

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**

(CREADA POR LEY N° 25265)



## **FACULTAD DE ENFERMERÍA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA TESIS**

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL RECIEN  
NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL  
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN  
SALUD PÚBLICA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LOS BACHILLERES:**

**CASTRO TAYPE, Miryam  
LLANCARI ANYAIPOMA, Luis Miguel**

**HUANCVELICA - PERÚ  
2014**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA  
(Ley de Creación N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa, auditorio de la Facultad de Enfermería, a los 13 días del mes de enero del año 2014 a las 16:00 horas se reunieron los miembros del Jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

- Mg. Benjamina Zósima ORTIZ ESPINAR (Presidenta)
- Mg. Charo Jacqueline JAUREGUI SUELDO (Secretaria)
- Mg. Arnaldo Virgilio CAPCHA HUAMANI (Vocal)

Designado con Resolución N° 216-2013-COFA-EFN-VRAC-UNH de la TESIS titulado: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA 2013

Cuyo autor es el (los) graduados (s):  
BACHILLER (ES):

CASTRO TAYPE MIRYAM

A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de Tesis antes citado.

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto; y, luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

APROBADO  POR: UNANIMIDAD.....

DESAPROBADO

En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.

Presidenta

Secretario

Vocal

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Creado por Ley N° 25265)



## FACULTAD DE ENFERMERÍA

### TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL  
RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS  
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL  
HUANCABELICA 2013”**

PRESENTADA AL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA Y COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA.

APROBADO POR:

Presidenta : .....   
Mg: BENJAMINA ZOSIMA ORTIZ ESPINAR

Secretario : .....   
Mg: CHARO JAQUELINE JAUREGUI SUELDO

Vocal : .....   
Mg: ARNALDO VIRGILIO CAPCHA HUAMANI

HUANCABELICA – PERU  
2014

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creado por ley N° 25265)



## FACULTAD DE ENFERMERÍA

### TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL  
 RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS  
 ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO  
 OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL  
 HUANCAMELICA 2013”**

PRESENTADO AL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA Y COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA.

APROBADO POR:

ASESOR:

.....  
 Lic.: RAFAEL REGINALDO HUAMANI

**HUANCAMELICA – PERÚ**

**2014**

4v

A Franny Cryss, quien cada día me dio las fuerzas y la voluntad para seguir adelante con este trabajo de investigación.

A mis padres y hermanos quienes son mi principal apoyo y el motor que me mueve a superarme no solo como futuro profesional sino como persona

## **AGRADECIMIENTO**

A mi Alma Mater, y a mí querida E.A.P de Enfermería por acogerme y darnos la oportunidad de alcanzar nuestros objetivos profesionales.

A todas las madres que nos brindaron su apoyo para poder lograr nuestro objetivo trazado.

## TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA	i
TABLA DE CONTENIDOS	ii
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	iii
INTRODUCCIÓN	iv

### CAPÍTULO I

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.2.1. PREGUNTA GENERAL	4
1.2.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS	4
1.3. OBJETIVOS.	4
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	4
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	5
1.4. JUSTIFICACIÓN.	5
1.5. DELIMITACIONES.	6

### CAPÍTULO II

#### MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.	8
2.2. MARCO TEÓRICO	10
2.3. MARCO CONCEPTUAL.	12
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.	41
2.5. HIPÓTESIS.	42
2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL	42
2.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	42
2.6. VARIABLES.	43
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	44
2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.	46

**CAPÍTULO III**

**MARCO METODOLÓGICO**

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.	48
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.	49
3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.	49
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	49
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	49
3.6. POBLACIÓN, MUESTREO, MUESTRA.	50
3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	50
3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	51

**CAPÍTULO IV**

**ASPECTO ADMINISTRATIVO**

4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS	52
4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	63
4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	69

CONCLUSIONES  
RECOMENDACIONES

**ANEXOS**

Anexo 01. MATRIZ DE CONSISTENCIA	A
Anexo 02. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	B
Anexo 03. Validez de los instrumentos de recolección de datos.	C
Anexo 04. Confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos.	D
Anexo 05. Categorización de variables.	E
Anexo 06. Imágenes (fotografías).	F
Anexo 07. Artículo científico.	G

## INDICE DE TABLAS

- TABLA N°01: CARACTERIZACIÓN DE MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013
- TABLA N° 02: CONOCIMIENTO EN CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013
- TABLA N°03: CONOCIMIENTO EN CUIDADOS FÍSICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013
- TABLA N°04: COMPONENTES DEL CUIDADOS FÍSICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013.
- TABLA N°05. CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PSICOLÓGICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

## INDICE DE FIGURAS

- Figura N°01: CARACTERIZACIÓN DE MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013
- Figura N°02: CONOCIMIENTO EN CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013
- Figura N°03: CONOCIMIENTO EN CUIDADOS FÍSICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013
- Figura N°04: COMPONENTES DEL CUIDADOS FÍSICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013
- Figura N°05: CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PSICOLÓGICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

## **LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS**

CCRN: Conocimiento en Cuidados del Recién Nacido.

## RESUMEN

El cuidado del recién nacido es una gran responsabilidad de gran importancia por parte de las madres para poder garantizar una calidad en el cuidado de los recién nacidos porque de ello depende el buen desarrollo y crecimiento en el físico y psicológico ya que ellos son el futuro del Perú. Por ello se desarrolla este dicho trabajo "NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GIECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCABELICA 2013".

Con el objetivo de Determinar el nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica 2013.

Es un estudio de diseño descriptiva, la muestra fueron 20 madres primíparas post parto. El muestreo fue, no probabilístico intencional. La técnica de recolección de datos fue la entrevista. Los resultados demuestran que existe un nivel de conocimiento bajo en el cuidado de recién nacido, en las dimensiones físicas y psicológicas al aplicar la encuesta donde resulto: que del total de madres primíparas entrevistadas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del hospital departamental de Huancavelica el 15% tienen un nivel de conocimiento alto y el 30% tienen un conocimiento medio, y el 55% de madres primíparas tiene un nivel de conocimiento bajo. En la dimensión física las madres entrevistadas en el servicio de Gineco Obstetricia el 20% tiene un conocimiento alto, el 25% tiene un conocimiento medio y el 55% de madres primíparas entrevistadas tiene un conocimiento bajo en cuidados físicos de sus recién nacidos. Dentro de los componentes del cuidado físicos: alimentación el 55% de madres tiene un conocimiento bajo en la adecuada alimentación de su recién nacidos; el 65% de madres tiene un conocimiento bajo en la adecuada higiene de su recién nacidos; el 65% tiene un conocimiento bajo en el cuidado de inmunizaciones de su recién nacidos y el 55% de madres primíparas tiene un conocimiento bajo en el cuidado de estimulación de su recién nacidos.

En la dimensión psicológica que del total de madres primíparas entrevistadas en el servicio de Gineco Obstetricia el 35% de madres tiene un conocimiento alto en cuidados psicológicos de su recién nacidos, el 30% de madres primíparas tiene un conocimiento medio y el 35% de madres primíparas tiene un conocimiento bajo en cuidados psicológicos de su recién nacido.

**Palabras claves:** nivel de conocimiento en cuidado.

## ABSTRAC

The newborn care is a very important responsibility by mothers to ensure quality care for newborns because it depends on the proper development and growth in the physical and psychological as they are the future of Peru . Therefore this work that " LEVEL OF KNOWLEDGE IN NEWBORN CARE IN MOTHERS Casting SERVED IN THE SERVICE OF THE DIVISION GIECO OBSTETRI8CIA HUANCVELICA HOSPITAL 2013 " is developed.

In order to determine the level of knowledge in the care of the newborn in first-time mothers treated at the Obstetrics and Gynecology Service Department 2013 Hospital Huancavelica .

It is a descriptive study design, sample were 20 first-time mothers postpartum . The sample was not probabilistic intentional. The technique of data collection was the interview . The results show that there is a low level of knowledge in the care of newborn, in physical and psychological applying the survey where I turned dimensions : that of all first-time mothers interviewed patients treated in the Gynecology Obstetrics departmental hospital in Huancavelica 15 % had a high level of knowledge and 30% have an average knowledge , and 55% of first-time mothers have a low level of knowledge. In the physical dimension the mothers interviewed in the service of Gynecology Obstetrics 20% have a high knowledge , 25 % have a medium knowledge and 55% of first-time mothers interviewed have little knowledge in physical care of their newborns. Among the components of physical care: 55% of power mothers have little knowledge on proper feeding of their infants , 65% of mothers have little knowledge on proper hygiene of your newborns , 65 % have a low knowledge in the care of their newborn immunizations and 55% of first-time mothers have little knowledge in the care of their newborn stimulation .

In the psychological dimension of all first-time mothers interviewed in Obstetrics and Gynecology Service 35% of mothers have a high knowledge in psychological care of their newborns, 30% of first-time mothers have

average knowledge and 35% of mothers primiparous have little knowledge in psychological care of your newborn .

Keywords: knowledge level of care.

