



**UAP**

**UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

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

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL  
CUIDADO DEL RECIEN NACIDO EN MADRES  
ADOLESCENTES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2013”**

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

**BACHILLER: OLGA, HUAMANI TACO.**

**AREQUIPA - PERÚ**

**2017**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL  
CUIDADO DEL RECIEN NACIDO EN MADRES  
ADOLESCENTES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2013”**

## **DEDICATORIA**

**A DIOS todopoderoso por darnos la fe y la sabiduría, guiándonos en todo momento, ayudándonos a seguir adelante con perseverancia y optimismo para lograr cada una de nuestras metas y otorgándonos paz y alegría.**

**A mis padres por darme la vida, por darnos los valores que han hecho la mujer que soy por su**

## **AGRADECIMIENTO**

**A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, A mis adorados padres por sus enseñanzas, apoyo y amor incondicional que día a día me han brindado, a mis hermanos y sobrinos por amarme tanto.**

**A mis estimados profesores por transmitirme sus enseñanzas y conocimientos que fueron vitales en mi formación profesional.**

## RESÚMEN

El presente estudio titulado “Nivel de conocimiento y práctica sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo Camana, 2013” fue de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo correlacional, no experimental, de corte transversal, de nivel aplicativo. La muestra estuvo conformada por las 32 madres adolescentes primíparas, se utilizó como diseño muestral no probabilístico por conveniencia o intención. Y se llegó a las siguientes conclusiones:

Del total de las madres adolescentes primíparas atendidas en el Hospital de Apoyo de Camaná, la mayoría fluctúan entre los 17 a 19 años de edad, viven con sus padres, proceden de la sierra, y están estudiando. A través de los resultados obtenidos podemos afirmar la hipótesis planteada que a mayor nivel de conocimiento en madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido mayor práctica adecuadas de las madres adolescentes. Las madres adolescentes primíparas, tienen un nivel alto de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido en lo fisiológico, signos de alarma, estimulación temprana. Las madres adolescentes primíparas, tienen una práctica adecuada de cuidados al recién nacido en lo fisiológico, signos de alarma, estimulación temprana.

**Palabras claves:** conocimiento, práctica, madre, adolescente, primípara

## **ABSTRAC**

The present study entitled "Level of knowledge and practice on the care of the newborn in primiparous adolescent mothers attended at the support hospital Camana, 2013" was a quantitative type, descriptive correlational, non-experimental, cross-sectional, application-level. The sample consisted of 32 primiparous teen mothers, and was used as a non-probabilistic sample design for convenience or intention. And came to the following conclusions:

Of the total number of primiparous adolescent mothers attended at the Camana Support Hospital, the majority are between 17 and 19 years of age, living with their parents, coming from the sierra, and are studying. Through the results obtained we can affirm the hypothesis raised that to a higher level of knowledge in primiparous adolescent mothers on the care of the newborn elderly practice adequate of the adolescent mothers. Primiparous teen mothers have a high level of knowledge about newborn care in the physiological, signs of alarm, early stimulation. The primiparous adolescent mothers have an adequate practice of newborn care in the physiological, signs of alarm, early stimulation.

**Keywords:** knowledge, practice, mother, teenager, primiparous

## INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRAC

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

### 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	1
2.3. Definición de términos	5
2.4. Hipótesis	3
2.5. Variables	6
2.5.1. Definición conceptual de la variable	3
2.5.2. Definición operacional de la variable	7
2.5.3. Operacionalización de la variable	3

<b>CAPITULOIII: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	<b>39</b>
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	<b>39</b>
3.3. Población y muestra	<b>40</b>
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	<b>40</b>
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	<b>41</b>
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>50</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>51</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	



## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Tabla 1	
Perfil de las madres primíparas atendidas en el Hospital de Apoyo de 2013	43
Gráfico 1	
Conocimiento y práctica sobre el cuidado del recién nacido en adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná	44
Gráfico 2	
Nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná	45
Gráfico 3	
Práctica sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes p atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013	46

## INTRODUCCIÓN

Ser Madres adolescentes será siempre un tema para estudiarlo a lo largo de toda la historia, miles y miles de adolescentes dieron lo mejor de ellas para sacar adelante a sus hijos y que no pasen lo mismo que ellas pasaron, cualquiera fuera la causa u origen por el cual lo concibieron convirtiéndose en madres en su plena adolescencia.

Los adolescentes son consideradas personas de cambio, por ese motivo deberíamos darles más importancia para que ese cambio sea para bien, no olvidemos que de ellos depende el futuro de nuestro estado.

Las tasas de adolescentes embarazadas además de encontrarse en la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse a una mayor desprotección, mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social a la adolescente embarazada a veces por falta de información

El embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes.

En Perú, el 13% de adolescentes entre los 15 y 19 años ha estado embarazada, de los cuales solo el 32% deseaba el embarazo. La mayor vulnerabilidad a quedar embarazada se observa en las mujeres más pobres alcanzando un 26%, mientras que las menos pobres solo llegan al 3%.

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 INVESTIGACION**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La palabra adolescencia viene del verbo latino “adolescere”, que significa crecer o llegar a la madurez biológica sexual, psicológica y social. (1) Una de las posturas considera a la adolescencia como una etapa de vida construida socialmente, otra, es una etapa de vida comprendida entre los 10 a 19 años, período de vida considerada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde el individuo adquiere madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez. (2) La adolescencia es además, una etapa de múltiples posibilidades en la que se adoptan y consolidan hábitos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud para toda la vida. (3).

En el mundo actual, el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, a nivel mundial representa del 15 a 25% del total de embarazos, a nivel de América Latina y el Caribe se ha incrementado significativamente (4). El embarazo temprano contribuye a elevar la morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, y por sus consecuencias psicosociales, menos analizada en torno a los

condicionantes socioculturales. Por lo que pese a los grandes esfuerzos desplegados, aún persisten las cifras de madres adolescentes. (5)

La madre adolescente primípara presenta constantes cambios físicos, psicológicos y sociales, que se encuentran relacionadas con su propia etapa de desarrollo y que se caracterizan por aspectos vinculados a un proceso de madurez que aún no se encuentra completo tanto física y emocionalmente no están preparadas para criar a un recién nacido, por consiguiente los recién nacidos están expuestos a diversos peligros por negligencia sin que se percaten de ello, afrontando una maternidad precoz, lo que hace que exista escaso conocimiento acerca de los cuidados tanto a su niño así como su propio cuidado.

Muchas madres primíparas presentan escasos conocimientos y prácticas, manteniendo menos contacto visual y menos cuidados en el recién nacido, como si debería tener las madres múltiparas. Así mismo la madre primípara se hacen muchas preguntas como ¿y ahora como lo tengo que bañar en casa? ¿Cómo puedo reconocer si está enfermo mi bebe? Y presentan dudas y inquietudes como “tengo miedo de limpiar el cordón umbilical, porque se le puede caer antes de tiempo o le puedo hacer doler a mi bebe...”

En el Perú se registran aproximadamente 646,780 nacimientos cada año (6), de los cuales mueren aproximadamente 6,000 bebes 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. Sin embargo, hay lugares donde, por cuestiones culturales o por dificultad de acceso a servicios de salud, los fallecimientos no se registran. (7)

En el año 2011 se informó que 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. (8)

En el Perú la dermatitis de pañal en el año 2011 se ubica en el quinto lugar con 477 casos representando un 3,3%, así mismo en el 2011 se presentaron 735 casos representando un 4,1% viéndose que la Incidencia va en aumento de año en año. (9)

La maternidad de por sí implica mucha responsabilidad para la madre como el compromiso de que asuma su autocuidado y el cuidado del recién nacido, el cual se encuentra en un proceso de adaptación al ambiente extrauterino, y requiere de muchos cuidados especiales a fin de evitar y/o prevenir riesgos, complicaciones que contribuyan a la morbi-mortalidad materno infantil.

Como madre primeriza debe satisfacer las necesidades del cuidado diario de su hijo, proporcionarle un medio seguro, darle el cuidado adecuado y criarlo. El sentido de confianza del recién nacido se desarrolla gracias al comportamiento de la madre, que brinda cuidados congruentes y adecuados para la etapa de desarrollo del niño. De ello se deriva que la madre conozca acerca de todos los cuidados que debe recibir el neonato, los practique de forma correcta y de esta manera contribuir a que el proceso de adaptación se logre satisfactoriamente, estos cuidados que brinda la madre se deben manifestar en atención integral, ya que de ello dependerá el buen estado de salud del recién nacido.

La enfermera establece estrategias que contribuyan a que esta experiencia de ser madre adolescente no se convierta en el detenimiento del proyecto de vida, sino que encuentre el apoyo profesional oportuno para la adaptación y afrontamiento. En tal sentido, la información y orientación que reciban en materia de salud respecto a la promoción y

prevención son de primordial importancia para su desarrollo integral y el de su hijo.

Cada bebé es único, por eso, los cuidados de ese nuevo ser dependerán, de su madre y del vínculo entre ambos. Madre e hijo de a poco aprenderán a conocerse y a seguir construyendo ese vínculo tan especial que se inició en el embarazo. Normalmente, al nacer y por un tiempo breve los bebés mantienen sus brazos y piernas dobladas. Esto se debe a la posición en la que estuvieron durante los meses de gestación en el útero materno.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es el nivel de conocimiento y práctica sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013?
- ¿Cuáles son las práctica sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar el nivel de conocimiento y práctica sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013
  
- Identificar las práctica sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

El presente estudio de investigación tiene como finalidad determinar los conocimientos y prácticas sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas. El período neonatal, son los primeros 28 días de vida siendo una época muy delicada en la que se supone se completan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina este es incapaz de sobrevivir por sí mismo y es por ello, depende de los cuidados y atenciones que le proporcionan sus padres, su inexperiencia poca o ninguna, condicionan que experimenten temor.

Los cuidados requeridos en el recién nacido comienzan con el profesional de enfermería quienes son los brindan atención y prevención en la salud que beneficia al recién nacido porque permite prestarle cuidados oportunos evitando complicaciones que pueden ocurrir en la etapa extrauterina del neonato, además de apoyarlo en el proceso de adaptación y detención temprana de alteraciones y a la madre para que



adquiera conocimientos en el cuidado del neonato, así como, detectar algunas alteraciones que ocurran en el mismo.

