años
- b. Adolescente: comprendida entre los 12-17 años
- c. Joven: comprendida entre los 18-29 años
- d. Adulto: comprendida entre los 30 años
- e. Adulto mayor: comprendida entre los 60 a más.

Nivel de instrucción

Se refiere al tipo de formación académica o de titulación conseguidos por los hablantes, lo que está íntimamente relacionado con la cantidad de años que se ha estado estudiando.⁽³⁵⁾

La variable nivel de instrucción, por lo general, suele incluirse entre los factores integrantes de la clase social o de nivel sociocultural y , consecuentemente gran número de investigaciones no ha tenido ningún protagonismo singularizado.

Según el INEI los niveles de instrucción que están comprendidos de la siguiente manera:

- a. Inicial: Es la primera fase de la educación y su ámbito de referencia abarca las edades comprendidas entre 3-5 años, cuya finalidad es promover la socialización de los niños y niñas.
- b. Primaria: Es la segunda fase de la educación obligatoria y su ámbito de referencia abarca las edades comprendidas entre los 6-11 años. Es una etapa educativa obligatoria cuya finalidad es promover la socialización de los niños y niñas, favorecer su incorporación a la cultura y contribuir a la progresiva autonomía de acción en su medio.

- c. Secundaria: Es la tercera fase de la educación obligatoria y su ámbito de referencia abarca las edades comprendidas entre los 12-16 años.
- d. Superior: Es la cuarta fase de la educación no obligatoria en un instituto y/o universidad nacional o privada.
- e. Analfabetismo: Es una condición en la cual no se ha cursado estudios en cualquiera de sus niveles, por lo que no saben leer ni escribir.

Estado Civil

Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Generalmente los estados llevan un registro público con los datos personales básicos de los ciudadanos, entre los que incluye el estado civil. Aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro, la enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente:⁽³⁶⁾

- a. Soltera: la persona no tiene pareja.
- b. Casada: la persona a contraído matrimonio.
- c. Conviviente: la persona vive con su pareja pero no ha contraído matrimonio.
- d. Divorciada: persona en la que ha roto vínculos afectivos y matrimoniales con su pareja.

Ocupación

El trabajo, a través de las distintas etapas de desarrollo de la humanidad, ha planteado un conflicto permanente de carácter social, a la vez que nuestro estado de salud está

íntimamente ligado al ambiente donde se desarrolla una ocupación ya se trate en el medio rural donde las faenas agrícolas tienen mayor significancia, o bien en el medio urbano, donde la industrialización y especialización técnicas son cada día mayores.

El lugar de trabajo aun en sociedades relativamente modernas puede ser potencialmente peligroso para la salud humana.⁽³⁷⁾

Procedencia: ⁽³⁸⁾

Es el lugar estable donde la persona, vive, buscando por alcanzar un mejor nivel de bienestar.

2.2.7. Teoría de enfermería que da sustento a la investigación

Barnard, Kathryn E., Teórica de la enfermería que desarrolló el modelo de interacción para la valoración de la salud infantil (Child Health Assesment Interaction Model). Su modelo y su teoría fueron el resultado del proyecto de valoración de enfermería infantil (Nursing Child Assesment Project) [1976-1979]. Barnard cree que el sistema padres-lactante está influido por las características de cada uno de los miembros. Estas características se modifican para satisfacer las necesidades del sistema mediante un comportamiento adaptativo. La interacción entre el padre (o el cuidador) y el niño se describe en el modelo de Barnard mediante cinco señales y actividades: 1) la claridad del lactante en la emisión de señales, 2) la reactividad del lactante a los padres, 3) la sensibilidad de los padres a las señales del lactante, 4) la capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante y 5) las actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes

del desarrollo desplegadas por los padres. Un aspecto importante en las afirmaciones teóricas de Barnard es que la enfermera proporciona sobre todo apoyo a la sensibilidad y a la respuesta de la madre a los signos de su hijo, en lugar de intentar cambiar sus características y estilo de cuidados maternos.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS:

- **Conocimientos**

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje o a través de la introspección.

- **Madres**

Son aquellas madres que tienen un hijo o más de uno y han experimentado sus atenciones hacia sus hijos.

- **Signos de alarma**

Son Características anormales que presenta todo ser humano, las cuales pueden ser reconocidas a tiempo para evitar cualquier complicación.

- **Recién Nacido**

Es la etapa del ciclo vital que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida.

- **Factores**

Son elementos o circunstancias que contribuyen, junto con otras cosas a producir un resultado.

- **Factores Sociales**

Son características que permiten identificar el riesgo social y la vulnerabilidad, la influencia del ambiente en la situación problema, así como la viabilidad de la intervención, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto.

- **Factores Culturales**

Son aquellos elementos del conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad se manifiesta.

2.4. HIPOTESIS

H^a Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012.

H^o No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012.

2.5. VARIABLES

Variable Independiente

Nivel de conocimiento de las madres sobre los signos de alarma en el recién nacido

Variable dependiente

Factores socioculturales de la madre

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Nivel de conocimiento de las madres sobre los signos de alarma en el recién nacido

Conjunto de datos informativos sobre los signos de alarma que se pueden presentar en el neonato.

Factores socioculturales de la madre:

Características o circunstancias detectables en la persona que pueden ser no modificadas. Los factores considerados son: edad, grado de instrucción, zona de residencia (procedencia), ocupación, estado civil.

Edad:

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio.