## INTRODUCCIÓN

El cuidado del recién nacido en madres primíparas está directamente relacionada con el medio donde éste permanezca; considerándose recién nacido a los niños que tienen hasta 28 días de vida; y debido a que se observa una incidencia de alteraciones neonatales en nuestro medio, se piensa que estas podrían estar asociadas al tipo de cuidado domiciliario que se le brinde. La maternidad implica mucha responsabilidad para la madre como el compromiso de que asuma su autocuidado y cuidado del recién nacido el cual se encuentra en un proceso de adaptación del ambiente intrauterino al ambiente extrauterino que requiere muchos cuidados especiales para prevenir complicaciones que contribuyan a la morbimortalidad infantil. De ello se deriva que la madre conozca acerca de los cuidados que debe recibir el recién nacido que desde luego de manera satisfactoria estos cuidados que brinda la madre debe manifestarse en una atención integral (Jové, 2009)

Durante las prácticas curriculares de la asignatura de Cuidados de Enfermería en el Neonato en el Hospital Departamental de Huancavelica se tuvo la oportunidad de observar muchas falencias sobre el cuidado de sus recién nacidos como: inadecuada posición en la lactancia, tiempo de lactancia, higiene y baño, cuidado del cordón umbilical. Por tal motivo se pretende estudiar si el conocimiento de los cuidados del recién nacido es el adecuado lo que podríamos considerar como una posible causa para el surgimiento de enfermedades en el recién nacido o cualquier alteración en su desarrollo integral.

Para efectos de su presentación el trabajo se encuentra organizado en cuatro capítulos que describimos a continuación: CAPITULO I: planteamiento del problema, descripción del problema, formulación del problema, objetivos, justificación. CAPITULO II: antecedentes de estudio, internacional, nacional, local, marco teórico, marco conceptual, definición de términos, operacionalización de variables. CAPITULO III: marco metodológico. CAPITULO IV: presentación de resultados: descripción e

interpretación de resultados, discusión de resultados: las tablas estadísticas, recomendaciones y conclusiones. También se encontrará la bibliografía y anexos.

Al presentar este trabajo se hace con el propósito de contribuir a forjar la conciencia de las madres primíparas con fines de progreso y desarrollo social de Huancavelica.

Los autores.

# **CAPITULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

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

De ello se deriva que la madre primípara 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 un cuidado integral, ya que de ello dependerá el buen estado de salud del recién nacido.

Al respecto durante las prácticas curriculares de la asignatura Cuidados de Enfermería en el Neonato realizadas en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica se tuvo la oportunidad de observar a varias madres frente a la atención de sus

recién nacidos: Al momento que dar de lactar a sus niños los senos le cubrían la nariz del recién nacido, los pezones estaban superficiales que los bebés no succionaban adecuadamente, también se encontró a bebés envueltos y apretados con fajas; al momento de cambiar el pañal las madres lo hacían de forma rápida y sin limpiar el área genital en su totalidad. De otro lado, mientras se realizaba la limpieza del cordón umbilical las madres creían que les dolía por el uso de alcohol o que se pudiera caer antes de tiempo, así mismo desconocían como se le debería bañar al bebé y cada qué tiempo.

Ante lo expuesto anteriormente se formula la siguiente interrogante:

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Pregunta general**

¿Cuál es el nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido en madres primíparas atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica 2013?

### **1.2.2. Preguntas específicas**

- ¿Cuál el nivel de conocimientos en cuidados físicos del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos en cuidados psicológicos del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013?

## **1.3. OBJETIVO**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica 2013.

### 1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos en cuidados físicos del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013.
- Describir los conocimientos en cuidados psicológicos del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013.

### 1.4. JUSTIFICACIÓN

#### **Justificación teórica científica.**

Ser padre o madre es uno de los desafíos más difíciles que plantea la vida para cualquier persona, en tal sentido los padres deben conocer que cuidados debe brindarse al recién nacido, debido a que en esta edad son más vulnerables y requieren de toda la atención que se les pueda brindar sus padres para que se desarrollen como personas sanas, buenas y solidarias. Pero, surge una pregunta: ¿acaso, tener un bebe ya viene con un manual de cómo cuidarlo?; es así que mediante este trabajo descubriremos el nivel de conocimiento que tienen los padres en el cuidados del recién nacido, debido a que contribuirá en conocer la calidad del cuidado que recibirá.

#### **Justificación social:**

El cuidado de los niños es una tarea muy importante para la cual muchos padres no se sienten preparados. Día a día los padres buscan propuestas formativas para conocer los criterios, orientaciones y estrategias para mejorar el cuidado que se debe dar a los recién nacidos, en tal sentido los resultados obtenidos en este trabajo, darán sustento para proponer la formación de una escuela para padres, en la cual se aportará información básica sobre distintos aspectos implicados en el desarrollo y cuidado del recién nacido, se proporcionará criterios para actuar ante situaciones de peligro en esta edad, se facilitará estrategias y pautas de actuación concretas para los distintos aspectos de la educación y el desarrollo de los niños.

Las instituciones de salud en la actualidad preocupadas por la inadecuada crianza establece lineamientos de políticas para prevenir esta situación, por ello el profesional de enfermería asume el reto de participar actualmente en el proceso de prevención y promoción de la salud del recién nacido, lo que garantizaría el desarrollo saludable del niño.

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

En tal sentido la información recabada en esta investigación servirá para fortalecer los procesos del cuidado de la salud del recién nacido.

#### **1.5. DELIMITACIONES**

**Delimitación temporal.** El presente trabajo se realizará durante los meses de Setiembre, diciembre del año 2013.

**Delimitación espacial.** El lugar donde se desarrollará la investigación será en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica.

**Delimitación de unidad de estudio.** Los datos serán obtenidos de las madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica.

**LIMITACIONES:**

- Personales de salud del hospital departamental de Huancavelica poco accesibles: al no tener la debida atención a los envíos de documentos.

## **CAPITULO II**

### **MARCO DE REFERENCIAS**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

##### **A nivel internacional:**

1. Cardozo (2008) en su trabajo "Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido, localidad de ciudad Bolívar, Bogotá" realizado en Colombia, el objetivo fue identificar los conocimientos que tienen las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido, asistentes a la Unidad de Atención y Orientación a la Población Desplazada, localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá; el tipo de investigación corresponde al descriptivo; la población estuvo constituida por 31 madres adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 19 años se halló los siguientes resultados: en general el 70% conoce de cuidados básicos, respecto a la alimentación el 71% identifica a la lactancia materna como alimento exclusivo, y respecto a la frecuencia de la lactancia es decir a libre demanda o cada 3 horas un 71% de madres. En cuanto a higiene como necesidad básica, el 84% de las madres adolescentes que hicieron parte de este estudio conocen la frecuencia del baño diario al recién nacido. El

87% de ellas conocen las distintas formas de expresar afecto a su recién nacido, incluyendo caricias, masajes, besos y cuidar con amor.

2. Martínez (2009) en el trabajo “Modificación de los conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido después de la aplicación de un programa educativo”, tuvo como objetivo identificar cual es la modificación de conocimientos en las madres adolescentes sobre los cuidados básicos del recién nacido, después de la aplicación de un programa educativo, del barrio Caracolí, localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá, este trabajo corresponde al tipo de investigación cuasi experimental, la muestra estuvo conformada por 30 madres adolescentes con edades entre los 13 y 19 años, los resultados indican que el programa modificó el conocimiento de las madres en cuidados básicos del recién nacido en un 48,3% respecto al pre test, encontrándose al final un conocimiento en cuidados básicos por encima del 90%, lo cual indica de manera positiva el aporte de los programas de educación dirigidos a esta población.

#### **A nivel nacional:**

Chapilliquen (2009) en la investigación “Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal”, este estudio se realizó en la ciudad de Lima Perú y fue enmarcado bajo el tipo de descriptivo, la técnica de recolección de datos fue la encuesta con su instrumento el cuestionario. La muestra estuvo constituida por 115 madres adolescentes de 15 a 19 años. El resultado a las que se llegaron es que la mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento, esto indica que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. Teoría del apego**

Bowlby, (1993) describe la dinámica a largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. Su principio más importante declara que un recién nacido necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad. La teoría del apego es un estudio interdisciplinario que abarca los campos de las teorías psicológicas, evolutivas y etológicas. Donde formuló la teoría del apego.

Dentro de la teoría, *apego* significa un vínculo afectivo o enlace entre un individuo y una figura de apego (por lo general un cuidador). Estos enlaces pueden ser recíprocos entre dos adultos, pero entre el niño y el cuidador se basan en las necesidades de seguridad y protección del niño, fundamentales en la infancia. La teoría propone que los niños se apegan instintivamente a quien cuida de ellos, con el fin de sobrevivir y, en última instancia, de replicación genética. La meta biológica es la supervivencia, y la meta psicológica es la seguridad. La teoría del apego no es una descripción completa de las relaciones humanas, ni el sinónimo de ellos es el amor o afecto, aunque estos puedan indicar que los vínculos existen. En relación niño-adulto, el vínculo entre el niño se llama "apego" y el equivalente recíproco del cuidador se clasifica como "Enlace de cuidado"(Bowlby, 1993)

### **2.2.2. Teoría adopción del rol maternal**

A continuación abordaremos la Teoría de Ramona Mercer citado por (Marriner & Raile, 2007) y veremos los puntos principales que contribuirán en el desarrollo de nuestro trabajo.