El presente estudio de investigación tiene el propósito de aportar conocimientos que pueda ser como referente para establecer programas y estrategias que mejoren la calidad de los cuidados en base a los conocimientos que debe tener la madre adolescente primípara en los cuidados del recién nacido con el fin de contribuir en el desarrollo y crecimiento del recién nacido.

El cuidado del recién nacido consiste en el baño e higiene del cordón umbilical, la alimentación por medio de la lactancia materna, la estimulación temprana, controles periódicamente e inmunizaciones de acuerdo al carnet del recién nacido, identificar signos de alarma y un adecuado cambio de pañales, durante su etapa neonatal y en el transcurso de su crecimiento con el cuidado de la madre.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La primera limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra solo pertenece a las madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná

La segunda limitación corresponde a que los resultados sólo servirán para la institución donde se llevara a cabo la investigación.

## CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**TORRES J.**, en su estudio titulado “Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados inmediatos y mediatos del recién nacido en los servicios de gineco obstetricia del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda”. Venezuela. 2000. El estudio enmarcado en la modalidad descriptiva de campo, se realizo con 60 miembros del personal de enfermera del área de sala de partos (36) y sala de gineco-obstetricia (24), se les aplico un cuestionario para medir conocimiento en referente a los cuidados inmediatos y mediatos del recién nacido. Concluyo: *“El 72.2% del personal de enfermería que brinda atención inmediata y 65.5% que se ubica con atención mediata al recién nacido tienen conocimiento deficiente”.*(10)

**VARGAS Rodríguez, Elsa**, en su estudio titulado Nivel de conocimiento acerca de los cuidados generales del recién nacido en mujeres embarazadas que acuden a la consulta prenatal en el

ambulatorio urbano tipo III "Don Felipe Ponte Hernández", Municipio Palavecino, estado de Lara, Venezuela. 2006. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las embarazadas acerca de los cuidados generales del recién nacido, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal utilizando la población de 300 gestantes que acudieron a la consulta prenatal en el Ambulatorio Urbano tipo III "Don Felipe Ponte Hernández" durante marzo-abril de 2006, aplicándose una encuesta estructurada que abarcó los siguientes aspectos: lactancia materna, limpieza del cordón umbilical, higiene, inmunizaciones, signos de alarma y se asoció edad, paridad y número de consultas con el nivel de conocimiento general. Llegando a la conclusión:

*"El 57,33% de las embarazadas presentaron un nivel de conocimiento general bueno, 38,00% regular y 6,33% malo. 49,67% obtuvo buen nivel de conocimiento acerca de lactancia materna; 62,67% logró un nivel regular en limpieza del cordón umbilical. 51,33% fue malo en higiene del neonato, mientras que solo 18,00% fue bueno. Tanto en la importancia de las vacunas como en signos de alarma, se evidenció un nivel bueno con 79,33% y 87,33%, respectivamente. Se asoció la edad y el conocimiento general evidenciando un nivel de conocimiento bueno en las gestantes de 23 años de edad con 61,82%.(11).*

**EMANUELLE Solange** en su estudio titulado Conocimientos de la madre adolescente en relación a los cuidados del recién nacido durante el período prenatal que asistieron a la clínica materno-infantil de Julio-Octubre. BRASIL 2007. Estudio descriptivo, no experimental de corte transversal. Se tuvo como objetivo determinar los conocimientos de la madre adolescente en relación a los cuidados del recién nacido durante el período prenatal. La población de estudio estuvo conformada por las madres

adolescentes atendidas en el ambulatorio de salud materno infantil, en Tubarão. Se tuvo como conclusiones:

*“La edad media de las gestantes fueron 17 años de edad, 41,9% de las gestantes se había completado la escuela primaria, y la mayoría de ellos estaban solteras, (77%). 50% no fue la primera gestación. Más del 70% de los entrevistados relacionaron que no han recibido información acerca de los cuidados del recién nacido. El 64,7% de las mujeres embarazadas tenían más de 20 semanas de embarazo, y el número promedio de consultas prenatales fue de 3 consultas.(12)*

**ZAMORA Gutiérrez André** en su estudio nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes del hogar materno la fortaleza cuba 2008, Se realizó un estudio retrospectivo con un universo de 192 madres adolescentes y de ellas se tomó una muestra de 120, pertenecientes al área de Salud. La Fortaleza y en un período de 1 año, dichas mujeres estuvieron ingresadas en el hogar Materno "La fortaleza" y en ellas se estudiaron. El conocimiento acerca de los cuidados del recién nacido, y la influencia positiva para la madre y el niño; detalles que forman una idea correcta de lo preparada o no que estaban esas embarazadas para desempeñar esa importante función con sus futuros hijos. Se llegó a la conclusión:

*“Existe una relación directa entre el grado de escolaridad y el de conocimiento acerca del tema en cuestión, así como la vinculación de la ocupación y residencia de la madre y el estado civil”. (13)*

**VARÓN Milagros y Colaboradores**, en su estudio “Lactancia materna en madres adolescentes. Una visión del cuidado humano”, 2008. Cuyo propósito fue; interpretar el significado que le asigna la madre adolescente a la lactancia materna como valor

del cuidado humano y, así ayudar a lograr un amamantamiento exitoso, reportando como. Llegando a las conclusiones:

*“Por ser el cuidado un valor en la madre adolescente, cada una le da un significado particular necesario para tomar sus propias decisiones en cuanto a lactancia materna se refiere. Los conocimientos sobre la lactancia materna no bastan para que su práctica sea exitosa, es necesario que la madre adolescente sienta seguridad y confianza para amamantar. Se puede interpretar de estos resultados que para las madres adolescentes entrevistadas, el significado de “amamantar” es lo más importante en el cumplimiento de su responsabilidad de “ser madre”, como un valor del cuidado que le brinda a su hijo”. (14)*

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**CHAPILLIQUEN Pérez Joanna E.**, en su investigación titulada “Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal”, Lima. 2009. Estudio de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo de nivel aplicativo de corte transversal. Después de obtener los resultados se llegó a la Conclusión:

*“La mayoría de las madres adolescentes 50.4% (58) tienen un nivel medio de conocimiento, esto indican que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido. La mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento sobre los cuidados físicos del recién nacido, la mayoría de madres adolescentes no están preparadas adecuadamente en relación al conocimiento para estimular a sus niños recién nacidos. Las madres adolescentes conocen la mayoría de los métodos para estimular sensorialmente al recién nacido en las áreas táctily verbal, lo cual es positivo ya que así se contribuirá al adecuado*

*desarrollo del niño. En las áreas visual y auditiva se observa que hay un conocimiento parcial a más”. (15)*

**PAREDES Almonte, Crisley Erika**, en su estudio “Factores socio demográficos maternos relacionados al nivel de conocimiento respecto al cuidado del recién nacido en el hogar, en primíparas atendidas en el Centro De Salud Mariano Melgar” Arequipa, 2009. Concluyo:

*“Las edades de las madres primíparas fluctúan entre 21 y 26 años de edad (47%), las cuales tienen un conocimiento bajo sobre la atención del bebé (42%). El 49% de las madres encuestadas tienen un estado civil de convivencia. El 81% de las madres primíparas tienen un grado de instrucción alto-medio, de las cuales sólo el 15% tiene una educación técnica-superior. El 62% de las madres primíparas tienen como lugar de nacimiento en Arequipa. El 74% de las madres primíparas son amas de casa. La madre primípara con nivel socio-económico medio-bajo tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la atención del recién nacido. El 50% de las madres primíparas recibió información sobre la atención del recién nacido por sus familiares-amigos y el 2% por el médico. El 56% de las madres primíparas no tiene conocimiento de las vacunas que recibe el recién nacido y el 13% sobre la BCG. El 45% de las madres primíparas considera que el inicio de la estimulación temprana debe realizarse desde que nace y el 9% desde los 6 meses. El 72% de las madres primíparas considera que la alimentación del recién nacido es la lactancia materna y el 9% lactancia materna + infusiones. El 33% de las madres primíparas considera que el tiempo de duración de la lactancia materna es hasta el año y el 3% un mes. (16)*

**SÁNCHEZ Pinares Gloria Carmen**, estudió en el año 2006. 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 %”.*(17)

**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. Estudio de tipo cuantitativo, corte transversal con diseño descriptivo. Se realizó con 82 madres. El procesamiento de datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 15. 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:

*“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". (18)*

**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. Se llego a la conclusión:

*"La educación que se brinda a la primípara influye en los conocimientos y actitud frente a los cuidados del Recién Nacido las madres adolescentes embarazadas son de alto riesgo, porque no están preparada ni anatómicamente, ni psicológicamente para asumir la responsabilidad de ser madre ni para el cuidado de sus recién nacidos, si a ello agregamos que los RN prematuros tienen alguna enfermedad, estos acontecimientos requieren de muchos disposiciones de aprender de la madre. 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 que las madres adolescentes presentan temor miedo y muchas inquietudes de conocer así mismo, en otras persiste el negativismo de acercarse a su hijo y rechazo al momento de realizar su cambio de pañal". (19)*

**MERÉ Jairo** en su estudio "Conocimientos sobre cuidados del recién nacido que poseen las madres adolescentes que acuden al



control pre-natal del Hospital Nacional San Bartolomé. 2008, El método usado fue el descriptivo transversal y su población estuvo constituida por 68 madres adolescentes que se encontraban en el tercer trimestre de gestación y que tuvieron como mínimo 3 controles pre-natales, en los consultorios de obstetricia del Hospital Nacional San Bartolomé. Para el recojo de información se utilizó la técnica de la entrevista y su instrumento fue un cuestionario. Se llegó a la siguiente conclusión:

*“En relación a los conocimientos sobre el cuidado del recién nacido que poseen las madres adolescentes que acuden al control pre-natal, el 41% de las encuestadas tienen conocimientos adecuados y el 59% poseen conocimientos inadecuados”.* <sup>(20)</sup>.