Grado de instrucción:

Definición conceptual: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Estado civil:

Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Ocupación:

Definición conceptual: Es la acción u efecto de ocupar u ocuparse, se utiliza como sinónimo de trabajo, empleo, oficio y actividad que desempeña la persona de estudio.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Nivel de conocimiento de las madres sobre los signos de alarma en el recién nacido:

Definición operacional: escala nominal

- Alto: 15 -18 puntos
- Medio: 09 - 14 puntos
- Bajo: menos de 08 puntos

Factores socioculturales de la madre:

Edad:

Definición operacional:

- De 18-29 años
- De 30-35 años
- Más de 35 años

Grado de instrucción:

.Definición operacional: escala ordinal

- Primaria completa
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Superior

Estado civil:

Definición operacional:

- Soltera
- Casada
- Conviviente
- viuda

Ocupación:

Definición operacional:

- Ama de casa
- Estudiante
- Trabajo dependiente
- Trabajo independiente

Zona de residencia

Definición operacional:

- Zona rural
- Zona urbano marginal
- Zona urbana

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIEN NACIO	SIGNOS DE ALARMA	Reconocimientos de signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ palidez, ✓ cianosis, ✓ ictericia, ✓ fiebre, ✓ convulsiones ✓ diarreas líquidas ✓ dificultad para respirar, asfixia, hip 	NOMINAL
FACTORES SOCIOCULTURALES	EDAD	18-29años 30-35 años 35 a mas	NOMINAL
	ESTADO CIVIL	Soltera Conviviente Casada	NOMINAL
	OCUPACION	Ama de casa Trabajo independiente Trabajo dependiente estudiante	NOMINAL
	GRADO DE INSTRUCCION	Primaria completa Secundaria completa Superior	NOMINAL
	PROCEDENCIA	Zona urbana Zona rural Zona urbano-marginal	NOMINAL

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es de Tipo descriptivo

Por qué describe una situación un hecho en este caso describirá el nivel de conocimientos sobre signos de alarma y las características socio culturales.

Es de nivel Corelacional

Porque se va relacionar las variables de estudio para hallar la relación entre ellas.

De corte Transversal:

Porque el trabajo fue realizado en un tiempo y momento determinado según el Autor Sampieri señala que es transversal porque se mide en tiempo único

3.2 DESCRIPCION DE AMBITO DE INVESTIGACIÓN

Somos un Hospital General Docente de nivel II.2, que pertenece a la Dirección Regional de Salud, del Gobierno Regional de Piura, que

brinda atención integral básica y especializada, que considera al paciente como una unidad biofísica, la misma que se extiende desde la etapa del diagnóstico precoz hasta la etapa de la reinserción social del paciente. La atención está dirigida a la población adscrita y referencial, del Establecimiento contándose para ello con profesionales idóneos y una tecnología médica y no médica capaz de solucionar los problemas de letalidad y morbilidad presentados. Solución aplicable acorde a los requerimientos de uso y de capacidad resolutive, con un nivel de infraestructura de desarrollo aceptable.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población de estudio estuvo constituida por 250 madres que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital santa Rosa- Piura.

Muestra

Fue de manera probabilística quedando limitada en 72 madres hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Santa Rosa y para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Dónde:

N = Total de la población

$Z_a^2 = 1.962$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

$$250 * 3.84 * 0.05 * 0.95 = 0.0009 (120-1) + 3.84 * 0.05 * 0.95 n$$
$$= 21.888$$
$$n = 72 \text{ madres}$$

Criterios de inclusión:

A. Criterios de inclusión

- Madres que se encontraban hospitalizadas en el servicio gineco-obstetricia del HSR, Piura.
- Madres que tuvieron un hijo o más de uno, por parto normal o cesárea sin complicaciones.
- Madres que aceptaron participar en la investigación firmando el consentimiento informado.
- Madres que estuvieron comprendidas dentro de las edades establecidas
- Madres menores de 18 años, cuyos padres aceptaron que sean parte del estudio.

B. Criterios de exclusión

- Madres que no aceptaron colaborar en la investigación
- Madres menores cuyos padres no aceptaron colaborar
- Madres que presentaron complicaciones post-parto

3.4. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica: Para la recolección de datos que se utilizó es la entrevista, realizada mediante una encuesta la cual nos permitió obtener un contacto directo con el objeto de estudio son madres con recién nacidos vivos.

El instrumento 01:

Es un cuestionario estructurado, dirigido y elaborado por la estudiante de enfermería Ángela Ayala García. El cual se aplicó para medir el nivel de conocimiento de las madres sobre los signos de alarma en el recién nacido.

El instrumento 02:

Se tomó en cuenta Cuestionario aplicado de la tesis publicada por Delgado; Reyna E y Díaz, fue modificada de acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación para relacionar las características socioculturales con el nivel de conocimiento de las madres. (Anexo 02)

3.5 VALIDEZ DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento, se hizo mediante el juicio de expertos, participando profesionales que laboran en el área de medicina, cirugía y magister del Área de Investigación; cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento. Los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial, encontrándose que el error de significancia no supera los valores establecidos para >0.05 , por lo que el instrumento es válido.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto que se realizará en el mismo posta médica, tomando el 10% de la muestra establecida en una con similares características a la del estudio pero que no pertenece a la población. Así se aplicaron formulas estadísticas tales como el coeficiente de alfa de Crombach para la confiabilidad de conocimientos como resultado.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se solicitó el permiso al director del hospital a través de la oficina de investigación a fin de obtener autorización para llevar a cabo el trabajo de investigación.

Se realizaron las coordinaciones con la oficina de investigación y con el médico jefe del servicio de gineco-obstetricia para programar y/o elaborar el cronograma de recolección de datos.

Se realizó la presentación con la enfermera jefe del servicio, para realizar la entrevista, se pidió el consentimiento informado de las colaboradoras.

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

Una vez que se obtiene la información se realizó el procesamiento de datos, para lo cual se elaboró una tabla de códigos donde se le asigne un valor numérico de acuerdo a las respuestas correctas, la cual fue necesario utilizar el cálculo de intervalos para catalogar los Resultados.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA N° 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL
RECIÉN NACIDO DE LAS MADRES HOSPITALIZADAS EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE
PIURA 2012**

Nivel de conocimientos	Nº	%
Alto	37	52
Medio	19	26
Bajo	16	22
TOTAL	72	100

Fuente: Propia

Análisis: Se observa que el 52%(37) de las madres tienen un nivel de conocimiento alto sobre los signos de alarma del recién nacido; seguido por el 26 %(19) con nivel medio y en el 22%(16) de ellas es de nivel bajo.