Es una teoría que tiene su aplicación en el cuidado de enfermería para la adopción del rol materno desde la gestación hasta el primer año de vida del hijo, así mismo tiene utilidad en la investigación y en la formación de los profesionales de enfermería, proveyendo una guía

teórica que enriquece la disciplina de enfermería, impulsando la identidad y autonomía profesional en el área materno infantil.

Mercer profundizó en la adopción del rol materno, estudiando este fenómeno en relación con las variables: edad en el primer parto, la experiencia en partos, la separación precoz de los niños, el estrés social, el apoyo social, los rasgos de personalidad, el auto concepto, las actitudes de seguimiento del niño y la salud, temperamento del bebé y su estado de salud.

Para Mercer la Adopción del rol Materno es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto periodo de tiempo y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol y expreso placer y gratificación en el cumplimiento del mismo. El cuidado de enfermería debe contribuir identificando junto con la gestante situaciones que dificultan y/o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan alcanzar en forma exitosa la adopción del rol materno.

### **2.2.3. Teoría del Conocimiento Global**

Piaget, Inhelder (2005), quienes basados en la concepción de etapas en el conocimiento, distinguen entre las reglas de construcción y transformación del objeto de conocimiento (componente operatorio dependiente de la organización del pensamiento) y la representación del objeto tal y como aparece ante nuestra vista (componente figurativo dependiente del contenido y naturaleza del objeto). Ambos componentes están implicados en el desarrollo, pero el componente operatorio es el más importante ya que determina el tipo de construcción que el sujeto realiza sobre el objeto, cualquiera sea su naturaleza física o social (componente figurativo). Las operaciones de transformación del objeto van variando con la edad dando lugar a una sucesión de estructuras cognitivas o etapas que permiten una

construcción de los objetos de conocimiento cada vez más compleja. De hecho, Piaget define las estructuras cognitivas o etapas como sistemas de transformaciones, pero la progresión de estas estructuras cognitivas genera cambios en el conocimiento que no son específicos de dominios físicos o sociales, sino que son generales (Esnal, 2010).

## **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

### **A. Conocimiento**

Eyssautier (2009) El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). 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.

#### **A.1. Nivel de conocimiento**

- **Conocimiento:**

Eyssautier (2009) Es un proceso por el cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano, está indisolublemente ligado a la actividad práctica que realiza la persona.

El conocimiento para Mario Bunge: Lo define como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario o vulgar y desde el punto de vista fisiológico. Se podría concluir que conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquiere y retienen a lo largo de la vida como el resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originando cambios en el pensamiento, acciones o actividades de quien aprende

El conocimiento primero como un acto (conocer el producto) y segundo como un contenido que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto este conocimiento se puede adquirir, acumular,

transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos pueden independizarse del sujeto gracias al lenguaje.

Entonces se podría concluir que conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquiere y retienen a lo largo de la vida como el resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originando cambios en el pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Bondi

## A.2. Tipos de conocimiento

Eyssautier (2009) Existe muchos tipos de conocimiento por adquirir dependiendo del nivel de profundidad que se puedan obtener por un sujeto cognoscente esto se clasifica en tres tipos:

- **Conocimiento natural, vulgar o popular:** es ordinario y cotidiano. Este tipo de conocimiento se adquiere de los fenómenos que circundan al ser humano, sin que este Profundice sus causas.
- **Conocimiento científico, racional y filosófico:** este nivel de profundidad en el conocimiento es aquel que descubre causas y principios siguiendo una metodología. La obtención de este nivel de conocimiento se puede basarse en la captación de la realidad que circunda al sujeto a través de la observación científica utilizando las técnicas adecuadas
- **Conocimiento filosófico:** es un conocimiento altamente reflexiva trata sobre los problemas y las leyes más generales no perceptible por los sentidos los cuales por ser orden supra sensible traspasan la experiencia, pero a base de ella se explican mejor los problemas de la filosofía dada la relación entre el pensamiento y el ser conciencia – materia .

### **A.3. Nivel de conocimiento:**

Eyssautier (2009) Es un sistema jerarquizado por el cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano, está indisolublemente ligado a la actividad práctica que realiza la persona. Es el grado de elevación o igualdad del saber del hombre sobre las generalidades, aspectos básicos, conceptos, principios, teorías, postulados de las diferentes ramas del saber cómo producto que se alcanza de manera de significancia de la intensidad relativa de los calificativos que será alto, medio y bajo.

- **Nivel de conocimiento alto:** es un conocimiento de pensamiento lógico que adquiere su mayor expresión y autonomía de la realidad inmediata, se mide con escalas altas
- **Nivel de conocimiento medio:** es un tipo de conocimiento conceptual apoyados por el material empírico a fin de elaborar ideas y conceptos y ver las interrelaciones sobre los procesos y objetos que estudian, se miden con escalas medias.
- **Nivel de conocimiento bajo:** es un tipo de conocimiento espontáneo que se obtiene por intermedio de la práctica que el hombre realiza diariamente, se mide con escala baja.

### **A.4. Fuente de conocimiento:**

Eyssautier (2009) Lo constituye la realidad exterior que circunda el hombre que actúa sobre él y a su vez el hombre no solo percibe los objetos y fenómenos del mundo, sino influye activamente sobre ellos transformándola.

### **A.5. Formas de adquirir conocimiento:**

Eyssautier (2009) Las actividades irán cambiando la medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida cotidiana, este unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de dos formas.

- **Lo informal:** mediante las actividades ordinarios de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre proceso salud – enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.
- **Lo formal:** es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular

## **B. Cuidados del recién nacido.**

### **B.1. Cuidados Físicos**

Eyssautier (2009) menciona que:

- **Alimentación del recién nacido: lactancia materna.**

La leche de la madre, la lactancia materna, es el alimento de elección en todos los recién nacidos.

- **Ventajas de la lactancia materna:**

#### ✓ **Superioridad nutritiva**

La leche materna tiene la composición ideal de energía y nutrientes que precisa el recién nacido y lactante, y además contiene sistemas enzimáticos para su mejor digestión y absorción. La leche materna incluso es cambiante para adaptarse a las necesidades nutritivas, no sólo para cada edad del niño, sino incluso a lo largo del día para la instauración de un adecuado nivel del apetito.

En el niño alimentado con biberón (lactancia artificial) hay un nivel de saciedad más elevado, con una ingestión mayor de alimento y con mayores posibilidades de generarse obesidad en edades posteriores. Por ello, el niño alimentado con lactancia materna toma sólo la cantidad de nutrientes que precisa para el adecuado crecimiento y desarrollo, pero no más de lo necesario. Esto explica que con la lactancia artificial (biberón) se puede conseguir un aumento de peso más rápido,

aunque la composición de los tejidos es más adecuada con la lactancia materna.

Así pues, no se le puede asegurar a la madre que con la lactancia materna el niño aumentará más rápidamente de peso que con lactancia artificial. Al contrario, lo habitual es que aumente más lentamente, pero más adecuadamente.

✓ **Superioridad inmunológica**

La leche materna contiene todo un sistema defensivo inmunitario, incluyendo inmunoglobulinas y células vivas, que protege al niño contra las infecciones.

Los niños alimentados con lactancia materna sufren menos infecciones gastrointestinales y respiratorias que los niños alimentados con lactancia artificial (biberón)

Este efecto protector contra las infecciones es mayor cuanto más prolongado es el tiempo de lactancia materna. Es tan importante este aspecto que justifica por sí mismo todos los esfuerzos para la promoción de la lactancia materna en todas las embarazadas.

✓ **Protección de alergias**

La lactancia materna protege de las enfermedades alérgicas cuando se da de manera exclusiva, es decir, sin añadir absolutamente ningún otro alimento, por lo menos, durante los primeros meses de vida.

Existe menor riesgo de sensibilización porque el intestino inmaduro del neonato y del lactante recibe unas proteínas "homólogas", es decir, humanas, y no proteínas vacunas que son las que se ingieren con la lactancia artificial.

La leche materna carece de compuestos sintéticos, de conservantes y de aditivos artificiales. Está siempre disponible, a la temperatura adecuada y no está contaminada.

✓ **Superioridad psicológica**

La lactancia materna es fuente de importantes vínculos afectivos madre-hijo, de gran importancia para la maduración psíquica y emocional del niño. Durante la tetada existe un contacto físico madre-hijo que es fuente de satisfacción afectiva (Frontera & Cabezuelo, 2004).

• **Posición de succión del pecho**

A continuación se describe algunas pautas para poner el bebé al pecho (Eroski Consumer, 2012):

Aunque muchas madres descubren intuitivamente la forma correcta de poner el bebé al pecho, éste es uno de los puntos más importantes para el éxito de la lactancia, ya que una posición adecuada significa que el niño va a poder obtener su alimento, vaciando bien el pecho sin lesionar el pezón y asegurando así la futura producción de leche.

Independientemente de la postura en que se le coloque para mamar, el cuerpo del bebé debe estar en contacto con el de su madre, con la cabeza mirando de frente al pecho y la nariz a la altura del pezón.

El recién nacido está provisto de reflejos que, convenientemente provocados, le ayudan a mamar eficazmente. Así, rozarle cerca de los labios activa el reflejo de búsqueda, que le hace dirigir la boca abierta hacia el punto de contacto; pero para que esto pueda suceder, hay que cuidar que su cuello no esté girado o flexionado limitando su movilidad.