**MACHUAJIBA Haydee** en su estudio “Nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido y su relación con los factores socio culturales en madres adolescentes. Instituto Materno Perinatal. Setiembre 2009 La presente investigación es un estudio descriptivo, de corte transversal; realizado en el Instituto Materno Infantil de Lima durante el mes de setiembre de 2009 con el fin de identificar la relación entre el nivel de conocimiento y factores socio culturales acerca del cuidado del recién nacido en madres adolescentes. La población muestral estuvo constituida por 230 adolescentes cuyas edades fluctuaban entre 12 y 19 años. Para la recolección de datos, se elaboró un cuestionario con datos generales y preguntas para identificar el nivel de conocimientos, con un total de 21 preguntas; que se aplicó a través de entrevista individual. Los resultados se analizaron aplicando Chi cuadrado para identificar la asociación entre las variables de estudio. Se llegó a la siguiente conclusión:

*“En el estudio la mayoría de las adolescentes tienen un nivel de conocimiento regular. Existiendo evidencia de que las variables grado de instrucción, experiencia cuidando niños menores de un*

*mes, procedencia e información durante el embarazo influyen significativamente sobre el conocimiento de las madres adolescentes. Las variables edad, estado civil, número de veces que asistió al control prenatal, ocupación, fuente de información, no influyeron significativamente sobre el nivel de conocimiento de adolescentes.”(21)*

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. Conocimiento**

El camino recorrido por el hombre en busca del conocimiento es vasto y va desde las primigenias ideas platónicas abstractas, lejanas de objetos concretos, de carácter mágico realista y donde el conocimiento es simplemente la imagen de objetos externos y sus relaciones hasta el constructivismo y el evolucionismo, concepciones epistemológicas en las que el individuo o los grupos sociales fabrican a pulso el conocimiento, cuyo sùmmum es la memética, sistema teórico que concibe al conocimiento en la sociedad y en el individuo como subproducto resultante de la evolución de fragmentos independientes del conocer, compitiendo por el dominio de la mente.

En este largo camino, el hombre siempre trata de aprehender de lo que está en su circunstancia y empírica e intuitivamente comprende que si quiere sobrevivir en el hostil y cambiante medio, que no podía explicárselo, debe encontrar una respuesta satisfactoria para cada cosa o hecho nuevo que se le presente.

Alegre sostiene que “todo conocimiento que se pueda poseer (creencia verdadera justificada) es el resultado de un análisis sistemático (Científico) de nuestra experiencia sensorial de una realidad externa”. (22)

Sanguinetti, señala que el conocimiento es un acto contemplativo, no una modificación de la realidad. Es una actividad psíquica irreductible a los fenómenos físicos tal como los describen las ciencias naturales. Pero incluye esencialmente una relación inmediata con la realidad conocida”. (23)

La Real Academia Española refiere que el conocimiento es un conjunto organizado de datos, e información sobre hechos o verdades, almacenado a través de la experiencia, aprendizaje, o través de la introspección. También refiere que el conocimiento es un proceso de relación entre sujeto-objeto y que se obtiene cuando se pone en contacto con el mundo exterior”. (24)

Platón considera al conocimiento como algo abstracto superior a cualquier otro. Aristóteles mantenía que casi todo el conocimiento se deriva de la experiencia. El conocimiento se adquiere ya sea por vía directa, con la abstracción de los rasgos que definen a una especie, o de forma indirecta, deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos, de acuerdo con las reglas de la lógica.<sup>(25)</sup>

Según Mario Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificándolo en conocimiento científico y conocimiento vulgar. El conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia, es fruto del esfuerzo consciente, es metódico, claro, indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica. El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori) o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de

múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos poseen un menor valor cualitativo. <sup>(26)</sup>

Platón Sostenía que tanto los objetos materiales percibidos como el individuo que los percibe están en constante cambio; pero, como el conocimiento se relaciona tan sólo con los objetos inmutables y universales, el conocimiento y la percepción son diferentes en esencia. <sup>(27)</sup>

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la teoría del conocimiento; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego episteme, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento. Su definición formal es “Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias. Se la define también como el campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico. En cambio, gnoseología deriva del griego gnosis, conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general, sin limitarse a lo científico. En la práctica, la gnoseología es considerada como una forma de entender el conocimiento desde la cual el hombre partiendo de su ámbito individual, personal y cotidiano establece relación con las cosas, fenómenos, otros hombres y aún con lo trascendente <sup>(28)</sup>

### **Tipo de conocimiento**

- **Conocimiento cotidiano o vulgar:** Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean.

- **Conocimiento científico o formal:** Llamado conocimiento crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad.

### 2.2.2. 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.<sup>(29)</sup>

Según **Kathryn E. Barnard** al descubrir al niño utilizó las características personales de apariencia física temperamento, patrones de nutrición de sueño y autorregulación.

En esta etapa, la confianza estudiada por Erick Ericsson, es fundamental para el desarrollo del recién nacido, lo cual se manifiesta a partir de las caricias, los besos, los arrullos, y cualquier actitud que exprese afecto, protección, demostrando así preocupación por el bienestar del niño, enmarcado siempre en un contexto de amor. Este vínculo que genera la madre con su recién nacido en este proceso es positiva en la medida en que la madre se siente mejor con su hijo, siente la necesidad de cuidarlo y brindarle todas las herramientas para su bienestar y satisfacer sus necesidades, así como el bienestar y satisfacción del recién nacido. (30)

### **Cuidados del recién nacido en el hogar**

Son todos aquellos procedimientos y acciones que realiza la madre para atender a su recién nacido y prodigarle atención una vez que llegan al hogar después del alta en el establecimiento de salud. El bebé debe amamantarse poco después del parto o al menos dentro de las cuatro horas siguientes. La mayoría de bebés están en horario de alimentación a libre demanda y se les alimenta cuando están despiertos. Por lo común se indica a las madres que alimenten a sus bebés durante el día cada vez que ellos deseen y sólo cuando se despiertan durante la noche en los primeros días después del parto. Los niños amamantados se alimentan con mayor frecuencia que los alimentados con biberón porque la leche materna se digiere más rápido que las fórmulas hechas con leche de vaca, debido a que el estómago se evacua más pronto. No se recomiendan los suplementos de agua. Sin duda alguna, el mejor alimento para el bebé es la leche materna, ésta es un fluido especialísimo. (31)

### **Lactancia materna al recién nacido**

La leche materna constituye por sí sola el mejor alimento que puede darse a un niño durante los primeros seis meses de edad debido a sus ventajas nutricionales, inmunológicas higiénicas y psicológicas que necesita para su crecimiento y desarrollo no existe ningún sucedáneo o sustituto artificial que pueda igualar su calidad. Dar de lactar es mucho más que dar alimento, es dar seguridad, amor, placer y compañía. El apoyo familiar es fundamental para una lactancia exitosa. El agua contenida en la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades de líquidos de la niña y niño incluso en los climas secos y calurosos. Por lo tanto no es necesario dar otros líquidos para saciar su sed. La introducción de agüitas infusiones o otros alimentos atenta contra una lactancia materna exitosa y contribuye a incrementar el

riesgo de enfermedades infecciosas. La alimentación de la niña o niño con leche materna debe ser a libre demanda estimular la succión frecuente asegura la producción de la leche materna. Los niños y niñas dormilones deben ser despertados para que lacten con frecuencia y asegurara su alimentación. El contacto de la madre con el agua fría. Determinados alimentos y comidas así como el uso de medicamentos no son impedimentos para dar de lactar. Los lactantes alimentados con leche materna exclusivamente hasta los seis meses, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos. La alimentación con biberón representa una grave amenaza para la vida y la salud de millones de niños. Muchas madres no confían en su propia necesidad para amamantar a sus hijos y necesitan recibir el estímulo y apoyo práctico del padre del niño del personal de salud, los agentes comunitarios de salud, los familiares amigos los grupos de mujeres. Facilitar el contacto entre la madre y la niña o niño dentro de las primeras horas después del nacimiento para que el recién nacido inicie la lactancia y se estreche la relación madre niño(a) El recién nacido debe ser colocado inmediatamente después (en la primera hora de nacido) después de nacido para estimular la producción de leche. El contacto piel a piel madre-niño. Inmediatamente después del parto, durante unos 15 minutos a más, facilita la lactancia y disminuye la morbilidad neonatal. De otro lado la madre será muy sensible y atenta respecto a su niño o niña; la interacción entre ambos el contacto piel a piel visual auditivo fortalecerá los vínculos afectivos. (32) Las madres a las que se le practica una operación cesárea también pueden amamantar inmediatamente después de la misma (en la primera hora, si recibieron anestesia local y disponen de la ayuda de un personal de salud para acomodarse al momento de amamantar a su niña o niño. La importancia del calostro durante los primeros días de vida es

porque es un alimento muy especial, que segregan o secretan de 3 a 5 días posterior al nacimiento, la secreción mamaria recibe el nombre de calostro la consistencia de leche en esta etapa es de un líquido de color amarillento, espeso, rico en proteínas, vitamina A y sustancia inmunológica sodio potasio VITAMINA E caroteno el calostro contiene 10 aminoácidos esenciales, el calostro contiene un porcentaje en inmunoglobulina "A". (33)

### **El baño al recién nacido**

Los procedimientos del baño del bebé se deben realizar de la siguiente manera En lo que se refiere al baño propiamente dicho, una vez haya desnudado al bebé, debe colocarlo en el agua inmediatamente para que no coja frío. Debe sujetarlo la cabeza con una mano e introducirlo en la bañera con la otra y empezar por los pies debe hablar la madre suavemente mientras le va bajando lentamente el resto del cuerpo hasta que esté completamente metido en la bañera. Y utilizará una manopla o una toalla para lavarle la cara y la cabeza. Seguidamente, con las yemas de los dedos o un cepillo pequeño para el pelo especial para bebés, masajearlo el cuero cabelludo, incluyendo el área que recubre las fontanelas. Cuando le aclare el jabón o champú, enjuague la mano sobre la frente del bebé para evitar que le entre jabón en los ojos. Después del baño, envuélvalo inmediatamente en una toalla de pies a cabeza. Para mantener al bebé calentito y no exponer al aire y No debe dejar nunca a un bebé sólo en la bañera. Durante el aseo, preste especial atención a los pliegues que se forman en las axilas, detrás de las orejas, el cuello y el área genital después de asearlo asegúrese de secarlo bien antes de ponerle un pañal limpio y vestirlo.