GRAFICO N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL RECIÉN NACIDO DE LAS MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA 2012

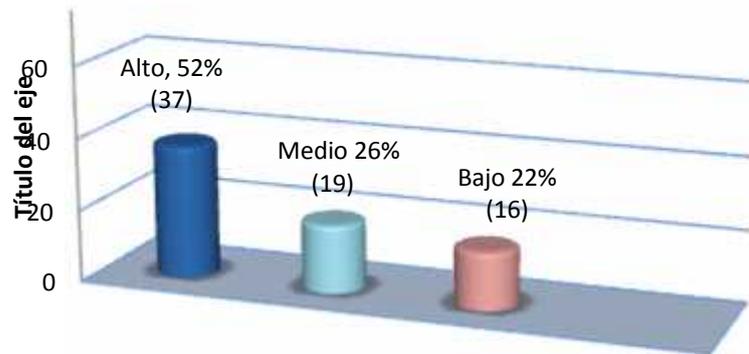


TABLA N° 2

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES (EDAD) DE LAS MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

Edad	Nº	%
14 -18 Años	10	14
19 - 23 Años	12	17
24 - 29 Años	15	21
30 a 35 Años	28	38
35 años a mas	7	10
Total	72	100%

Análisis: El 21%(15) de las madres son de edades entre 24 a 29 años, el 17%(12) corresponde a las edades de 19 a 23 años, el 38% (28) es de 30 a 35 años, mientras que el 14%(10) de 14-18 años y por último el 10%(7) son de 35 a más años.

GRAFICO N° 2

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES (EDAD) DE LAS MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

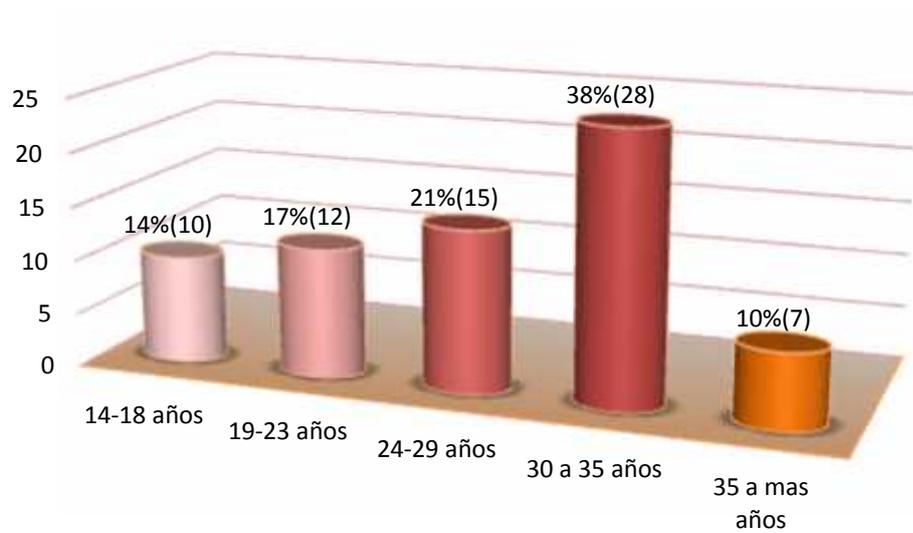


TABLA N° 03

**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES (ESTADO CIVIL) DE LAS
MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL SANTA ROSA PIURA- 2012**

ESTADO CIVIL	Nº	%
Soltera	12	17
Casada	21	29
Conviviente	39	54
Total	72	100%

Fuente: Propia

Análisis: EL 54% de las madres son convivientes, mientras que el 17% es madre soltera, y el 29% son casadas

GRAFICO N° 03

**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES (ESTADO CIVIL) DE LAS
MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL SANTA ROSA PIURA- 2012**

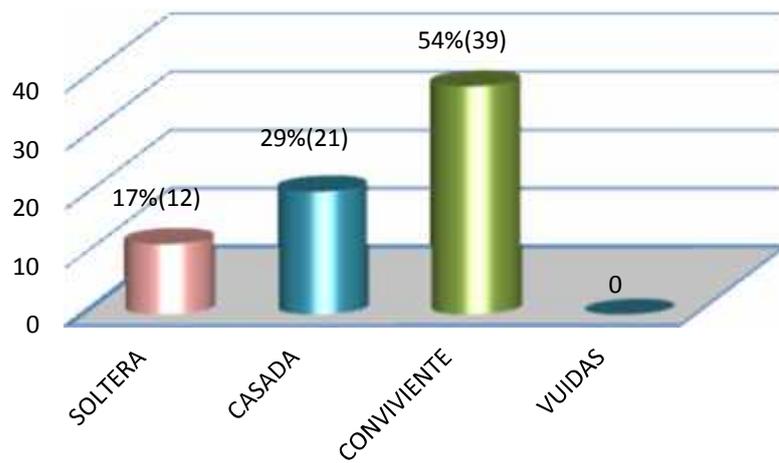


TABLA N° 4

**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES (PROCEDENCIA) DE LAS
MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL SANTA ROSA PIURA- 2012**

Procedencia	Nº	%
Zona urbana	19	26%
Zona rural	36	50%
zona urbano- marginal	17	24%
Total	72	100%

Fuente: Propia

Análisis: el 50%(36) viven en zonas rurales, el 26%(19) viven en zonas urbanas, y por último el 24% (17) son de zonas urbano-marginal.