Partiendo de esa posición, se acerca todo el cuerpo del niño al pecho (y no el pecho al niño), y se le roza el labio superior con el pezón, esperando (dándole tiempo) hasta que abra bien la boca y busque. Entonces, sujetando por debajo el pecho con la mano libre, hay que orientarle de modo que el pezón apunte

hacia la parte superior de su boca, para evitar que choque con la lengua al entrar, y acabar de acercarle con un movimiento suave pero decidido.

La forma de sostener el pecho varía según la postura en que se esté dando de mamar, pero si las mamas no son muy grandes, es posible que no haga falta sujetarlas más que al principio de la toma.

Se debe dirigir la mandíbula del bebé lo más lejos posible de la base del pezón, para que le entre en la boca tanto pecho como sea posible. Son la mandíbula y la lengua quienes deben trabajar, y, por eso, la boca no estará bien centrada, sino colocada asimétricamente respecto al pezón, de modo que se verá menos areola por debajo que por encima.

Es importante evitar la tendencia a poner los dedos en forma de tijera alrededor del pezón, pretendiendo orientarlo y hacerlo asomar o pensando que así el niño respirará mejor, ya que los dedos así interpuestos impiden que el pezón se introduzca a fondo en su boca y, además, pueden bloquear el flujo de leche que se dirige al pezón. La forma chata de la nariz del bebé le permite respirar perfectamente por los lados aunque la tenga aplastada contra su madre y, si pareciera necesario, se le puede facilitar la entrada de aire levantando el pecho.

También es mejor no tocarle la cara mientras está mamando, porque el reflejo de búsqueda es capaz de hacerle soltar el pecho si se le acaricia.

Los pezones planos o invertidos plantean un problema todavía no bien resuelto en los casos más extremos, pero que se supera la mayoría de veces sin demasiadas dificultades.

- En muchas ocasiones, los pezones planos se corrigen tras el parto de forma espontánea o van asomando gracias a la acción del bebé. Intentar lograrlo durante el embarazo con

ejercicios de tracción y estiramiento sólo sirve para dañarlos.

- Es posible que a algún bebé le cueste más, pero muchos maman perfectamente aunque el pezón sea plano, porque éste interviene realmente muy poco en la salida de la leche.
- Vaciar un poco un pecho muy tenso, empleando un sacaleches o por medio de masaje, puede ablandarlo y permitir que el niño sea capaz de introducir en su boca el tejido que lo rodea. Un extractor potente puede servir, además, para sacar el pezón hacia afuera.
- Aunque generalmente se desaconseja el uso de pezoneras porque disminuyen la sensibilidad del pecho impidiendo su correcta estimulación, las modernas y finas pezoneras de silicona son una opción que puede resultar útil.
- Si el problema afecta a un solo lado, hay que tener presente que es posible criar a un hijo con un solo pecho.

- **Frecuencia de lactancia.**

A continuación se menciona sobre la frecuencia de lactancia (Eroski Consumer, 2012):

Ni el pecho ni el biberón deben tener horario, o al menos lo prioritario no ha de ser el reloj, sino el apetito y las necesidades del bebé, que varían en cada niño y un día a otro, dependiendo de su naturaleza, de su peso y de su edad, y que lógicamente precisan satisfacer con frecuencia distinta según la cantidad que encuentren en cada toma y según sigan lactancia materna o artificial.

En este sentido, no hay que confundir lo normal con lo frecuente. Pasados los primeros días, la mayoría de bebés piden aproximadamente cada tres horas, día y noche, y a partir del mes van espaciando las tomas, especialmente la nocturna, que llega a saltarse alrededor del segundo mes. Pero lo normal

no es darles cada tres horas ni cada tres y media, sino cuando tengan hambre, porque un niño, por su peso o por su constitución, o porque necesite mucho más alimento para recuperarse de una carencia previa, puede necesitar comer mucho más y más a menudo que otro. Y, desde luego, si durante los primeros días de vida o en cualquier otro momento encuentra menos de lo que desearía, la forma de compensar es aumentar la frecuencia, con lo que además, indica así a la madre que debe producir más leche o preparar un biberón más grande. A la inversa, un niño que encuentra leche abundante desde el principio y cuyo estómago es capaz de admitirla en grandes cantidades, puede espaciar las tomas mucho más pronto.

Al principio, y muy especialmente con lactancia materna, no debe hacerse el menor intento de adaptar el bebé a un horario. Con el paso del tiempo, las tomas siempre se van espaciando, pero además es posible entretenerle para que se vayan haciendo más regulares y acomodarle a un horario, que en todo caso, será flexible. El horario rígido es incompatible con la lactancia materna, pero aun con biberón, nunca se debe hacer esperar a un bebé que llora de hambre.

De todas formas, con lactancia artificial el planteamiento es distinto, porque con una oferta inmediata de leche ilimitada es fácil aumentar el volumen de biberón para tratar de disminuir la frecuencia de tomas. La práctica más habitual es ofrecerles, de los diez a los treinta días, 90 mililitros de leche cada 3 horas, aumentando luego a 120 ml cada 3 horas o a 150 ml cada 4 horas, según la tolerancia y preferencia de cada bebé. Y a partir de ahí, cuando se acaban completamente todos los biberones y no aguantan el tiempo deseado, no hay inconveniente en prepararles biberones mayores.

- **Duración de lactancia.**

Los párrafos siguientes nos indican la duración de la lactancia (Eroski Consumer, 2012):

Muchos bebés mayorcitos vacían el 90% del pecho en los primeros cinco o diez minutos de la toma y saben mamar con extraordinaria eficacia, de modo que una toma breve no tiene por qué ser insuficiente. Sin embargo, los recién nacidos apenas están aprendiendo a mamar y pueden necesitar quince minutos para obtener todo lo que necesitan, y también hay madres a quienes les sube la leche más lentamente porque tienen un reflejo de eyección perezoso.

En todo caso, hay tres motivos para permitir que las tomas duren hasta que el niño lo decida, soltándose o quedándose dormido y relajado:

- Cuanto más completamente se vacíe el pecho, mejor se mantendrá la producción de leche.
- El niño ha de poder satisfacer no sólo su apetito, sino también su necesidad de chupar.
- La composición de la leche va cambiando a lo largo de la toma, de modo que mientras al principio es más aguada (induciendo a pensar erróneamente que es de baja calidad) y contiene más azúcares, progresivamente se va volviendo más cremosa y rica en grasa y calorías. Suspender la toma antes de tiempo es privar al bebé de esa leche, que es la que más le sacia.

Contra esta actitud, se halla el temor a que una toma excesivamente larga lesione el pezón; sin embargo, lo que suele suceder es que las tomas se alargan cuando el niño está mal cogido y no es capaz de saciar su apetito, y no es la duración sino la mala técnica lo que, efectivamente, acaba por lesionarlo, tanto más cuanto más se prolongue una fricción que

no debiera existir. Realmente, si mama bien, un recién nacido no necesita más de 10 ó 15 minutos durante la primera semana y luego tampoco es normal pasar de 20 minutos o, como máximo, de media hora. Pero si eso sucede, lo que hay que hacer no es limitar la duración de la toma, sino mejorar la postura y procurar que se agarre mejor.

- **Posición para amamantar**

A continuación se presenta las posiciones que puede adoptar la madre para amamantar al bebé(Nora, 2012):

- **Posición acunada:** El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual.
- **Posición pelota de fútbol:** El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda.
- **Posición acostada (en paralelo):** En este caso tanto la postura como la posición son frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea.

- **Signos de buena posición**

En la página web Alba Lactancia materna (2012) nos indica los siguientes signos de buena posición:

- La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta.
- La cara del bebé mira hacia el pecho.
- La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella.
- Si el bebé es un recién nacido, la madre lo envuelve en un abrazo. No lo sujeta solamente de la cabeza y los hombros.

- **Signos de buen agarre**

En la página web Alba Lactancia materna (2012) nos indica los siguientes signos de buen agarre:

- El mentón y la nariz del bebé están cerca del pecho de la madre.
- Los labios del bebé están evertidos, sobretodo el inferior bien doblado hacia abajo.
- La boca del bebé está bien abierta.
- Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo (agarre asimétrico).

- **Signos de buena succión**

Al inicio la succión es rápida y superficial. Después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias. El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión. Si tu bebé realiza de 3 a 5 succiones consecutivas, seguidas de una pausa de la misma duración del episodio de succión para poder respirar, probablemente tenga una succión inmadura y ello pueda causar dificultades para que se alimente bien. (Alba Lactancia materna, 2012)

Además podrás ver que:

- La lengua del bebé está debajo de la areola.
- Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
- Las mejillas no se hunden, sino que se ven redondas y llenas.

- **Higiene del recién nacido**

Medio y procedimiento para limpiar el cuerpo del recién nacido

- **Frecuencia del baño**

Por factores de tiempo y en clima fríos, basta con bañarles dos o tres veces por semana. Por supuesto, hay que lavarles tantas

veces como sea necesario la zona del pañal, la cara, las manos, las axilas y los pliegues de la piel, o cualquier zona que se haya ensuciado (Eroski Consumer, 2012).

- **Tiempo de baño**

El baño en el recién nacido debe ser corto, nunca sobrepasar los 5 minutos, evitando corrientes de aire para no enfriar al bebé (De Las Heras, 2006).