### **Aseo de los genitales del recién nacido**

El aseo de los genitales del bebé en lo que respecta al cambio de pañal deberá realizarse cuidadosamente a fin de evitar escaldaduras. Si se utilizan pañales desechables y el bebé sólo ha miccionado puede cambiarse el pañal cada 6 horas aproximadamente durante el día, no es aconsejable cambiarlo durante la noche, a no ser que haya realizado deposiciones, debido a la pérdida de calor que representa desabrigar al recién nacido. En caso de utilizar pañales de tela, se deberá cambiar al bebé cada vez que lo requiere. No se aconseja el uso de talco para evitar escaldaduras, en su reemplazo puede utilizarse almidón de maíz (maicena) o mandioca. Se debe instruir a la madre que utilice un jabón suave sólo para los genitales según se necesite, se considera suficiente para los primeros tres o cuatro días. El baño del resto del cuerpo debe ser con agua tibia (debe sentirse placentera en la cara interna de la muñeca - entre 36.2 y 37.2 ° C). El recién nacido necesita un baño diario, de no poder realizarlo así se deben lavar diariamente y con cuidado los surcos de debajo del cuello, los brazos y el área del pañal.

### **Cuidado de áreas específicas en el recién nacido**

- Ojos: Se limpian de la comisura interna hacia la externa con un pedazo algodón humedecido en agua, sin utilizar jabones ni líquidos especiales para cada ojo. No se requiere cuidados adicionales además de esta limpieza a menos que hay evidencia de inflamación o infección. Cualquier enrojecimiento, inflamación o descarga debe reportarse al profesional de salud.
- Boca: Se limpia la parte interna; paladar, encías y lengua, donde se almacena resto de la leche materna con la finalidad de evitar el crecimiento bacteriano y micótico. Un trozo de gasa mediano humedecido en agua hervida es suficiente para la

higiene. La madre antes de este procedimiento debe tener las manos limpias.

- **Nariz y oído:** No es conveniente emplear aplicadores con punta de algodón (hisopos) para limpiar el interior de la nariz o los oídos del recién nacido porque pueden dañar los delicados tejidos. En general, la nariz no requiere limpieza porque el niño estornuda para limpiar las vías nasales. En caso que se necesario retirar moco seco de la nariz, conviene utilizar un pedacito de algodón que se retuerce y humedece con agua. Un trozo mediano algodón o una toalla de baño suave también puede emplearse para limpiar sólo el oído externo. No debe introducirse nada al interior del oído.
- **Uñas:** Si el recién nacido tiene las uñas largas y se araña, es necesario recortarlas. Debe hacerse un corte recto y con tijera de punta roma. Se aconseja que se recorten las uñas mientras el recién nacido este dormido para evitar que se le pueda lastimar por un movimiento brusco.

### **Cuidado del cordón umbilical**

El cuidado del cordón umbilical del recién nacido es importante. Para evitar posibles infecciones, algunos pediatras recomiendan desinfectar el área con alcohol u otro antiséptico en cada cambio de pañales hasta que el cordón umbilical se seque y se desprenda, generalmente ente 10 días a 3 semanas se desprende. El área del ombligo del bebé no se debería sumergir en agua hasta entonces. Antes de desprenderse, el cordón umbilical cambiará de color, de amarillo a marrón o negro. Es algo normal. Si el área del ombligo del bebé se enrojece, empieza a oler mal o supurar siempre observar, y avisar inmediatamente debe llevar al pediatra.

### **Cuidado perianal en el recién nacido**

Los niños orina y defecan con frecuencia y deben cambiarse los pañales cuando estén húmedos o sucios. Para limpiar el área perianal es suficiente usar agua o toallitas húmedas. Sin embargo estas toallitas podrían contener sustancias químicas y fragancias que irritaran la piel del recién nacido. Podría ser necesario usar jabón suave para eliminar algunos residuos fecales. Si el área del pañal no se limpia bien, se desarrollan con rapidez rozaduras que son el resultado de irritación por amoníaco. Después de haber lavado y secado cuidadosamente al niño puede aplicarse unguento con vitaminas A y D u óxido de zinc. Si se utilizan pañales desechables, el niño puede desarrollar rozaduras en los lugares donde la piel entra en contacto con el plástico del pañal. La profilaxis más importante es mantener la piel limpia y seca.<sup>(34)</sup>

### **Termorregulación en el recién nacido**

Después del establecimiento de la respiración, la regulación térmica constituye el factor más crítico para la supervivencia del recién nacido. La regulación térmica es la habilidad del recién nacido para producir calor y mantener una temperatura corporal normal. Es una función metabólica vital y constituye un desafío constante. Antes del nacimiento, el feto se mantiene a una temperatura estable ideal dentro del útero. En contraste, al nacer, el medio ambiente del neonato puede cambiar rotundamente. Cuando se le expone a un ambiente frío, el recién nacido requiere de calor adicional. Los mecanismos fisiológicos que elevan la producción de calor se denominan termogénesis. Estos incluyen aumento del metabolismo basal, actividad muscular y termogénesis química también llamada termogénesis sin estremecimiento. Los recién nacidos son susceptibles a la pérdida de calor por su gran superficie corporal en relación con su peso. Su piel delgada, los vasos sanguíneos están cerca de la

superficie, y hay poca grasa subcutánea que se aísla. La pérdida de calor hacia el medio ambiente tiene lugar en cuatro formas: evaporación, conducción, convección e irradiación. (34)

- **Evaporación:** la evaporación ocurre cuando las superficies húmedas se exponen al aire. Se produce pérdida de calor cuando el agua se convierte en vapor. El recién nacido pierde calor de inmediato al evaporarse el líquido amniótico de la piel. También se produce evaporación durante el baño. Por consiguiente, es importante secar al niño tan rápido como sea posible para evitar la pérdida de calor. Es de singular importancia secarle la cabeza por ser una gran superficie del cuerpo. Se produce pérdidas adicionales de calor por evaporación mediante la pérdida imperceptible de agua a través de la piel y por la respiración. Por ejemplo: leche regurgitada en la ropa, cabello húmedo por el baño, pañal húmedo.
- **Conducción:** la conducción es la transferencia de calor hacia una superficie más fría por el contacto de la piel. La conducción se produce cuando los recién nacidos entran en contacto con objetos fríos. Las manos, mesas de exploración, estetoscopios fríos, etc.
- **Convección:** la convección es la pérdida de calor de la superficie caliente del cuerpo por el aire en movimiento a menor temperatura. El flujo producido por el aire acondicionado y las personas en movimiento en la habitación aumenta la pérdida de calor. Para controlar o evitar la pérdida de calor por convección, suele colocarse a los pequeños bajo calefactores radiantes o en incubadoras (alejados de las corrientes de aire).
- **Radiación:** la pérdida de calor por radiación se produce de un objeto caliente a uno más frío y con objetos que no están en contacto uno con otro. Por ejemplo, si la cuna está próxima a

una ventana fría o si las paredes de la incubadora están frías se pierde calor por radiación.

### **Sueño del recién nacido**

Los recién nacidos que están bien y se sienten cómodos en general duermen la mayor parte del tiempo y se despiertan y lloran cuando tienen hambre o se sienten incómodos. Algunos duermen hasta 20 de las 24 horas (aunque esto varía en forma considerable de uno a otro niño). Su sueño no es profundo como el del adulto, más bien los recién nacidos se mueven mucho, se estiran y a intervalos despiertan en forma momentánea. Pueden acostarse cualquier lado o sobre el abdomen, en especial cuando se van a dormir. Es necesario insistir en la importancia de evitar colocar al niño de espaldas para que duerma (las aspiraciones son más frecuentes cuando se producen en esta posición). Es necesario respetar el horario de sueño del bebé, evitando los ruidos bruscos, realizar limpieza delante de ellos. Muchos padres tienen la duda si deben despertar a sus hijos para alimentarlos si han pasado más de tres o cuatro horas seguidas durmiendo. Lo aconsejable es no despertarlos, pues se ha demostrado que el sueño además de proporcionar energías para el recién nacido contribuye mucho a su crecimiento y desarrollo. El bebé despertará por sí solo cuando empiece a sentir hambre. Sí es importante vigilar al bebé de manera frecuente. La disposición del bebé en decúbito prono se ha asociado con un aumento en la incidencia del síndrome de muerte súbita infantil. (35)

### **Eliminación intestinal y vesical del recién nacido**

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

Los padres deben familiarizarse con la frecuencia, color, olor y consistencia de las heces. Las primeras heces son verde oscuro lo que podría alarmar a los padres. El recién nacido pasa de deposiciones de meconio los primeros días de vida, después alrededor del tercero o cuarto día las heces comienzan a cambiar de forma gradual y toman un color verde amarillento. Estas heces de transición son menos pegajosas que el meconio y contiene algunos coágulos de leche. Los niños alimentados con leche materna tienen heces más suaves y frecuentes (amarillo mostaza) y tener un olor característico que en ocasiones se describe como “dulce”. Los niños amantados al pecho orinan con mayor frecuencia, usualmente en cada comida. (36)

### **Vestimenta del recién nacido**

Es común que los padres pregunten cuánto deben abrigar a su bebé. Una regla sencilla es que vistan al bebé como se visten ellos, añadiendo o eliminando prendas según sea necesario. Una camiseta y un pañal pueden ser suficientes para el bebé. Si el clima es frío es preciso proteger la cabeza con un gorro para minimizar la pérdida de calor; también se utiliza para protegerlo contra las quemaduras solares y hacerle sombra a los ojos si hace sol y calor. Envolver al bebé apretado en una manta mantiene la temperatura corporal y promueve la sensación de seguridad. El exceso de prendas en temperaturas cálidas puede causar incomodidad y mucho calor. Vestirlos de forma insuficiente en tiempo frío también puede producir molestias; pueden aparecer lesiones por congelación de las mejillas, los dedos de las manos y de los pies. El cuidado de la ropa de los bebés se dirige hacia la reducción de la posibilidad de infecciones cruzadas. La ropa del bebé debe lavarse por separado con un detergente o jabón suave y agua caliente. El enjuague doble por lo general elimina toda traza de agentes limpiadores potencialmente irritantes o residuos