GRAFICO N° 4

**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES (PROCEDENCIA) DE LAS
MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL SANTA ROSA PIURA- 2012**

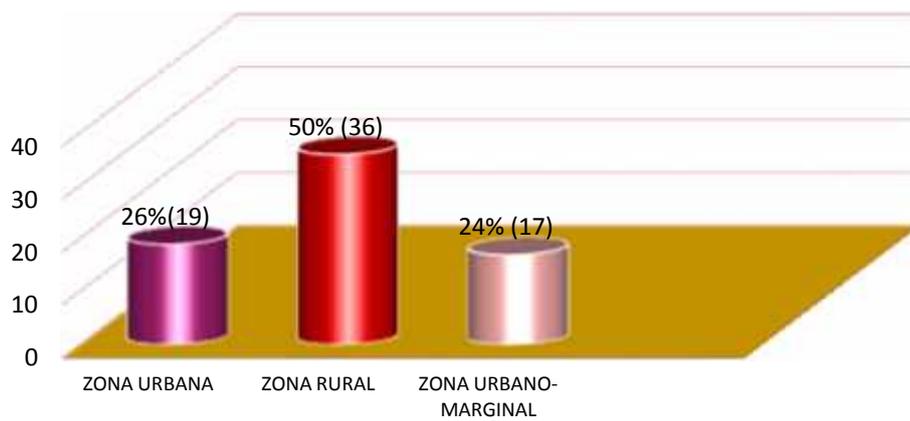


TABLA: 5

**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES (OCUPACIÓN) DE LAS
MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL SANTA ROSA PIURA- 2012**

OCUPACION	Nº	%
Ama de casa	31	43
T. Independiente	3	4
T. Dependiente	7	10
Estudiante	31	43
Total	72	100

Análisis: el 48,61% de las madres son amas de casa, el 28,57% son de estudiantes, el 15,28% son de trabajo dependiente y por el último de trabajo independiente son de 8,33%.

GRAFICO: 5

**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES (OCUPACIÓN) DE LAS
MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL SANTA ROSA PIURA- 2012**

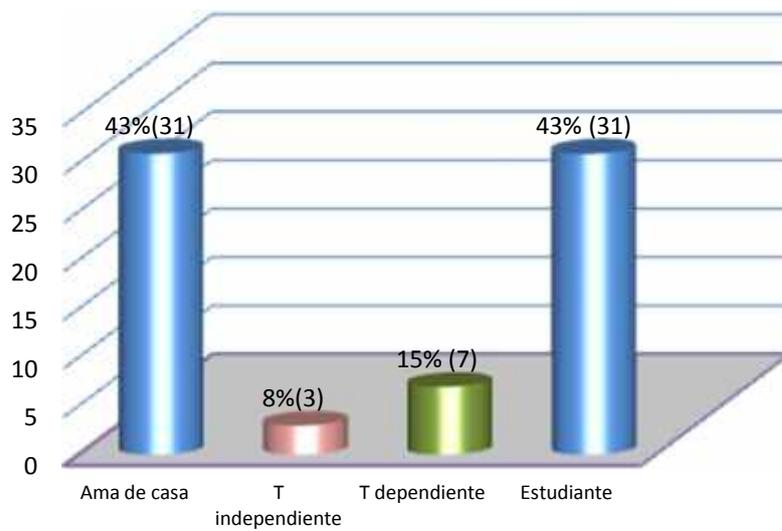


TABLA N° 6

**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES (OCUPACIÓN) DE LAS
MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL SANTA ROSA PIURA- 2012**

Grado de instrucción	Nº	%
S completa	18	25
S incompleta	19	26
Superior	35	49
TOTAL	72	100%

FUENTE: Elaboración propia

Análisis: Descripción: las madres con grados de instrucción son de secundaria completa con el 25%, el 26% son de secundaria incompleta y por ultimo son de grado superior el 48,6%.

GRAFICO N° 6

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES (OCUPACIÓN) DE LAS MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA PIURA- 2012

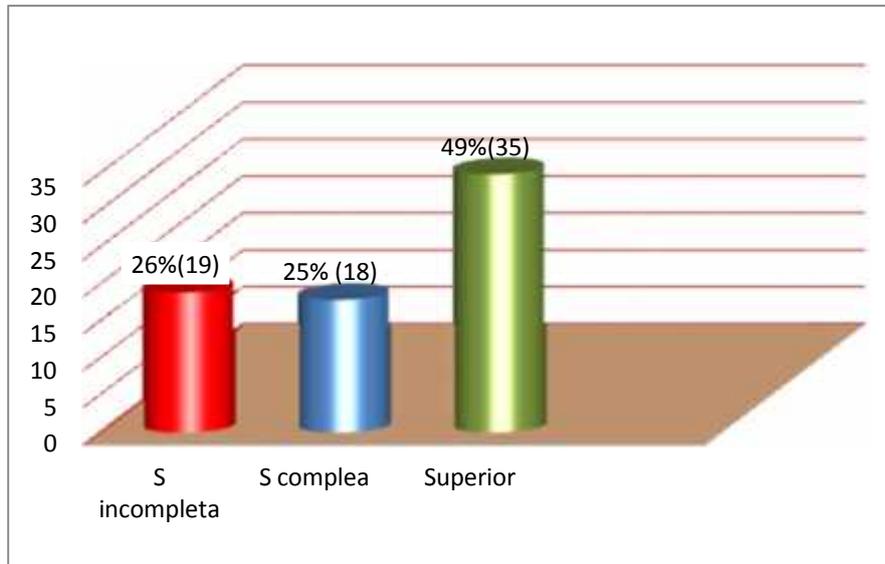


TABLA N° 07

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO Y LA EDAD DE LA MADRE

EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTOS							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14-18	1	1	3	4	6	8	10	14
19-23	5	7	1	1	6	8	12	17
24-29	8	11	5	7	2	3	15	21
30-35	18	25	8	11	2	3	28	39
35 a+	5	7	2	3	0	0	7	10
TOTAL	37	51	19	26	16	22	72	100

FUENTE: Elaboración propia

Análisis: Se puede observar que las madres de 24-29 años tienen un 11% de nivel de conocimiento alto, mientras que las madres de 30-35 años tienen 25% de nivel alto. Estadísticamente existe relación significativa entre la edad de las madres y el nivel de conocimiento.