- **Objetivos del baño del recién nacido**

- Cubrir la necesidad de higiene del recién nacido.
- Cubrir la necesidad de reposo y sueño del recién nacido.
- Preservar la integridad de la piel.
- Eliminar microorganismos de la piel del recién nacido.
- Proporcionar comodidad y limpieza.

- **Higiene de genitales**

- **Niños:** limpia todos sus plieguecitos y después el prepucio estirándolo hacia atrás, pero sin forzar. Para finalizar, limpiar el pene y los testículos (Mibebeyyo.com, 2012).
- **Niñas:** limpia con movimientos de delante hacia atrás, con el fin de no transportar los residuos de las heces hacia la vagina, y sin presionar, la zona entre los labios mayores y menores. Después de limpiar las nalgas y el ano, seca sin frotar (Mibebeyyo.com, 2012).

- **Higiene de ojos**

Necesitas gasas empapadas en agua hervida (una vez templada) o en una solución fisiológica. El agua del grifo está desaconsejada porque seca demasiado la piel del bebé, muy débil y delicado. Si viajamos, por cuestiones de practicidad, se pueden utilizar toallitas de un solo uso específicas para niños. Pasa delicadamente la gasa o la toallita por cada uno de los ojos, partiendo del ángulo interno hacia el externo, es decir, de dentro hacia fuera.

Atención: para evitar la transmisión de posibles infecciones, es importante utilizar una toallita o una gasa para cada ojo(Mibebeyyo.com, 2012).

- **Higiene de las orejas**

Se necesitan algodón. Enrolla el algodón y pásalo por la oreja. Debes mantener al niño en posición supina, con la cabeza flexionada hacia un lado y ligeramente hacia atrás.

Atención: no introduzcas el algodón o el bastoncillo en el oído del niño y, sobre todo, no empujes con el bastoncillo el cerumen dentro del oído, que podría acabar oprimiendo moleestamente la membrana del tímpano(Mibebeyyo.com, 2012).

- **Higiene de la nariz**

Necesitas solución salina. Recuesta al niño boca arriba y girarle la cabeza hacia un lado. Aplícale el producto en el orificio nasal superior y repite la operación en el otro orificio, girándole la cabeza hacia el otro lado.

Después de 10 ó 20 segundos, incorpora al niño para que termine de expulsar las mucosidades(Mibebeyyo.com, 2012).

- **Higiene de la boca**

Se necesita toallitas humedecidas, y gasas esterilizadas y agua hervida templada.

Si el recién nacido tiene la boca irritada por la leche o por la saliva, pasa el algodón alrededor de los labios. Para limpiarle la boca, empapa una gasa esterilizada en agua hervida templada, enrollarla en el dedo índice y pasarla suavemente por la boca. Mirar atentamente la boca del pequeño cada día para detectar posibles formas de micosis ("muguet")(Mibebeyyo.com, 2012).

## **B.2. Cuidado del ombligo del recién nacido**

Cuando se corta el cordón umbilical, queda un muñón que se ennegrece y se va secando hasta desprenderse a las dos o tres semanas. Para que durante este proceso no se infecte, lo más

importante no es curarlo de una forma u otra, sino mantenerlo siempre lo más limpio y seco posible, impidiendo que se ensucie con las heces o la orina.

Para ello:

- Procurar que el pañal no lo cubra, doblando su borde superior hacia abajo si es preciso.
- Curar una vez al día o tras el baño, se recomienda curarlo con alcohol de 70°. Para aplicarlo correctamente, hay que levantar el muñón sin estirar, cogiéndolo por la punta para que quede expuesta la zona de transición entre el cordón y la piel normal, que es la que debe quedar mojada.
- Si accidentalmente se ensucia con las heces, debe lavarse sin miedo con agua y jabón, secándolo luego muy escrupulosamente y aplicando el alcohol.

Aunque poco frecuentes, las infecciones del ombligo pueden diseminarse muy rápidamente en el recién nacido, por lo cual hay que consultar con rapidez si se observa pus o secreciones amarillentas y malolientes, o la piel de alrededor del ombligo se enrojece y parece doler al tocarla o manipular en la zona.

Los restos del cordón se desprenden durante la segunda semana de vida, pero también pueden hacerlo antes o tardar hasta un mes.

Tras la caída del cordón, el riesgo de infección persiste hasta que el ombligo no haya cicatrizado completamente, por lo que se debe seguir con los mismos cuidados y vigilancia hasta que la gasa que lo cubre aparezca limpia durante un par de días seguidos.

Cuando ya ha cicatrizado, el ombligo puede y debe lavarse con total normalidad; si se acumula suciedad en sus repliegues, se han de separar sin miedo para poder limpiarlos y secarlos bien(Chupetes y biberones, 2008).

### **B.3. Inmunizaciones (vacunas)**

Las vacunas son sustancias que se aplican al cuerpo del bebé desde el nacimiento para que le permita a su organismo fabricar defensas y así estar protegido de posibles enfermedades que pueden llegar a ser graves.

No existen contraindicaciones importantes para la vacunación. Sólo ten presente que se debe postergar la vacunación en niños que están pasando por una fiebre superior a los 38 grados o que hayan recibido una transfusión de sangre recientemente. Si tu niño tiene antecedentes alérgicos a alguno de los componentes de una vacuna, debes consultar con el pediatra.

Algunas vacunas originan molestias luego de ser aplicadas. Estas molestias generalmente se limitan a un poco de fiebre, ardor en la zona donde se aplicaron e irritación y malestar en el bebé.

Si presenta fiebre le deberás suministrar un Antipirético, aquí nos indican darles Panadol infantil en dosis de una gota por Kg. de peso en el bebé. Para el ardor en la zona, puedes ponerle una tajada delgadísima de papa o un apósito de llantén. Y sobre todo, luego de que le apliquen la vacuna bríndale lactancia y cariño para que se tranquilice. (Eroski Consumer, 2012).

- **Vacunas del recién nacido:**

Los siguientes datos pertenecen al calendario de vacunaciones del Ministerio de Salud Perú (2011):

- BCG. Vacuna para prevenir las complicaciones de la Tuberculosis, se le aplica en el musculo deltoides del brazo derecho.
- HEPATITIS B: vacuna contra la Hepatitis B (inmunoglobulina antihepatitis B), vía intramuscular

- **Estimulación del recién nacido**

- ✓ Visual

- Objetos móviles y colgantes
- Mirarse de frente mientras se le habla
- Ve claramente a 25 cms. de su cara.
- Identifica a su madre alrededor del cuarto día.
- Puede seguir con la mirada algunos objetos cuando son desplazados entre 25 y 30 cms. de su cara.
- Puede ver y distinguir unos colores de otros.
- Puede ver figuras y escoger entre varias una de su preferencia.
- Percibe profundidad y objetos bi y tridimensionales. De hecho, el recién nacido de tres semanas prefiere figuras tridimensionales como cilindros, pirámides y cubos. Y de todos los dibujos geométricos prefiere el círculo.
- Fija su vista sobre un objeto durante un tiempo que puede variar entre 4 a 10 segundos. Pero después de ver por ejemplo, cuadros negros y blancos una semana durante tres minutos diarios, su atención puede incrementarse desde 10 segundos a 60 y hasta 90 segundos. Porque los recién nacidos realmente prefieren ver diseños en blanco y negro que colores brillantes o pasteles. El interés en estos dos colores que representan el máximo contraste, persiste hasta alrededor de dos meses de edad.
- Mueve sus ojos a pequeños saltos antes de escoger la figura que más le atrae, cuando se le presentan dos o tres alternativas.
- Algunos bebés escudriñan el ambiente moviendo la cabeza y otros movilizándolo solamente sus ojos.
- Cuando se ve un objeto muchas veces puede perder el interés por lo que hay que aumentar la complejidad del objeto a mirar. Pero teniendo cuidado de no hacerlo tan

demasiado complejo que no lo entienda. Si hay demasiados detalles en que concentrarse se distrae. Incluso puede llorar, dormirse, mirar a otro sitio, o simplemente ignorarlo.

- Al mes es capaz de apreciar la sonrisa de un rostro en una foto blanco y negro de 20 por 25 cms. de tamaño.

✓ Táctil

- Puede diferenciar entre caliente y frío. Suavidad, firmeza, áspero y liso. Plano y acanalado. Pegajoso y resbaloso.
- Su mejor caricia es contacto de piel con piel.
- Las zonas de su cuerpo más sensitivas son: cara, palmas de las manos y plantas de los pies, columna vertebral y área genital.
- Los textiles pueden ser grandes estimulantes.
- Le gusta más el agua fresca (no helada) que caliente.

✓ Auditiva

- Localiza sonidos desde el nacimiento volteando la cabeza hacia la derecha o hacia la izquierda buscando el sitio de donde provienen.
- A la semana reconoce la voz de mamá y papá.
- Diferencia sonidos verbales (voces) de sonidos no verbales (música, campanas, cascabeles, maracas, latido del corazón y otros sonidos).
- Prefiere sonidos sopranos y alegres que bajos y malhumorados.
- Le gusta oír la voz de sus padres, su nombre, arrullos, canciones, música clásica en particular, ruidos de papel al arrugarlo, campanas, risas, latido del corazón.