ácidos de la orina o las heces. De ser posible, las ropas y la lencería deben secarse al sol para neutralizar los residuos. La ropa de cama debe cambiarse con frecuencia. El colchón ha de ser firme y tener una cubierta de plástico. (37)

### **2.2.3. Signos de alarma en el recién nacido**

- Apnea (pausa en la respiración): Es el cese de la respiración por más de 90 segundos acompañados de bradicardia, cianosis palidez, hipotonía o acidosis metabólica. Es un hecho frecuente en el prematuro, ya que el 80% de los menores de 1000 gr. y el 50% de los menores de 1500 gr. presentarán algún episodio de este tipo durante su evolución. Debe diferenciarse de la respiración periódica, que es un patrón respiratorio normal que presentan algunos prematuros y que consiste en pausas respiratorias recurrentes de 5-15 segundos seguidas de movimientos respiratorios normales o rápidos por otros 10 a 15 segundos. Dura más de 15-20 segundosEl recién nacido cambia de color: se pone pálido ó cianótico (azulado).Se asocia con la disminución de la frecuencia cardiaca (bradicardia).
- Cianosis (coloración azulada de la piel): Coloración azul oscura de lengua, mucosas y piel, debida al aumento de la cifra absoluta de hemoglobina reducida (Hbr) por encima de 3 g/dl.
- Ictericia (coloración amarillenta de la piel): Cuando se prolonga más de tres días con lactancia artificial o diez con lactancia materna. Igualmente si aumenta de intensidad o adquiere un tinte verdusco. La ictericia es uno de los fenómenos clínicos más comunes durante el periodo neonatal y es una frecuente causa de hospitalización en las salas de cuidados de recién nacidos, para fototerapia. Existe controversia sobre las posibles consecuencias de la ictericia neonatal y sobre el momento en que se debe iniciar su tratamiento. Bajo ciertas circunstancias

la bilirrubina puede ser tóxica para el sistema nervioso central produciendo daño neurológico permanente. La ictericia resulta de un incremento de bilirrubina presente en el hígado, o de la imposibilidad de excretar la bilirrubina por disyunción en el proceso metabólico hepático, intestinal o renal. Es clínicamente evidente cuando existe una concentración de bilirrubina mayor de 5 mg/dl en suero.

- Alteración de la temperatura: Se considera HIPOTERMIA (frialdad) cuando la temperatura axilar es inferior a 36° C, debiéndose tener especial atención cuando se acompaña de otros síntomas. Se entiende por HIPERTERMIA (fiebre) una temperatura axilar superior a 38° C. Mientras se hace la consulta se debe procurar no abrigarle en exceso, en caso de seguir ascendiendo la fiebre poner paños de agua templada.
- Convulsiones: (movimientos anormales de aparición brusca). Aunque en ocasiones son apreciaciones subjetivas debe siempre consultarse con el pediatra. Las convulsiones neonatales son un proceso frecuente con una incidencia de 1,8-511.000 recién nacidos vivos, y suelen ser la primera manifestación de una disfunción neurológica secundaria a una gran variedad de etiologías. El rápido reconocimiento de estos procesos y el inicio de un tratamiento eficaz y específico mejoran el pronóstico de estos pacientes.
- Abombamiento abdominal: Tanto si se establece de forma brusca o progresiva. Adquiere especial urgencia si se acompaña de estreñimiento, vómitos, dificultad para respirar o decaimiento general.
- Vómitos: Se considera como normal la expulsión de leche tras la alimentación, coincidiendo con la expulsión de aire, que suele ser de poca cantidad y con escasa fuerza denominándose regurgitaciones. Adquieren especial valor cuando son de tipo bilioso o a chorro, se acompañan de



abdomen excavado o distendido o pérdida de peso, lo que les diferencia bien de las regurgitaciones normales.

- **Deposiciones:** Para catalogarlo de DIARREA (aumento del número de deposiciones) se requiere que éstas sean fluidas y/o en número superior al habitual, con presencia posible de moco y sangre y acompañándose, por lo general, de otros síntomas como irritabilidad, rechazo del alimento o vómitos.
- **El estreñimiento:** (disminución del número de deposiciones) aparece cuando el bebé no hace deposiciones en 24-48 horas o las deposiciones se endurecen, acompañándose la defecación de incomodidad o esfuerzo.
- **Alteraciones umbilicales:** La presencia de enrojecimiento o edema en la cicatriz umbilical puede indicar un proceso infeccioso que podría requerir tratamiento general.
- **Trastornos del tono:** La HIPOTONÍA (falta de fuerza muscular) requiere especial atención cuando se acompaña de cara inexpresiva, disminución del tamaño y movimientos del tórax o esta falta de fuerza está localizada en una sola extremidad o en un hemicuerpo. La HIPERTONÍA (rigidez) es también motivo de alarma.
- **Retraso en la emisión de orina:** Puede ser normal durante las primeras 24 horas de vida, incluso hasta las 48 horas, después de este período se considera patológico.
- **Pérdida de peso:** Se considera normal una pérdida de peso máxima del 10% con respecto al del nacimiento. A partir del 3° 4° día debe iniciarse una ganancia de peso.
- **Rechazo del alimento:** Debe valorarse cuando es continuado. Como norma general en la alimentación del recién nacido nunca debe forzarse a que ingiera la cantidad que se ha considerado como adecuada. Principalmente debe valorarse cuando se acompaña de disminución de la actividad, vómitos o abombamiento abdominal.

- **Palidez:** Más vaporable es la palidez de mucosas, si bien hay que tener en cuenta que durante los primeros 4 días de vida, el recién nacido suele presentar aspecto rojizo. Tendrá mayor importancia si se acompaña de ictericia, signos de insuficiencia respiratoria o edemas.
- **Alteraciones cutáneas:** Deben considerarse fundamentalmente la aparición de lesiones descamativas, vesículas o ampollas, pigmentaciones o ulceraciones cutáneas. Igualmente debe consultarse cuando existe alteraciones en las uñas o defectos en la aparición habitual del pelo, cejas o pestañas.
- **Alteraciones oculares:** Una continua aparición de lágrimas puede ser debida a una obstrucción del canal lacrimal. Igualmente la presencia de cualquier secreción o enrojecimiento debe ser consultada.
- **Obstrucción nasal:** Es normal durante los primeros días de vida al obstruirse las fosas nasales por mucosidad. Si dificulta la toma de alimento, poner suero fisiológico. En caso de persistencia deberá consultarse al pediatra por la posibilidad de una obstrucción congénita.

#### **2.2.4. Estimulación temprana en el recién nacido**

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

La estimulación del recién nacido, debe realizarse según las siguientes actividades:

- **Área motriz:** En posición supina (boca arriba) durante el tiempo que el recién nacido esté despierto se llamará su atención con

una sonaja, un aro o una campana, sonando el objeto en posición lateral o en línea media. Mientras suena el objeto se le ayudará a rodar parcialmente sobre el costado. Tomar al niño entre ambas manos y ayudarlo a incorporarse hasta alcanzar la posición de sentado, cuidando la caída de la cabeza. Es recomendable que el niño permanezca boca abajo algún tiempo durante el día, pero siempre vigilado, acariciarle la espalda para provocar movimientos de la cabeza. Golpear rítmicamente la superficie donde se encuentra acostado para provocar movimientos. Darle objetos para que los sostenga, por ejemplo una sonaja, si se le cae volvérsela a dar. Antes o después del baño hacerle ejercicios, estirando o cruzándole los brazos, levantándole las piernas, darle masajitos, etc.

- Área adaptativa: Colocar objetos en su línea media de visión (frente a sus ojos) colgados en la cuna o en el sitio donde permanezca más tiempo, o la madre misma colocarse al frente para que el bebé la observe. Sonar una campana, sonaja o cualquier otro objeto con sonido fuera de su vista hasta llegar a donde el niño la vea.
- Área del lenguaje y personal social: Platicarle mucho, se aprovechará la hora de alimentarlo, cambiarlo o bañarlo para acariciarlo, tocarlo suavemente, platicarle, procurando no perder oportunidad para hacerlo. Ponerle música de todo tipo, el aspecto más importante de esto es la frecuencia con la que se realice, que debe ser varias veces al día. Es muy necesario establecer con el niño una relación amorosa y de mucha seguridad.