GRAFICO N° 07

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO Y LA EDAD DE LA MADRE

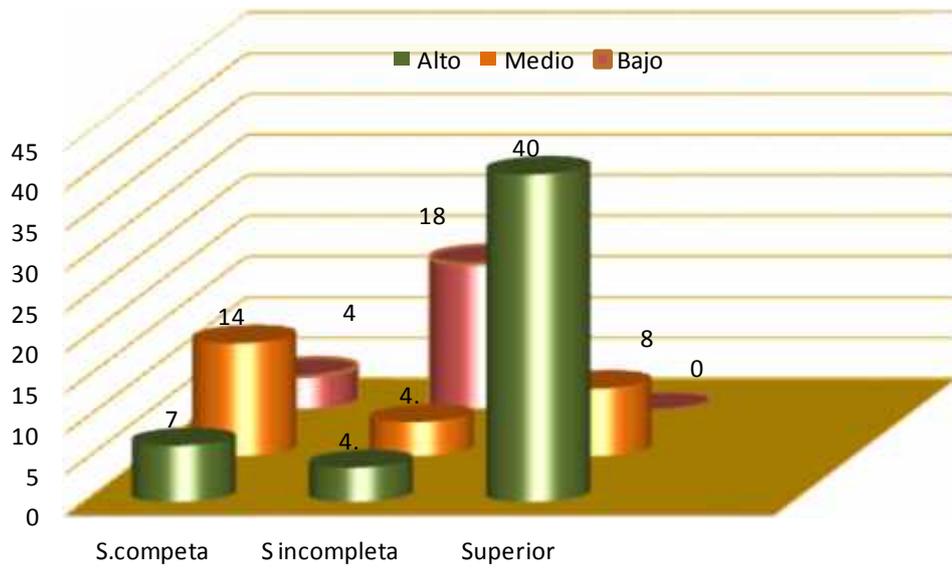


TABLA N° 08

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DEL HOSPITAL I SANTA ROSA PIURA- 2012

Grado de instrucción	NIVEL DE CONOCIMIENTOS							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Secundaria incompleta	3	4	3	4	13	18	19	26
Secundaria completa	5	7	10	14	3	4	18	25
Superior	29	40	6	8	0	0	35	48
TOTAL	37	51	19	26	16	22,2	72	100

Fuente: Elaboración Propia

Análisis: Podemos observar que la mayoría de las madres posee un nivel de conocimientos Alto, el 40% cuentan con un nivel superior un 14% tienen secundaria completa quienes tienen un regular conocimiento, y un 18% tienen Conocimientos bajos y son las madres con secundaria incompleta.

TABLA N° 9

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO Y EL ESTADO CIVIL DE LA MADRE DEL HOSPITAL I SANTA ROSA PIURA 2012

Estado civil	NIVEL DE CONOCIMIENTOS							
	Alto		Medio		Bajo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada	2	3	11	15	8	11	21	29
Conviviente	30	42	1	1	8	11	39	54
soltera	5	7	7	10	0	0	12	17
total	37	51	19	26	16	22	72	100

Fuente: Elaboración Propia

Análisis: Se observa que el 54% y el 29% son madres casadas y convivientes y a su vez tienen un nivel de conocimientos bueno y regular lo cual es favorable para el bienestar del recién nacido.

GRAFICO Nº 9

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO Y EL ESTADO CIVIL DE LA MADRE DEL HOSPITAL I SANTA ROSA PIURA 2012



TABLA N° 10

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO Y LA PROCEDENCIA DE LA MADRE

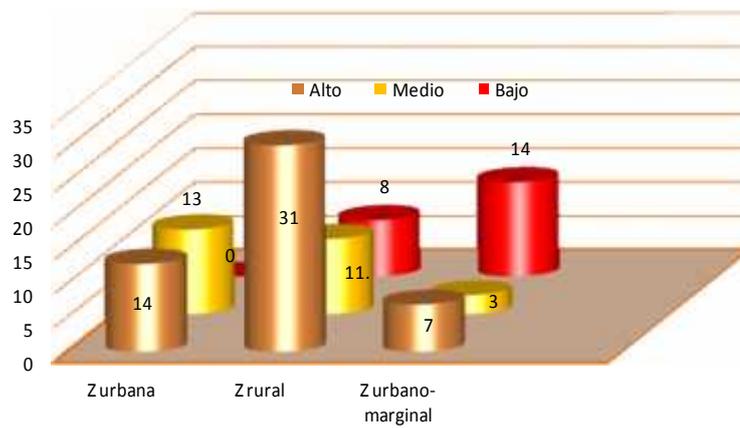
Procedencia	NIVEL DE CONOCIMIENTOS							
	Alto		Medio		Bajo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zona urbana	10	14	9	13	0	0	19	26
Zona rural	22	31	8	11	6	8	36	50
Zona urbano-marginal	5	7	2	3	10	14	17	24
total	37	51	19	26	16	22	72	100

Fuente: Elaboración propia

Análisis: La zona de residencia influye en el nivel de conocimiento pues el 51% de las madres tienen un nivel de conocimiento alto y residen en zona rural el 31%(22) madres, el 14%(10) en la zona urbana y un 7%(5) en la zona urbano marginal. Asimismo tienen un nivel de conocimiento medio el 26% (19) de ellas procedentes de la zona urbana y rural él y el 22%(16) tienen un nivel de conocimiento bajo y son procedentes los de la zona rural y urbano marginal. Un nivel

TABLA Nº 10

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO Y LA PROCEDENCIA DE LA MADRE



PRUEBA DE HIPOTESIS

H^a Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012.

H^o No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012.