✓ Verbal

Aunque el recién nacido es apenas más sensible a las voces masculinas de baja frecuencia, su comportamiento sugiere preferencia hacia las voces femeninas. Su alegre respuesta a las voces femeninas se basa en el tono, timbre y patrón de inflexión que las mujeres adoptan al hablar a los niños.

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

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

- **Cuidados Psicológicos**

Para Hirsch (2012), la satisfacción de las necesidades afectivas, le permite al bebé establecer vínculos con sus padres y otras personas significativas en su vida (familiares, maestros, amigos). A partir de estos lazos será capaz de crear relaciones saludables con su entorno humano y natural, y de pertenecer a una red social. Si él bebé recibe el afecto que necesita será capaz de dar y recibir afecto.

Una conexión afectiva segura le enseña a su bebé como tener confianza en usted, como comunicar sus sentimientos, y

eventualmente, como también tener confianza en los demás. Al crear una conexión profunda con su bebé, su bebé aprende cómo tener confianza en sí mismo, y cómo ser parte de una relación llena de amor y empatía.

La conexión segura y la relación afectiva causa que las partes del cerebro de su bebé encargadas de la interacción, la comunicación y las relaciones crezcan y se desarrolle. La conexión afectiva se vuelve la base de la habilidad que tiene su bebé para conectarse con los demás de manera sana. Las cualidades que usted da por hechas en las relaciones entre adultos como la empatía, la comprensión, el amor, y la habilidad de ser sensible hacia los demás se aprende primero durante la infancia.

- El contacto físico se transforma en tipo de lenguaje temprano ya que los bebés responden al contacto "piel con piel". Es relajante para ambos, usted y su bebé, y, al mismo tiempo, fomenta el crecimiento y desarrollo saludables de su bebé.
- El contacto visual brinda una valiosa comunicación a corta distancia.
- Los bebés prefieren voces humanas y disfrutan de vocalizar en sus primeros esfuerzos por comunicarse. Los bebés generalmente disfrutan de escuchar sus conversaciones y las descripciones que usted realiza sobre sus actividades y ámbitos en los que se desenvuelve.
- Acariciar al bebé suavemente de diferentes formas.
- Leerle o cantarle al bebé.
- Imitar el arrullo y otras vocalizaciones del bebé.

### **C. Recién nacido**

Aguilar (2003) Define como un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden

cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido

### **Características y capacidades del recién nacido**

Las concepciones tradicionales sobre el recién nacido lo contemplaban como un ser dependiente, pasivo y con un comportamiento aleatorio. Si bien es cierto que los recién nacidos son dependientes y necesitan ayuda externa para sobrevivir, las perspectivas científicas actuales reconocen la capacidad que ostentan los neonatos -desde sus primeros días de vida- para interactuar de forma activa con su entorno. Asimismo, gran parte de su conducta no sucede por azar. De hecho, los neonatos son capaces de bastante más que succionar, llorar y actuar azarosamente. Además, estas primeras disposiciones son importantes puesto que van a conformar las bases de su crecimiento físico, social y cognitivo. Aunque la cultura y el aprendizaje juegan un papel importante en la adquisición de las capacidades, valores y aptitudes, el niño no viene al mundo como si fuera una pizarra en blanco. Por dispares que sean los contextos de vida y de desarrollo, los seres humanos compartimos unas estructuras que nos hacen semejantes, estructuras que son deudoras de la evolución de nuestra propia especie.

En realidad, el aprendizaje y el desarrollo no serían posibles sin un mínimo de estructuras internas iniciales que permitiera al ser humano orientarse, desde los primeros instantes del nacimiento, hacia un tipo determinado de estimulación externa. La ciencia actual revela que "el bagaje innato característico del ser humano es mucho más importante de lo que se pensaba" (Mehler y Dupoux, 1992). Por ejemplo, los bebés humanos son extremadamente sensibles a la voz humana, incluso -como ya vimos en el capítulo I- dentro del útero materno. Sin embargo,

las voces humanas -sobre todo el habla materna- cuando se dirigen a un bebé tienden a utilizar unos patrones vocales que no son los usuales en una conversación normal. Hablan más despacio, utilizan un tono de voz más elevado y una prosodia exagerada. Probablemente, las características melódicas vocales del habla materna cuando se dirige a un bebé o niño o niña han sido escogidas por selección natural (Fernald, 1992) por cumplir funciones biológicas importantes en relación con el desarrollo infantil.

Tal y como apunta Trevarthen (1990), los reflejos y las capacidades que ostentan los neonatos testifican la innata preparación del organismo humano no sólo para adaptarse a su nuevo entorno, sino para recibir la regulación emocional y los cuidados parentales que le son necesarios para su crecimiento y desarrollo.

### **Apariencia del recién nacido**

Técnicamente hablando, el periodo neonatal comprende el primer mes de vida. Representa un periodo crucial para la supervivencia del recién nacido, aunque el riesgo de mortandad infantil no provocada comprende los primeros meses de vida. Sin embargo, hay que reseñar que más del 80% de los recién nacidos gozan de un estado neonatal normal. Su nacimiento se da entre las 37 y las 42 semanas de gestación, su peso se sitúa entre los valores de 2.500 y 4.000 g y no presentan trastornos patológicos. Entre las características anatómicas y fisiológicas propias del neonato normal se incluyen las siguientes:

**Peso medio.** El peso del recién nacido suele oscilar entre 3300 y 3500 g. Es necesario reseñar que tras los primeros días, todos los recién nacidos suelen sufrir una pérdida fisiológica que se ha recuperado en torno al décimo día, en el que se vuelve a dar el peso del nacimiento.

**Longitud media: 50 cm.** El tamaño del recién nacido está relacionado con factores raciales, sexuales -los varones tienden a ser algo más altos y a pesar más- talla de los padres y nutrición materna. El perímetro torácico suele medir unos 32 cm. Las extremidades del bebe resultan pequeñas en relación con el cuerpo, característica que recibe el nombre de braquitiopia, mientras que el vientre suele ser grande y abombado. Para referirse a este último rasgo, técnicamente se habla de macroesplacnia.

**Tamaño y forma de la cabeza.** El perímetro cefálico de la cabeza se sitúa entre los 32 y los 36 cm. No es raro que -con excepción del parto con cesárea- la cabeza de los pequeños se presente temporalmente "moldeada" por el paso a través de la pelvis materna. Morfológicamente, los recién nacidos presentan macrocefalia, es decir, la cabeza presenta una proporción mayor comparada con el resto del cuerpo, característica que desaparece progresivamente (la cabeza de un bebé corresponde a una proporción de 1/4, mientras que la de un ser adulto es sólo de 1/8).

Los huesos planos del cráneo del recién nacido no están del todo soldados, sino separados por membranas de tejido conjuntivo denominadas suturas. Estas suturas forman unos puntos blandos en el cráneo del bebé que se pueden palpar y reciben el nombre de fontanelas. Es importante que el cráneo no esté soldado porque la bóveda craneal y el cerebro van a experimentar un rápido periodo de crecimiento durante los dos primeros años de edad. De hecho, aunque las fontanelas van a cerrarse, la bóveda craneal de una persona aumenta su capacidad hasta los quince o los dieciséis años de edad (Moore-Persaud, 1995).

**Características de la piel.** La piel está cubierta con un unto sebáceo denominado vérnix caseoso que la protege y nutre. También puede observarse un vello fino denominado lanugo, que suele desaparecer tras los primeros días. La piel suele presentar un color enrojecido, aunque ya a partir del segundo día disminuye su intensidad. Algunos padres se preocupan cuando el médico les comunica que el pequeño manifiesta ictericia u observan que el bebé adquiere un tono amarillento. Se trata de un trastorno frecuente y transitorio debido a la necesaria descomposición de algunas células sanguíneas no necesarias fuera del útero materno. Esta descomposición produce bilirrubina, que es la causante de dicho problema pasajero. La exposición de bebé a los rayos solares o sesiones de fototerapia durante unos días suele ser suficiente para hacer descender los niveles de bilirrubina.

En cuanto al repertorio conductual de esta edad, hay que señalar que los neonatos duermen la mayor parte del tiempo (en torno al 90%) y presentan determinados ritmos de sueño y alimentación, reflejos propios de esta edad, así como capacidades sensoriales que están en la base de la percepción.

### **Habilidades motoras**

Las áreas corticales responsables del desarrollo motor están parcialmente desarrolladas ya al nacer, de manera que este desarrollo, aunque incompleto, permite al bebé cierto control sobre las manos, brazos y tronco superior.

Sin embargo, el control de la actividad motora seguirá un desarrollo paulatino y secuencial. El desarrollo motor procede de la cabeza a las piernas (dirección céfalo-caudal) y del centro del cuerpo a las extremidades (próximo-distal). De este modo el bebé irá ganando control en primer lugar sobre los movimientos de la cabeza, tronco y finalmente se sostendrá y

andar sobre sus piernas. Asimismo, primero podrá controlar las partes centrales del cuerpo (motricidad gruesa) antes de ejercer el dominio sobre las partes más alejadas de su organismo, como los dedos (motricidad fina). Por otro lado y al igual que en la adquisición de otras habilidades, también en las destrezas motrices se progresa de lo simple a lo complejo.