### **2.2.5. Rol del profesional de enfermería**

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

funcional de la madre inmediatamente después del parto, y con frecuencia ésta no ha regresado al nivel que tenía antes del embarazo transcurridos seis meses después del parto. Los cuidados de enfermería durante el puerperio toman en cuenta las necesidades físicas y psicológicas de la madre primípara. La madre tiene además la necesidad de apoyo emocional; se le da orientación previa e instrucción con respecto al cuidado de la salud teniendo en cuenta sus inquietudes; y favorece y fomenta el desarrollo de la relación entre la madre y el recién nacido. En la valoración psicosocial incluye el estado emocional de la madre primípara y su respuesta a la experiencia de trabajo de parto, sus interacciones con el recién nacido, la alimentación del recién nacido, los ajustes al papel maternal y las nuevas relaciones con la familia, el progreso de aprendizaje del cuidado personal. La enfermera también valora el nivel de conocimiento de la madre y su capacidad con respecto al cuidado personal, cuidados del recién nacido y preservación de la salud. El grado de comprensión de cada madre primípara y su capacidad para cuidar del niño es variable. Los cuidados de enfermería proporcionan ayuda individual a la madre para que adquiera los conocimientos y destrezas necesarias para cuidar de sí misma y del recién nacido. El método que la enfermera emplea para la enseñanza y orientación en el posparto debe tener en cuenta las diversas perspectivas culturales, y con frecuencia requiere modificaciones que tengan en cuenta los valores y prácticas de cada cultura. Al dar enseñanza es conveniente incluir al resto de los miembros de la familia para lograr mayor eficacia en el desarrollo de los cuidados. La orientación anticipada para el alta del hospital, se enfoca en ayudar a la madre a prepararse para las tensiones relacionadas con el cuidado del recién nacido en el hogar, y darle apoyo para lograr un ajuste óptimo en la familia. La enfermera necesita discutir con la madre el comportamiento de neonato, sus llantos y

necesidades. Es más probable que la madre responda al niño cuando conoce su habilidad de interacción con el tacto, aspectos, contacto visual y expresiones faciales. Las madres necesitan saber que la mayoría de los pequeños responden positivamente a las caricias, masajes y besos. La enseñanza debe iniciarse tan pronto como la madre está lista para participar en los cuidados. Durante el primer día del puerperio y primer día del niño después de su nacimiento, debe animársele a participar en la demostración del baño, si sintiera que puede hacerlo, en lugar de solo observarlo. De igual manera, la enfermera demostrará como abrazar al bebé, las posiciones para alimentarlo y la forma en que le debe realizar la limpieza del cordón umbilical, los genitales y después observará como lo hace la madre. Esto podrá ir seguido de folletos, clases en grupo. (37)

**Virginia Henderson**, Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona. En el recién nacido se prioriza las siguientes necesidades:

- Necesidad de comer y beber adecuadamente: Se debe conocer los beneficios de la lactancia materna para el bebé y establecer una supervisión si se realiza correctamente.
- Necesidad de eliminar por todas las vías: Se deberá observar si la eliminación es normal, protegiendo la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir de acuerdo a la estación.

- Necesidad de moverse y mantener la debida postura: Se debe desarrollar en el recién nacido estímulos para ayudar a su motricidad y adaptación con el medio.
- Necesidad de dormir y descansar: Se deberá evitar los ruidos bruscos, dejar que se despierten por si solos cuando tengan hambre, porque el sueño proporciona energía en el recién nacido.
- Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel: Es importante que el baño del recién nacido debe ser realizado diariamente y la limpieza de su cordón umbilical y así evitar enfermedades del ambiente.
- Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas: Hace referencia a la prevención de accidentes del recién nacido en la casa y a la protección de sí mismo principalmente los primeros meses.
- Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, o “sensaciones” Necesidad de trabajar en algo de la sensación de utilidad
- Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo: Realizar estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares a motivar los estimulación temprana en el recién nacido a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

Una de las función de una enfermera es ayudar al niño sano y enfermo, en este caso al recién nacido demostrando los cuidados fundamentales que debe dar la madre primeriza para que pueda satisfacer las necesidades y en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su bienestar, desarrollo y crecimiento normal del bebe.

**Ramona T. Mercer** en su teoría “Adopción del Rol maternal” que se centra en el cuidado maternal y en la asunción de este papel en diversas poblaciones. Su teoría es de nivel medio y establece estrechas conexiones entre el marco teórico, la investigación y la práctica. Esta teoría sigue un enfoque tradicional de las ciencias sociales como base para el desarrollo abstracto. Las primeras investigaciones de Mercer se basaron en la teoría de los sistemas de Goffman. Mercer investigo sistemáticamente la adopción del rol maternal y desplego una argumentación compleja para explicar los factores que influyen en el desarrollo de dicho rol con el paso del tiempo. La aplicación de la Teoría de Mercer tiene consecuencias predecibles para el ejercicio profesional de la enfermería sanitaria dirigida a las mujeres y los niños pequeños. (38)

El autocuidado según **Dorotea Oremes** una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. La madre primeriza tiene en sus manos aplicar esta teoría mediante la enseñanza para el bienestar del recién nacido, ya que todo ser humano por naturaleza desea ser cuidado por sus padres en su niñez. (39)

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Conocimiento:** Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cualitativos.

- **Madres primíparas:** Son mujeres que por primera vez tendrán un recién nacido convirtiéndose en madres de familia.
- **Cuidado:** Son actividades que refieren realizar las madres primíparas para satisfacer las necesidades del recién nacido en el aspecto físico y estimulación temprana.
- **Recién Nacido:** Es conocido como neonato y es conocido así desde el momento de su nacimiento hasta los 29 días post- nacimiento.
- **Prácticas:** Están referidas a todas las acciones que realizan las madres primíparas para evitar algún tipo de daño al recién nacido.

## 2.4. HIPÓTESIS

**H<sub>1</sub>** = A mayor nivel de conocimiento en madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido mayor practicas adecuadas de las madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013

**H<sub>0</sub>** = A menor nivel de conocimiento en madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido menor practicas adecuadas de las madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013

## 2.5. VARIABLES

**Variable independiente** = Nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas

**Variable dependiente** = Práctica sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas



### 2.5.1. Definición conceptual de la variable

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, conceptos enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, que posee el individuo aplicado diariamente en sus actividades

### 2.5.2. Definición operacional de la variable

Actividades que permite proporciona cuidado, seguridad física, comodidad y bienestar emocional en base a la información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

### 2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fisiológico</li><li>▪ Estimulación temprana</li><li>▪ Signos de alarma</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alimentación Tipo, Frecuencia</li><li>▪ Termorregulación, Higiene</li><li>▪ Sueño, eliminación, vestimenta</li> <li>▪ Auditiva, visual</li><li>▪ Olfativa, táctil,</li><li>▪ Social.</li> <li>▪ Respiratorio</li><li>▪ Termorregulación</li><li>▪ Piel</li><li>▪ Eliminación</li><li>▪ Alimentación</li><li>▪ Ocular</li><li>▪ Umbilical</li></ul>
Práctica sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Adecuada</li><li>▪ Inadecuada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fisiológico</li><li>▪ Estimulación temprana</li><li>▪ Reconocimiento de signos de alarma</li></ul>

## **CAPÍTULO II: METODOLOGÍA**

### **3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo correlacional, no experimental, de corte transversal, de nivel aplicativo.

### **3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo se llevo a cabo en el Hospital de apoyo de Camaná está ubicado en laAV Lima 550. Está acreditado como nivel II, brinda atención en diversas especialidades y en especial para la madre, está el consultorio de ginecología y para recién nacido, el consultorio de niño sano.

El hospital atiende a personas de menores estratos socioeconómicos y culturales, sin seguro social, predominantemente urbana, sin trabajo estable, bajo nivel de instrucción y con problemas en la nutrición.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. Población**

La población estuvo conformada por todas las madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná en el periodo comprendido entre Abril a Junio del 2013 siendo un total de 32 madres primíparas.

#### **3.3.2. Muestra**

La muestra estuvo conformada por las 32 madres adolescentes primíparas, se utilizó como diseño muestral no probabilístico por conveniencia o intención.

Criterios de inclusión

- Madres primíparas atendidas en el hospital de Camaná.
- Madres mayores de 13y menor de 19 años de edad.
- Madres adolescentesprimípara que acepten participar en el estudio

Criterio de exclusión

- Madres adolescentes primíparas que no sepan leer, escribir.
- Madres adolescentes primíparas que no acepten participar en el estudio.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

Para la recopilación de los datos se uso la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario el cual consto de una introducción, instrucciones, datos generales, datos específicos, relacionado a las dimensiones, indicadores de la variable de estudio.

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validez del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos en donde participaron 6 profesionales de la salud que manejen el tema, lo cual permitirá hacer los reajustes necesarios al instrumento para luego ser sometido a la prueba estadística alfa de Cronbach

### **3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

La recolección de datos se llevo a cabo, previo trámites administrativos para obtener la autorización respectiva del campo clínico, luego de realizar las coordinaciones para la entrevista a la muestra seleccionada, se tuvo en cuenta 30 minutos por cada encuesta. Luego se elaboro una matriz de datos en la cual se registraron los datos obtenidos, con ayuda del programa estadístico Microsoft Excel para posteriormente realizar el vaciado al programa SPSS versión 19 en español, para su posterior procesamiento en tablas y gráficos para su mayor comprensión.

## **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 primíparas y luego los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a las 32 madres.

**Tabla 1**

Perfil de las madres primíparas atendidas en el Hospital de Apoyo de Camaná.  
2013

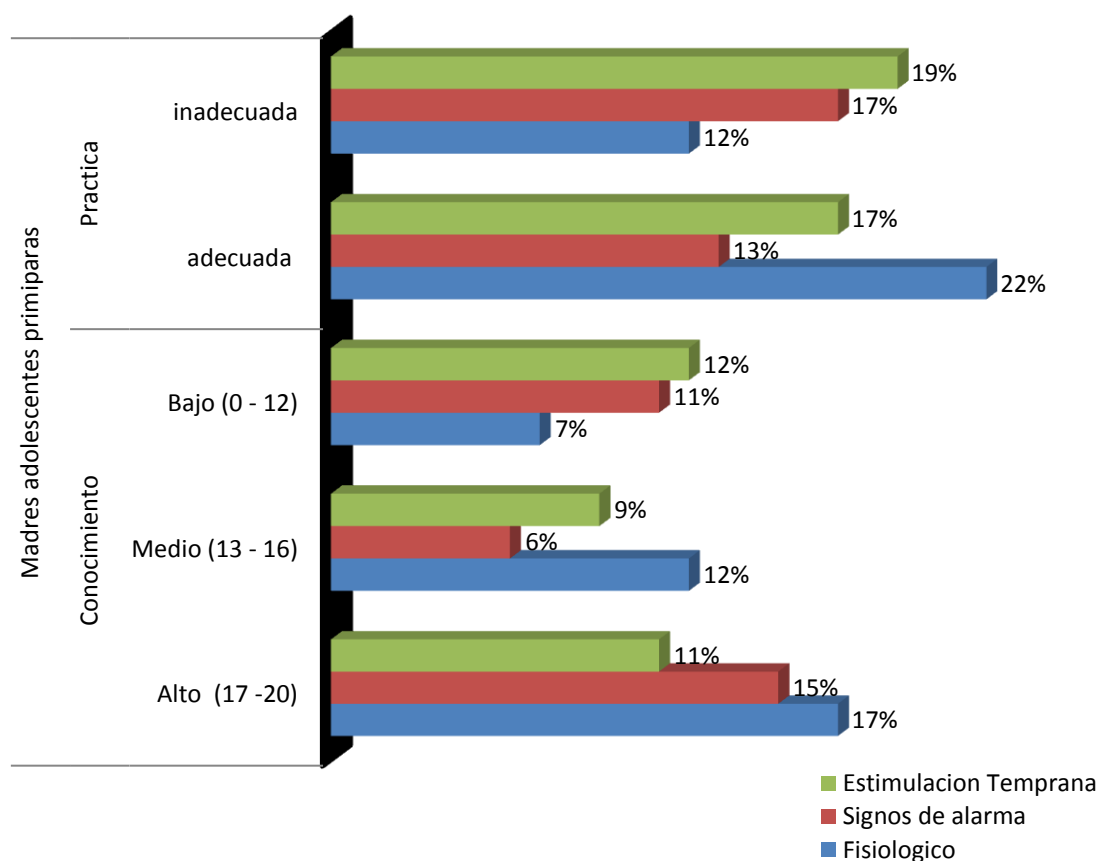
Perfil	Madres adolescentes primíparas	
	f	f%
<b>Edad</b>		
11 a 13	4	13%
14 a 16	11	34%
17 a 19	17	53%
Total	32	100%
<b>Con quien vive</b>		
Padres	18	56%
Pareja	5	16%
Hermanos	3	9%
Sola	6	19%
Total	32	100%
<b>Lugar de Procedencia</b>		
Costa	7	22%
Sierra	17	53%
Selva	8	25%
Total	32	100%
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	5	16%
Empleada del hogar	6	19%
Estudiante	21	65%
Total	32	100%