H1 Ho

$\alpha = 0,05$

Tabla 1: APLICACIÓN DEL CHI CUADRADO

	Alto	Medio	Bajo	TOTAL
O	26	21	9	72
E	17	17	0	
$(O-E)^2$	16	121	49	
$(O-E)^2/E$	1,2	10,12	3,1	14,5

$$X^2_c = 14,5 \alpha = 0,05 \quad g.l. = 2 \quad p < 0,005 \quad X^2_t = 5,24$$

Frente a los resultados estadísticos se puede determinar:

El Valor del Chi Cuadrado calculado es mayor que el Chi cuadrado de Tabla ($X^2_c > X^2_t$) con un nivel de significancia de $p < 0,005$ y $gl=2$. Por lo tanto se acepta la Hipótesis Alternativa (H^1) y se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Siendo cierto que Existe relación el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012

CAPITULO V: DISCUSIÓN

Se realizó un análisis de nivel descriptivo y relacional de las variables de estudio, puesto que se procedió a reflejar los resultados evidenciados y a establecer las comparaciones con los aspectos planteados de las variables, dimensiones e indicadores planteados en esta investigación. Los datos obtenidos fueron presentados, en cuadros con frecuencia y porcentaje, los cuales estuvieron estructurados con la información obtenida de la sumatoria de los ítems, según cada indicador de las variables en estudio, expresadas a través del instrumento aplicado. De igual manera, se presentaron en graficas con los datos obtenidos en los cuales se pudieron evidenciar las tendencias porcentuales.

Analizando los resultados sobre la relación entre el nivel de conocimiento de las madres con las socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital santa Rosa de Piura 2012; y socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital santa Rosa de Piura 2012. Encontrando que las madres que tienen 24-29 años tienen un 11,% de conocimiento alto, mientras que las madres solteras de 30-35 años tienen 25% de nivel alto. Estadísticamente existe relación significativa entre la edad, el grado de instrucción, la procedencia y de las madres y el nivel de conocimiento porque se utilizó el Valor del Chi Cuadrado calculado es mayor que el Chi cuadrado de Tabla ($X^2_c > X^2_t$) con un nivel de significancia de $p < 0,005$ y $gl=2$. Por lo tanto se acepta la Hipótesis Alterna (H^1) y se rechaza la

Hipótesis Nula (Ho). Siendo cierto que Existe relación el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012

CONCLUSIONES

- Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Santa Rosa de Piura 2012.
- El nivel de conocimiento sobre signos de alarma en el recién nacido en el 52% de las madres es alto; en el 26% es de nivel regular y en el 22% es bajo.
- Las características socioculturales de las madres muestran estadísticamente relación sobre todo en la edad, estado civil, procedencia y grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en el cuidado del recién nacido.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda Informar a las autoridades del departamento de enfermería del Hospital Santa Rosa sobre los resultados de la investigación para que tengan conocimiento de los mismos a fin de que tomen como una referencia de atención a otros servicios.
- Se recomienda informar al profesional de enfermería que continúen brindando educación a las madres sobre el cuidado del recién nacido ya que en el estudio las madres tienen un nivel alto y medio, haciendo ver que de alguna manera las enfermeras cumplen en brindar orientaciones antes de darles de alta a la madre con su niño.
- Promover actividades preventivo – promocionales con sesiones educativas para identificar los signos de alarma en recién nacidos dirigido a los padres de familia.
- Brindar al personal de enfermería que labora en el Hospital Santa Rosa capacitación continua sobre estos temas.
- La unidad de gineco-obstetricia implemente instrumentos que se apliquen a las madres, con recién nacidos, para confirmar el conocimiento entorno al cuidado y signos de alarma del recién nacido.
- Estimular a los nuevos profesionales a que continúen investigando sobre el cuidado del recién nacido, ya que es un tema que necesita más desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beca, P., Cattani, A., Colombo, M., Muzzo, S., Nazer, J., Youlton, R.: Mortalidad Neonatal: Definiciones y Limitaciones. Rev. Chil. Pediatr. Vol. 59 (3); 203 - 205 1988.
2. Grupo Colaborativo Neocosur :Very-low-birth-weight infant outcomes in 11 South American NICUs.. J Perinatol 2002 Jan;22(1):2-7.
3. O.M.S.: Definiciones y Recomendaciones para el registro de estadísticas vitales. Actas OMS. 28:17,1950. 160:11 y anexo 18,1967. 233:18, 1976
4. OPS: Estadísticas de Salud de las Américas 1995.
5. Sachs B, Fretts R, Gardner R, Hellerstein S, Wampler N and Wise P. The Impact of Extreme Prematurity and Congenital Anomalies on the Interpretation of International Comparisons of Infant Mortality. Obstet and Gynecology June 1995 Vol 85;6: 941-946.
6. Taucher E y Jofré I. Mortalidad Infantil en Chile: el gran descenso. Rev Med Chile 1997; 125: 1225-1235.
7. Organization Mundial de la Salud (OMS), The partnership, for maternal, newbon & child health- 2006.
8. Pacheco J, Recién nacido. Obstetricia. 10Ma ed. Lima-Perú, editores S.A; 2001.
9. Instituto Nacional de informática y estadística (INEI)-PERU: Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050, Boletín De Análisis Demográfico N°36.
10. Organización Mundial de la Salud. Causas de muerte neonatal. Organización Mundial de la salud. 2011 (consultado 13 de noviembre del 2013), disponible en:
11. <http://www.who.int/whosis/mort/table2:cfmade> la mortalidad.