El tono muscular de un recién nacido es predominantemente de flexión. Este predominio del tono flexor hace que sus brazos y piernas permanezcan replegados y doblados sobre el cuerpo. Si estiramos una pierna o brazo veremos que -como si se tratara de un resorte- la extremidad del niño vuelve inmediatamente a la posición de flexión. Sin embargo, ante un ruido brusco o una perturbación estimular se puede producir una respuesta breve de extensión de sus extremidades.

Los recién nacidos no pueden aún sostener la cabeza. Además, en posición supina (tumbados boca arriba) observamos que no la mantienen en la línea media del cuerpo, sino a un lado u otro. A pesar de esta falta de control, los bebes son capaces de orientar su cabeza hacia una fuente de estímulo (por ejemplo, si le hablamos dulcemente al oído, el bebé mueve lentamente su cabeza en dirección a la voz humana).

Paulatinamente, el tono de extensión se va imponiendo. Al inicio del segundo mes, el niño aún permanece en flexión, pero la intensidad del tono ya es menor. Si extendemos una de sus extremidades, el efecto rebote no es tan marcado y observamos algunos momentos de extensión espontánea, en estado de reposo (Moy y otros, 1986). Algunos movimientos antes azarosos empiezan a ofrecer un nivel aún primitivo de coordinación como el llevarse la mano a la boca, actividad que los bebés realizan como maniobra de autoconsolacin. En este

segundo mes, si cogemos al bebé en brazos notaremos un ligero aumento del control cefálico, aunque los bebés aún no pueden mantener por sí solo la cabeza y es necesario nuestro soporte.

Hacia el tercer mes observamos que el tono es mucho más firme. Los brazos y piernas del bebé permanecen medio-extendidos y boca arriba la cabeza se mantiene sobre el eje medio del cuerpo. La coordinación visomotriz progresa, y así vemos que el pequeño intenta tocar el rostro de mamá o agarrar su pelo, aunque luego no puede soltarlo, al no poder inhibir el reflejo de prensión palmar característico de los neonatos.

Las primeras habilidades motoras del neonato son reflejos. Los reflejos pueden definirse como respuestas involuntarias a determinados estímulos. Algunos reflejos son adaptativos (como el parpadeo de los ojos) o necesarios para la supervivencia (como el reflejo de succión, que permite al bebé alimentarse, o el reflejo de respirar). Por otra parte, ciertos reflejos son permanentes, mientras que otros desaparecen a medida que el bebé madura. Algunos de tales reflejos no parecen tener una funcionalidad, sino que más bien parecen respuestas arcaicas que tuvieron su sentido en el pasado filogenético de nuestra especie. Sin embargo, para algunos autores esta apreciación no sería del todo correcta. En lugar de suponer que los reflejos son vestigios de un pasado remoto, prefieren considerarlos parte de nuestra disposición específica y precursora de las aptitudes que se desarrollarán más tarde (Mehler y Dupoux, 1992). Así, el reflejo de marcha que desaparece entre el segundo y tercer mes, sería un precursor de la habilidad de bipedestación y deambulación.

Tanto la falta de presentación como la persistencia de determinados reflejos es indicadora de un desarrollo anormal.

Además, los siguientes signos en la organización del recién nacido deberían considerarse signos de alerta y alarma:

- **Signos de alerta:**

- Un recién nacido con los ojos excesivamente abiertos puede revelar una hipersensibilidad a los estímulos ambientales.
- Succión irregular y tendencia a atragantarse y a toser.
- Llanto continuo, dificultad para ser calmado.
- Al segundo mes, no disminuye el tono de flexión. Retraso en la aparición del reflejo tónico-cervical asimétrico.
- Al tercer mes, no mantiene la cabeza en la línea media del cuerpo.

- **Signos de alarma:**

- Rigidez de la nuca en el recién nacido (dando la falsa impresión de que el bebé sostiene la cabeza).
- Marcada hipotonía o hipertonia.
- Ausencia total de movimiento de extremidades y cabeza.
- A los tres meses, la cabeza no se sostiene ni se sitúa en la línea media del cuerpo.
- A los tres meses no manifiesta interés por el entorno. No fija su atención en el rostro materno, ni a la voz o al tacto.

#### **D. Los reflejos del bebé**

Aunque existen muchos reflejos, los detallados a continuación son algunos de los más conocidos. Y en los reflejos secundarios podemos ver también una exploración visual realizada en niños. A pesar de que los reflejos nos pueden indicar el nivel de desarrollo madurativo del bebé, sólo algunos de ellos -los que dan una información más precisa- forman parte de la rutina habitual del examen neurológico del neonato.

Reflejos de los recién nacidos:

- **Reflejos permanentes**

- Respiratorio: de forma automática los pulmones toman oxígeno y expelen anhídrido carbónico.
  - Control de la temperatura: el llanto, temblar o acurrucarse puede considerarse una respuesta refleja al frío.
  - Parpadeo o reflejo palpebral: cierre de ambos ojos ante luz intensa o aproximación de objeto.
  - Patalear o sacudida de la rodilla: un golpecito en la rótula y el pie patalea hacia arriba. Extensión rápida de la rótula.
  - Estornudar: se expelen aire por la nariz para limpiarla de mucosidad u objetos extraños.
  - Tos: se expelen aire de la garganta para limpiarla de mucosidad u objetos extraños.
  - Tragar, deglución: el contenido de la boca se envía al estómago. Protege del atragantamiento.
  - Movimiento pupilar: cambio de tamaño de la pupila, se ensancha cuando hay poca luz y disminuye ante luz brillante.
- **Reflejos no permanentes y arcaicos**
    - Succión: la succión rítmica tiene lugar como respuesta a la inserción de un objeto en la boca. Se ve remplazada por la succión voluntaria a los dos meses. Para elicitar el reflejo se puede introducir un dedo en la boca del pequeño. Se debe observar la succión vigorosa y los movimientos de deglución.
    - De búsqueda o de los puntos cardinales: gira la cabeza si se le toca la mejilla y abre la boca intentando chupar. Si el dedo del examinador se desliza hacia el labio superior o hacia la barbilla, el niño mueve la cabeza en dirección al estímulo. Como el de succión, persiste hasta los dos meses. Ambos reflejos están implicados en la capacidad de bebé para alimentarse. Desaparece a los cuatro meses.
    - Reflejo glabellar: si damos al bebé un golpe en la frente, éste cierra los ojos. Hay muchas variantes de estos reflejos. Por

ejemplo, el de McCarthy consiste en un parpadeo obtenido por estimulación del área supraorbital.

- Ojo de muñeca: parece ser un automatismo previo a la fijación ocular. Si se desplaza la cabeza del niño hacia un lado, los ojos no siguen esta dirección, sino que se mueven en sentido contrario. Desaparece antes de finalizar el primer mes de vida.
- Clonusaquéleo: sujetamos la pierna a la altura de la rodilla. Con los dedos presionamos la planta del pie contra la pierna. Observamos una rápida flexión y abducción de la cadera, flexión de la rodilla y dorsiflexión del pie.
- Babinski: sujetamos la pierna por encima del tobillo. Cuando se roza el lado del pie “de arriba abajo o viceversa”, el bebé flexiona el dedo gordo en sentido dorsal; separa hacia fuera los otros dedos como si fuese un “abanico” y tuerce el pie hacia dentro.
- Apoyo y marcha automática (también denominados de posición y deambulación): si se sostiene al bebé verticalmente tocando una superficie plana, el bebé se apoya momentáneamente. Si imprimimos al bebé un suave movimiento de balanceo, el pequeño hace movimientos semejantes a pasos. Desaparece aproximadamente entre el segundo y tercer mes de vida.
- Reflejo de reptación: el bebé colocado boca abajo, cabeza en línea media, iniciará espontáneamente movimientos de arrastre. Si presionamos un poco las plantas de sus pies se facilita la respuesta.
- Natatorio: al situar el bebé horizontalmente en el agua, alterna movimientos de piernas y brazos y exhala aire por la boca. Desaparece a los seis meses.
- Reflejo de Galant: sigue una pauta muy parecida al anterior. Con el niño en posición ventral, el examinador estimula la parte

lateral de la columna o la parte lumbar, lo que provoca una flexión del tronco del lado del estímulo.

- **Reflejos secundarios**

- Reflejo de Landau: si suspendemos al niño en posición ventral, se observa un enderezamiento del tronco junto con una elevación de cabeza y extremidades. Al flexionar la cabeza hacia dentro, el tronco y las piernas también se flexionan automáticamente. Emerge en torno a los cuatro meses y desaparece al final del primer año.
- Reflejo de paracaidismo: es un reflejo de protección que emerge hacia los seis meses y perdura toda la vida. Se consigue sujetando al niño en posición vertical cabeza abajo e inclinándole de forma brusca como si tocara el suelo. Se observa que el niño extiende sus manos hacia la superficie en un intento de protegerse del impacto.
- Reflejo de apoyo lateral y posterior: similar al anterior y aproximadamente a la misma edad de emergencia. Con el niño sentado, lo inclinamos bruscamente hacia un lado o hacia atrás. El pequeño extiende los brazos buscando apoyo. No se extingue.

## 2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**Primípara.** Mujer que ha dado a luz un niño viable, anotándose 'para 1' en la historia clínica de la paciente.