**Fuente:** Encuesta a las madres adolescentes primíparas atendidas en el Hospital de apoyo de Camaná. 2013

Del 100% de las madres adolescentes primíparas atendidas en el Hospital de Apoyo de Camaná, el 53% fluctúan entre las edades de 17 a 19 años, el 56% viven con sus padres, el 53% proceden de la sierra, el 65% son estudiantes

**Gráfico 1**

Conocimiento y práctica sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013

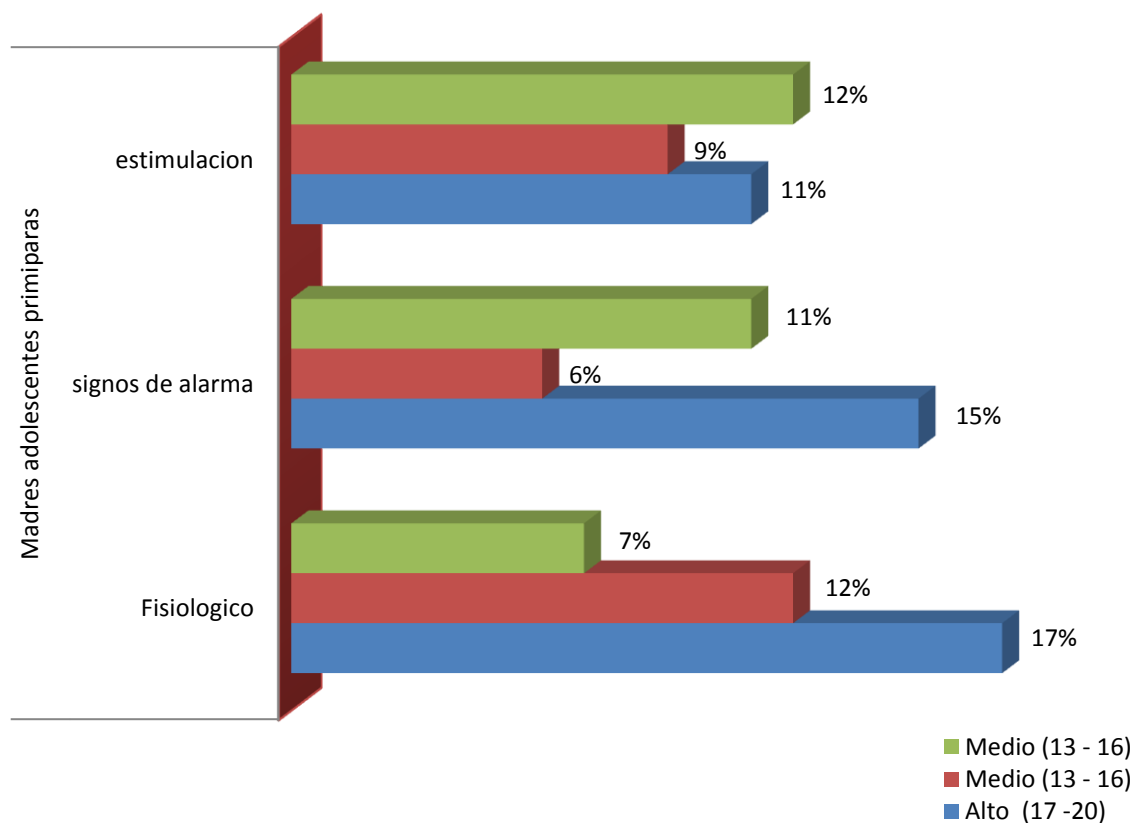


**Fuente:** Encuesta a las madres adolescentes primíparas atendidas en el Hospital de apoyo de Camaná. 2013

Las madres adolescentes primíparas, el 17% tienen un nivel alto de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido en lo fisiológico, el 15% en signos de alarma, el 11% en estimulación temprana y el 22% de las madres adolescentes primíparas, tienen una práctica adecuada de cuidados al recién nacido en lo fisiológico, el 13% en signos de alarma, el 17% en estimulación temprana.

**Gráfico 2**

Nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013



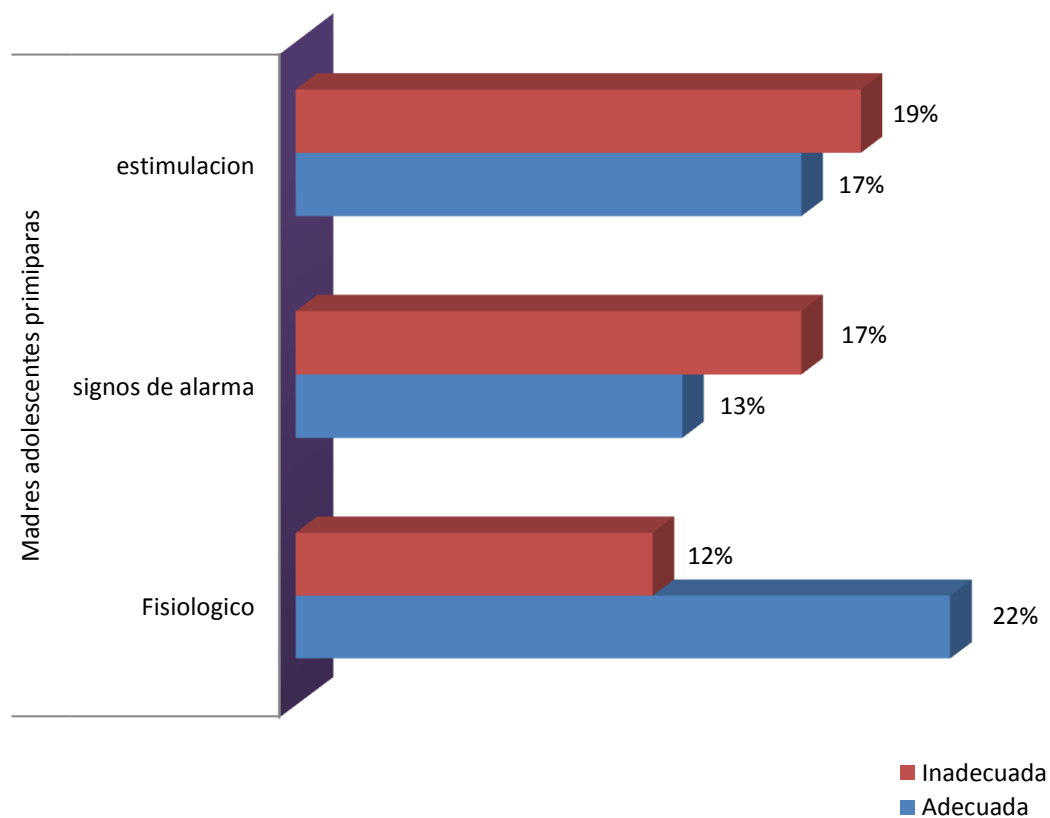
**Fuente:** Encuesta a las madres adolescentes primíparas atendidas en el Hospital de apoyo de Camaná. 2013

Las madres adolescentes primíparas, el 17% tienen un nivel alto de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido en lo fisiológico, el 15% en signos de alarma, el 11% en estimulación temprana y el 22% de las madres adolescentes primíparas.



**Gráfico 3**

Práctica sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el hospital de apoyo de Camaná. 2013



**Fuente:** Encuesta a las madres adolescentes primíparas atendidas en el Hospital de apoyo de Camaná. 2013

El 22% de las madres adolescentes primíparas, tienen una práctica adecuada de cuidados al recién nacido en lo fisiológico, el 13% en signos de alarma, el 17% en estimulación temprana.

## **CAPÍTULO V: DISCUSION**

En América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo, según UNICEF. Un promedio de 38% de las mujeres se embarazan antes de cumplir los 20 años y casi el 20% de nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes. Además de los serios riesgos para su salud, convertirse en madres implica para la mayoría de estas jóvenes abandonar para siempre su educación y el sueño de un buen empleo en el futuro. En la adolescente, repercute en su esfera social y familiar, sobre todo si es menor de 15 años.

La maternidad adolescente tiene una estrecha relación con el avance hacia los objetivos del Milenio. En primer lugar, porque se da con mayor frecuencia entre las jóvenes de familias pobres, tiende a reproducir la pobreza y la falta de oportunidades de una generación a la siguiente y, junto con ello, las probabilidades de desnutrición infantil. En segundo lugar, porque implica mayores probabilidades de mortalidad y morbilidad infantiles, así como de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. Y en tercer lugar, porque se vincula a la deserción educativa temprana de las jóvenes.