12. Oficina de estadística e informática. Consolidado anual 2010-2011. Instituto Materno Perinatal. (Consultado 13 de noviembre del 2013). Disponible en: <http://www.iemp.gob.pe/.5saf>
13. Delgado M y Noruega “Percepciones de signos de alarma en enfermedades neonatal de los cuidadores y trabajadores de la salud”. Colombia. 2006. [Citado 2013 sep. 10] [1 plantilla] [Tesis para optar el título de licenciada de enfermería].
14. Delgado c y col, “Atención Integrada de las enfermedades prevalentes en el recién nacido, en el hospital I en Popayán”, Colombia. 2005-2006. [Citado 2013 sep. 10] [20 paginas] [Tesis para optar el título de enfermería]
15. La Enea Absbasalud “Guía del cuidado del neonato en el hogar para usuarias de la unidad intermedia en Menisales”. 2005 [Citado 2013 sep. 12] [50 paginas] [tesis para optar el título de enfermería]
16. Weber M, “Signos clínicos de pequeños infantes”, en Habana 2006, [citado 2013 sep. 13] [una plantilla] [tesis para optar por el título de enfermería]
17. Jiménez M, “Nivel de conocimiento de las madres que acuden con sus hijos al control de niño sano, sobre el cuidado integral del recién nacido en el ambulatorio urbano tipo III” Argentina, 2003 [citado 2013 nov.05] [un plantilla] [tesis para optar el título de enfermería]
18. Romero A.J. “Conocimientos maternos de los cuidados mediatos al recién nacido”, Huaral-Lima, Perú, 2007, [citado 2013 sep. 11] [una plantilla] [tesis para optar el título de enfermería]
19. Bustillos k, Herrera M, Gordillo N (12), “factores socioculturales que influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención del recién nacido en primíparas, la Victoria-Lima, Perú, 1999, [citado el 2013 nov.05] [una plantilla] [tesis para optar el título de enfermería]

20. Gutiérrez O, Galarza H, Muchaypiña R, “Nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido y su relación con los factores socioculturales en madres adolescentes del instituto materno perinatal”, Lima-Perú, 1999 [citado el 2013 nov.05] [una plantilla] [tesis para optar el título de enfermería.
21. Ariza M, Diagnósticos en Neonatología, Santo Domingo-Republica Dominicana; editorial nueva, 2010; pag. 10
22. Rodríguez nivel de conocimientos. Buenos Aires – Argentina. Editorial Ángel, 2002.
23. Locke, la filosofía de Locke, el nivel de conocimiento, Niveles y tipos de conocimientos 2001-2008. Buenos Aires –Argentina. Disponible en: http://www.webdianoia.com/moderna/Locke/Locke/_fil_conoc.htm
24. Marriner Tomey A, RaileAlligood M. modelos y teoría de enfermería .ed. harcourtbrace; 4ta edic. España 1999.
25. Raeder, “papel de la maternidad”, cuarta edición, Mexico Editorial interamericana 1990 p 320-327.
26. Doris C, “Manual de enfermería materno infantil”, cuarta edición, México . Editorial interamericana 1990 p 320-327.
27. Sholdis L, tratado de enfermería 3era edición. Interamericana 2000 tomo 5:P
28. Juan Alvarado, apuntes de neonatología. 2Da ed, Lim-Peru: apuntes médicos del Peru; 2006
29. Wikipedia. Ictericia.[portada de internet].2013 [citado 2013 oct. 20]. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/ictERICA>
30. Definicion de bilirrubina [portada de internet]. 2013 [citado 2013 oct.3]. Disponible desde el URL: <http://www.med.nyc.edu/center>

31. Definición de palidez [portada de internet]. 2013 [citado 2013 oct.3].
Disponible desde el URL: <http://www.med.nyc.edu/palidez>
32. Definición de fiebre [portada de internet]. 2013 [citado 2013 oct.3].
Disponible desde el URL: <http://www.med.nyc.edu/fiebre>
33. Wikipedia. fiebre.[portada de internet].2013 [citado 2013 oct. 20].
Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/fiebre>
34. julio C, apuntes de signos vitales .2Da ed, Lima-Peru: apuntes médicos del Peru; 2006
35. campistol J, de Harop, Lopez J, convulsiones y epilepsias de Recien nacido en Herranz. Actualización de las epilepsias. II Edic. consulta S.A, Barcelona 1992
36. Wikipedia. vomitos.[portada de internet].2013 [citado 2013 oct. 20].
Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/vomitos>
37. Juan Alvarado, apuntes de neonatología.2Da ed,Lim-Peru: apuntes médicos del Peru; 2006
38. Gonzales M. vivir solo. [informe en internet]. [citado 2013 oct.08]. [5 paginas]. Disponible en URL:
39. www.fimte.fac.org.ar/doc/15cordoba/Gonzales.doc

ANEXOS



ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yodeclaro libre y voluntariamente que acepto participar en la investigación I

Relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital santa rosa de Piura 2012

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr los resultados consistirán en la aplicación de cuestionarios y que no existen riesgos para mi persona.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee; también que puedo solicitar información adicional. En caso que decida retirarme, no seré afectado.

Nombre:

Firma:

Piura del 2012



ANEXO 02

CUESTIONARIO

Estimada señora, necesito su colaboración para responder la presente encuesta, que es parte de una investigación denominada “Nivel de conocimiento de las madres en los signos de alarma del recién nacido y su relación con las características socioculturales en el HSR I, PIURA 2012”

La encuesta es ANÓNIMA por lo que se solicita a usted responder con la verdad a todas las preguntas. Agradezco su anticipada colaboración.

INSTRUCCIONES:

Observara que un cuestionario dividido en dos partes nivel de conocimientos y por lo que en cada área deberá responder a todos los enunciados marcados con un aspa (x)

1-. ¿Cuáles son los signos que usted cree que indican un signo de alarma para la salud de su bebe?

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Fiebre | 6. Decaimiento |
| 2. Presencia de dientes al nacer | 7. Presencia de ojos y piel color amarilla |
| 3. Piel de color azulado | 8. Deposiciones liquidas |
| 4. Llanto inconsolable | 9. Vómitos frecuentes |
| 5. Presencia de hipo | |

Son correctas:

- | | |
|--------------|--------------|
| a. 2,3,5,9 | c. 1,2,3,5,9 |
| b. 1,3,4,7,8 | d. 1,2,5,6,7 |

2-. ¿Sabe usted a que grado de temperatura se le considera fiebre en su bebe?