Desde la década de 1970, la fecundidad ha caído fuertemente en América Latina y el Caribe a consecuencia de una combinación de cambios socioeconómicos (industrialización, urbanización, modernización), culturales (secularización de valores, individualización en proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en el plano anticonceptivo).

En algunos países, este proceso ha sido apoyado por políticas y campañas públicas en favor de la planificación familiar. Y también contribuye la difusión de ideas y pautas de conducta afines al control reproductivo y con mayor variedad de roles sociales y trayectorias de vida, sobre todo para las mujeres. En este marco histórico, era de esperar que las y los jóvenes comenzaran a reducir el número de hijos, particularmente en generaciones con fecundidad elevada, extendiendo esta baja hacia las y los adolescentes, lo que efectivamente ocurrió hasta la década de 1980. Pero desde fines de ella, la fecundidad antes de los 20 años ha presentado una tendencia distinta: primero refractaria a la baja, y luego con una nueva propensión al aumento en varios países.

Esta resistencia al descenso de la fecundidad adolescente ha conducido a una posición ambigua a escala global. Por una parte, ella presenta niveles de fecundidad inferiores a la media mundial y de los países en desarrollo. Pero por otra, registra niveles de fecundidad adolescente que rebasan ostensiblemente la media mundial, solo superados por los índices de África, y es la región del mundo en que los nacimientos de madres adolescentes representan la mayor fracción del total de nacimientos.

La persistencia de altas tasas de embarazo y maternidad adolescentes inquieta y tiene concomitancias culturales y políticas. Entre las primeras cabe destacar el inicio cada vez más temprano del ejercicio de la sexualidad en los y las jóvenes, y el impacto incierto que ejerce la “erotización” de los medios de comunicación, incluso en programas dirigidos a niños y adolescentes. En lo político, debe constatarse la insuficiente educación sexual en el sistema

educativo en muchos de los países, la falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y la no consideración de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

La trayectoria de la fecundidad adolescente antes descrita desconcierta por al menos tres razones. En primer lugar, a escala global se observa una correlación entre el descenso de la fecundidad total y el de la fecundidad de las adolescentes, mientras se aprecia una virtual estabilidad de la fecundidad adolescente pese al fuerte descenso de la TGF.

En síntesis, la transición demográfica clásica es seguida, en general, de la denominada segunda transición demográfica, entre cuyos componentes se encuentra el retraso de la unión y de la edad en que se tiene el primer hijo, lo que no ocurre en la región. Y en tercer lugar, los factores materiales y culturales, como la mayor urbanización y escolaridad, que históricamente se han relacionado con un descenso de la fecundidad, incluida la adolescente, han tenido una trayectoria que debiera haber restringido esta fecundidad. Además de su resistencia al descenso, la fecundidad adolescente inquieta por otras razones, pues genera una gama de adversidades que afectan tanto al binomio madre-hijo como a la generación precedente, los padres de los y las adolescentes, que suele actuar como soporte ante las manifiestas dificultades que implica la crianza para las y los adolescentes.

La reproducción en la adolescencia, en todo estrato socioeconómico, se relaciona con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortalidad y morbilidad infantiles, y de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. Los mayores riesgos se constatan con claridad hasta los embarazos de menos de 18 años, pues pasada dicha edad la biología reproductiva parece alcanzar su plenitud.

## CONCLUSIONES

- Del total de las madres adolescentes primíparas atendidas en el Hospital de Apoyo de Camaná, la mayoría fluctúan entre los 17 a 19 años de edad, viven con sus padres, proceden de la sierra, y están estudiando.
- A través de los resultados obtenidos podemos afirmar la hipótesis planteada que a mayor nivel de conocimiento en madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido mayor practica adecuadas de las madres adolescentes
- Las madres adolescentes primíparas, tienen un nivel alto de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido en lo fisiológico, signos de alarma, estimulación temprana
- Las madres adolescentes primíparas, tienen una práctica adecuada de cuidados al recién nacido en lo fisiológico, signos de alarma, estimulación temprana.

## RECOMENDACIONES

- A las enfermeras dar información y orientación a las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados al recién nacido ya que de los cuidados dependerá su seguridad, crecimiento y desarrollo físico y emocional.
- Al equipo multidisciplinario elaborar un programa educativo sobre Educación sexual - Embarazo de esta manera se orienta e informa y sensibiliza a los estudiantes desde la primaria con el fin de disminuir el número de madres adolescentes primíparas de los últimos años
- Fomentar en las madres y padres lazos de amor con su bebe, mejorando el vínculo materno y por ende el desarrollo socioemocional del niño

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Latinoamericano de Atención Perinatal. (CLAP). El recién nacido. Guía para profesionales de la salud. 2007
2. Ventura Junca. J. Manual de Pediatría. Ciudad de la Habana. Cuba p. 54 - 55. 2007.
3. Simpson D. Cuidados de transición para neonatos. PractMidwife; 3(2). p. 13. 2009
4. SHAH, P.S.[et al.]. Lactancia o leche materna para los procedimientos dolorosos en neonatos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2.Oxford: Update. 2007.
5. Organización Mundial de la Salud; UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural". Boletín informativo No. 21. 2007
6. Díaz Argüelles VM. La alimentación inadecuada del Lactante Sano Y sus Consecuencias. Rev. Cubana Pediátrica; 77 (1):1. 2005.
7. Lowdermil Perry Bobak. Enfermería Materna Infantil. p. 235- 236. España. 2003.
8. C.Doris. "Manual de enfermería materno infantil" Cuarta edición, México Editorial interamericana p.320 – 327. 2003.
9. Posada Díaz A, [et al.]. El Niño Sano. 3 era edición. Colombia. Editorial Medica Internacional LTDA. 2005
10. GALARZA H., [et al.]. "Nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido y su relación con los factores socio culturales en madres adolescentes primíparas Instituto Materno Perinatal". Perú. 2006
11. Baslaskas, Janet, [et al.]. Gran libro del embarazo y el parto: guía completa para el parto activo y el cuidado del bebé. Barcelona: Editorial Ibis. 2003.
12. SÁNCHEZ, M. [et al.]. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del

- nacimiento. *Anales de pediatría; Comisión De Estándares De La Sociedad Española De Neonatología*; 71 (4):349-361. 2009.
13. Guzmán, L. *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires: RBA. 2006.
  14. Vidal Consuelo. "Capacidades básicas de autocuidado con las que cuenta la madre del Recién Nacido", Chile. 2003.
  15. Brizuela, K. [et al.]. "Factores socioeconómicos y personales que influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención del recién nacido en primíparas de la victoria". Perú. 2003.
  16. Klaus, M, [et al.]. *La relación madre - hijo*. Madrid: Médica Panamericana. 2003.
  17. MARTÍNEZ, C, [et al.]. *Guía para embarazadas*. Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública.2008.
  18. González Sf, [et al.]. *La consejería en lactancia y contacto temprano en pareja madre-hijo están asociados a la lactancia materna exclusiva*. *GacMedMex*; (2): 99-102. 2005.
  19. RosabalSI,[et al.]. *Intervención para la Capacitación sobre Lactancia*. *Rev Cubana Enfermería*; 20(1):2. 2004.
  20. Ministerio De Salud. *Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y comunidad*. MAIS. 2011
  21. SCHAFFER, H. R, [et al.]. *El papel de la madre en el desarrollo social temprano*. *Infancia y Aprendizaje*, Madrid 15(19), 39. 2003.
  22. MarrinerTomey A, [et al.]. *Modelos y teorías de Enfermería*. 4ta ed. España. Editorial HarcourtBrace. 2004.
  23. Direcciones WEB:
  24. Factores socioeconómicos y personales que influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención del recién nacido en primíparas de la victoria. Disponible en google: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rfmh\\_urp/v01\\_n1/a09.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rfmh_urp/v01_n1/a09.htm) consultado 08/06/2013



25. Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo noviembre, 2007. Disponible en google: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/chapilliquen\\_pi/pdf/chapilliquen\\_pi.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/chapilliquen_pi/pdf/chapilliquen_pi.pdf) consultado 08/06/2013
26. Madres primerizas Disponible en google: <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/suplementos/salud/madres-primerizas-523903.html> consultado 09/06/2013
27. Cuidado del recién nacido y del bebe. Disponible en google: [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/infantandnewborncare](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/infantandnewborncare). Consultado 11/06/2013 consultado 09/06/2013
28. Recién nacido normal: atención inmediata. Disponible en google: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnateninm.html> consultado 10/06/2013
29. Cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. Disponible en google: <http://espanol.babycenter.com/a900190/el-cuidado-del-cord%C3%B3n-umbilical-del-reci%C3%A9n-nacido> consultado 10/06/2013
30. Recién nacido: lactancia y cuidados del bebe. Disponible en google: <http://www.bekiapadres.com/recien-nacidos/> consultado 11/06/2013
31. Consejos para madres primíparas. Disponible en google: <http://www.abcdelbebe.com/especial/madre-primeriza> consultado 11/06/2013
32. Errores de madres primíparas. Disponible en google: <http://www.salud.com.ar/es/errores-de-madres-primerizas.html> consultado 11/06/2013
33. Consideraciones especiales para las madres primíparas. Disponible en google: [http://www.bebes.sutterhealth.org/laboranddelivery/ld\\_ftm.html](http://www.bebes.sutterhealth.org/laboranddelivery/ld_ftm.html) consultado 14/06/2013
34. Buenos consejos para madres primíparas. Disponible en google: <http://vidayestilo.terra.com.pe/salud/embarazo/buenos-consejos-para-madres>

[primerizas,f1d3cd3e7068e310VgnVCM4000009bcceb0aRCRD.html](#)

consultado 15/06/2013

35. Madres primerizas. Disponible en google:

[http://www.igssgt.org/consejos/2011/MAYO/madres\\_primerizas.html](http://www.igssgt.org/consejos/2011/MAYO/madres_primerizas.html)

consultado 17/06/2013