- | | |
|---------------------|---------|
| a. Es 36°c | d. 38°c |
| b. 35°c | |
| c. a partir de 37°c | |

3- ¿Cómo se manifiestan las convulsiones?

- a. Con movimientos anormales o poniéndose duro el bebe
- b. Se pone lloron
- c. No se notaaa ningún síntoma
- d. No responde

4- ¿Qué significa para usted las diarreas?

- a. Deposiciones duras
- b. Deposiciones liquidas con más 3 veces en el dia
- c. Deposiciones liquidas, pero normales
- d. Ninguna

5- ¿Qué significa para usted una dificultad respiratoria?

- a. Respiraciones lenta o muy profundas que realiza con dificultad el bebe
- b. Respiraciones suaves pero no perjudica al bebe
- c. Respiraciones continuas pero normales para él bebe
- d. Ninguna

6.- ¿La coloración amarilla permanente en la piel del recién nacido significa?

- a. Es normal que el niño este así
- b. Es normal durante los primeros días de nacido
- c. Es normal durante los primeros 3 días de nacido y de sobrepasar estos días se patológico
- d. Ninguna

7- ¿Qué significa cuando su bebe se pone moradito?

- a. Porque le falta oxigeno
- b. Tiene un adecuado desarrollo del bebe
- c. Tiene una adecuada circulación del bebe
- d. A y b

8- ¿A qué se le considera vomito peligroso?

- a. Cuando es de color verdoso o normal
- b. Son vómitos muy frecuentes en transcurso del día
- c. Es normal
- d. A y b

9- ¿Es un motivo de preocupación con respecto a la orina?

- a. No hay orina en los pañales durante más de 18 horas
- b. Hay menos de 6 micciones en el día
- c. A y b
- d. Ninguna

10- ¿Cuándo usted considera cuando el llanto de su bebe es preocupante?

- a. Quiero que solo lo tenga cargado
- b. Él bebe esta inconsolable, nada lo tranquiliza
- c. Su llanto tiene un timbre agudo
- d. Ninguna

11- ¿Es un signo de alarma en su ombligo?

- a. Secreción sanguinolenta o mal olor
- b. Enrojecimiento
- c. Esta negrito
- d. A y b
- e.

12- ¿En qué momentos el recién nacido pierde calor de su cuerpo?

- a. Cuando su cuerpo está expuesto a corrientes de aire
- b. Cuando se le baña todos los días
- c. Cuando se le cambia de ropa todos los días
- d. Cuando llora demasiado

13- ¿ La posición más adecuada para que el recién nacido duerma ?

- a. De costado con las manos y pies libres
- b. Echado boca arriba con las manos y pies envueltos
- c. Echado boca abajo, el cuerpo envuelto y manos libres
- d. En cualquier posición con las manos y pies libres

14- ¿Es un signo de alarma, y se debe comunicar al médico?

- a. El recién nacido presenta secreciones (moquito) en la nariz.
- b. El recién nacido presente secreciones amarillo-verdoso en ojos y nariz.
- c. Presente lagaña en sus ojitos
- d. Ninguna

15- ¿Se considera un hecho alarmante cuando la orina de su bebe es?

- a. Color rojo, con olor
- b. Sin color, ni olor
- c. Color amarillo, olor fétido (mal oliente)
- d. Solo a y c

16- ¿Al realizar una correcta limpieza del cordón umbilical se puede prevenir una infección, siendo la manera correcta:

- a. Limpiar en forma circular, de dentro hacia fuera.
- b. De cualquier forma
- c. De arriba hacia abajo
- d. De derecha a izquierda

17- ¿ El cambio de pañal, es importante realizarlo para evitar cualquier tipo de infecciones o escaldaduras ?

- a. Cuando el recién nacido haya hecho solo deposiciones
- b. Solo 3 veces al día
- c. Cuando el pañal esta mojado
- d. Solo durante las noches para ir a dormir.

18- ¿ Cuáles son los beneficios de la lactancia materna?

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

19- ¿El recién nacido orina aproximadamente durante el día?

- a. 6 a 8 veces
- b. 1 vez
- c. 10 veces
- d. 15 veces

20- ¿Las aspiraciones son más frecuentes cuando él bebe está durmiendo de?

- a. De costado
- b. De espaldas
- c. Boca abajo
- d. Ninguna



ANEXO 03

CUESTIONARIO SOBRE CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES DE LA MADRE Elaborado por: Diaz R, Marquez, E; Delgado,R (2008)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN: Iniciales o seudónimo:

1-. ¿Que edad tiene usted?

- a) 18 a 29 años
- b) 29 a 35
- c) 35 a mas

2-. ¿Su estado civil es?

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente

3-. ¿Su zona de residencia es?

- a) Zona urbana
- b) Zona rural
- c) Zona urbano-marginal

4-. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Ama de casa
- b) Independiente
- c) estudiante

5-. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- a) Secundaria completa
- b) Secundaria incompleta
- c) Superior

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO Y LAS CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA 2012”

PROBLEMA GENERAL Y ESPECIFICOS	OBJETIVOS	HIPOTESIS GENERAL Y ESPECIFICO	VARIABLES Y DIMENSIONES	DIMENSIONES
<p>PROBLEMA GENERAL:</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido de las madres hospitalizadas en el servicio de ginecología en el hospital santa Rosa de Piura 2012 • Identificar las características 	<p>HIPOTESIS GENERAL:</p> <p>H^a Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012</p> <p>H^o No Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma del recién nacido y las características</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO</p>	<p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p>

	<p>socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la característica sociocultural que se relaciona más con el nivel de conocimiento de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012. 	<p>socioculturales de las madres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital santa Rosa de Piura 2012</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES HOSPITALIZADAS</p>	<p>Edad</p> <p>Grado de Instrucción</p> <p>Estado civil</p> <p>Procedencia</p>
--	--	--	---	--