**Madre.** Se considera madre al ser vivo, de género femenino, que ha dado origen a un nuevo ser, su hijo (con el cual conserva parentesco). La mujer y el hombre, por medio de la reproducción

- **Conocimiento.** Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). 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(Definición.de, 2012).

- **Cuidados.** Cuidado es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio(Definición.de, 2012).
- **Recién nacido o neonato.** Es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido(Aguilar, 2003).

## **2.5. HIPÓTESIS:**

### **2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL**

El conocimiento en el cuidado del recién nacido es bajo para las Madres primíparas atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013.

### **2.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA**

- Nivel de conocimientos en cuidados físicos del recién nacido es bajo en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013?
- Nivel de conocimientos en cuidados psicológicos del recién nacido es bajo en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013?

**2.6. VARIABLE:** Es univariable nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido.

## 2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	SUB DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	INDICE
Nivel conocimiento en el cuidado del recién nacido	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje con el fin de ayudar a tratar de incrementar el bienestar y evitar que sufra algún perjuicio él bebe hasta los 28 días posteriores a su nacimiento.	Es la medición de los conocimientos sobre los cuidados es alto, mediano, bajo del recién nacido a través de una entrevista..	Conocimientos en cuidados físicos.	Alimentación del recién nacido: lactancia materna.	1. Tipo de alimentación del recién nacido	1. El recién nacido debe alimentarse de:	ALTO
					2. Posición de succión del pecho	2. La posición del pezón y la areola en la boca del bebe debe ser:	
					3. Frecuencia de lactancia	3. El bebe recibe lactancia materna exclusiva y debe dársele cada	
					4. Duración de cada sesión de lactancia	4. Qué tiempo debe durar cada sesión de amamantamiento	
					5. Posición para amamantar.	5. Que posiciones de amamantamiento conoce	
					6. Beneficios para el recién nacido	6. Que beneficios tiene la lactancia materna para él bebe:	
				Higiene del recién nacido	7. Frecuencia de baño	7. Cada qué tiempo debe bañar a su bebe	MEDIANO
					8. Tiempo de la sesión de baño	8. El baño del bebe debe durar	
					9. Higiene del Ombligo.	9. La limpieza de los genitales	
					10. Higiene de ojos.	10. La limpieza de los ojos	
					11. Higiene de orejas	11. La limpieza de los oídos	
					12. Higiene de nariz	12. La limpieza de la nariz	
					13. Higiene de boca	13. La limpieza de la boca	
					14. Higiene de Genitales.	14. La limpieza del cordón umbilical	

					15. Vacunas que se les coloca al recién nacido	15. Que vacunas debe administrarse al recién nacido	BAJO
				Inmunización (vacunas)	16. Contraindicaciones de las vacunas.	16. En qué casos no se le puede administrar la vacuna al recién nacido	
					17. Cuidados posteriores a la vacunación	17. Que cuidados debe tenerse posterior a la vacunación	
				Estimulación del recién nacido	18. Táctil. 19. Auditiva	18. Estimulación táctil. 19. Estimulación auditiva.	
			Conocimientos en cuidados psicológicos.	Conocimientos en cuidados psicológicos.	20. Besos. 21. Contacto piel a piel 22. Arrulllos	20. Marque con una (X) según crea conveniente. Su recién nacido necesita que: a) Tenga contacto piel a piel con su mamá (SI) (NO) b) Lo arrullen y lo mezan diariamente por unos minutos (SI) (NO)	

## **2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

### **Hospital Departamental de Huancavelica**

Pertenece al nivel II de complejidad ubicado en el distrito de Huancavelica cuenta con una población designada de 24455 habitantes, enfrenta a una población socio demográfico heterogéneo ya que es un hospital de referencia. El hospital mantiene una importante incidencia de infecciones respiratorias y diarreicas, lo cual sitúa al hospital en un escenario epidemiológico particular que requiere una eficiente respuesta de nuestros servicios, más si tenemos en cuenta que nuestra demanda en los diferentes servicios es creciente.

La respuesta social del Hospital Departamental de Huancavelica está orientada a atender a la población de acuerdo a la demanda se los servicios ya que es un hospital de referencia departamental. El hospital se encuentra geográficamente accesible a la población huancavelicana de los distintos distritos y provincias a través de carreteras afirmadas, asfaltadas y contamos con el transporte ferroviario para algunos distritos de la provincia de Huancavelica.

En cuanto a la infraestructura del Hospital Departamental de Huancavelica cuenta con una misma infraestructura desde su creación que data de hace 42 años, cuenta con servicios básicos (agua, desagüe, luz eléctrica, teléfono, internet), existe sistema de comunicación radial y telefónico, lo que nos ayuda con la comunicación con los distintos centros de salud y hospitales de referencia nacional, ambulancias (están no se encuentran equipadas), que son utilizadas para la referencia de pacientes a otros hospitales nacionales.

## **Entorno Geográfico, ubicación y Superficie del Hospital Departamental de Huancavelica:**

### **Ubicación**

- Departamento: Huancavelica
- Provincia: Huancavelica
- Distrito: Huancavelica

### **Límites.**

- Este : Jr. 20 de Enero
- Oeste: Jr. Augusto B. Leguía
- Norte: Av. Andrés Avelino Cáceres
- Sur : Cerro Calvario

### **Coordenadas Geográficas.**

Las coordenadas geográficas:

Latitud sur: 12°47'06"      Longitud oeste: 74°58'17"

### **Superficie**

Superficie Territorial del Hospital: 17 674.66 m<sup>2</sup>

### **Clima**

Por su ubicación mantiene un clima seco pero con temperatura baja, cuyo promedio anual varía:

- Mínima: 2°C- 5°C
- Media: 8°C- 10°C
- Máxima: 14°C- 17°C
- Precipitación: 811 mm/año.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La siguiente tipificación corresponde a los autores, Escorcia (2009) y Supo (2009):

**Según la intervención del investigador:**

**Observacional.** Porque no existe intervención del investigador y este se limita a medir las variables definidas para este estudio.

**Según la planificación de la toma de datos:**

**Prospectivo.** Porque los datos son recogidos de forma directa a través de una entrevista.

**Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio:**

**Transversal.** Porque las variables son medidas en un solo momento.

**Según el marco en que tiene lugar:**

**De campo o sobre el terreno.** Porque la recolección de datos se llevó a cabo en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica.

### 3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo pertenece al nivel descriptivo, porque expondremos las características del conocimiento que las madres tienen sobre cuidados del recién nacido. Desde el punto de vista cognoscitivo su finalidad será describir y desde el punto de vista estadístico su propósito es estimar valores cuyo conocimiento es necesario para comprender un problema o un asunto (Supo, 2009).

### 3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

**Inductivo.** Porque primero partiremos de los conocimientos particulares que tuvieron las madre sobre cuidados del recién nacido, para luego generalizar su conocimiento, es decir observaciones hechos particulares obtenemos proposiciones generales, o sea, estableceremos un principio general una vez realizado el estudio y análisis de hechos y fenómenos en particular (Definición de, 2012).

### 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos de nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido:

- **TÉCNICA:** Entrevista.
- **INSTRUMENTO:** Cuestionario (Giraldo, 2009).

### 3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se empleó un diseño no experimental, transeccional descriptivo, referido por Polit (2000):

- **No experimental**, porque no se manipula la variable.
- **Transeccional**, porque se realizó en un momento determinado.
- **Descriptivo**, porque se recogió las características fundamentales que presenta conocimientos de las madres primíparas.

**Diagrama:**

M ——— Oy

**Dónde:**

M = muestra

Oy= observación de la variable de estudio.

Y = variable nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido.

**3.6. POBLACIÓN MUESTREO Y MUESTRA**

La población, muestreo y muestra se estructurara considerando al siguiente autor corporativo Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (2011).

- **Población:** 20 madres primíparas en periodo pos parto atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica.
- **Muestreo:** No probabilístico intencional:  
**No probabilístico**, porque entraron al estudio todas las madres atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia.  
**Intencional**, porque se estudió a madres primíparas.
- **Muestra:** La muestra estuvo constituido por 20 madres primíparas atendidas.
- **Criterios de inclusión**  
 Madres primíparas
- **Criterios de exclusión**  
 Madres múltiparas

**3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se procederá del modo siguiente:

- a) Se determinó la validez y confiabilidad del cuestionario que medirá el nivel conocimiento en cuidados del recién nacido por parte de las madres primíparas.
- b) Se realizó gestiones de autorización para el proceso de recolección de datos ante el Director del Hospital Departamento Huancavelica.
- c) Se obtuvo el conocimiento informado.
- d) Se aplicó el cuestionario a las madres en periodo pos parto del servicio de Gineco Obstetricia.
- e) Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis estadístico.
- f) Se procedió con el análisis estadístico haciendo uso del software estadístico IBM SPSSStatisticsv20 y Microsoft office Excel v2013 simultáneamente estos resultados se transferirá a Microsoft Word 2013 para la presentación final de los resultados.
- g) Una vez obtenidos los cuadros y gráficos estadísticos se procedió al análisis, interpretación y discusión de los resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

### 3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó:

➤ **Técnicas estadísticas:**

**Estadística descriptiva.** Media, mínimo, máximo, desviación estándar, varianza y tabla de gráficos y cuadros estadísticos con sus respectivos análisis e interpretaciones.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

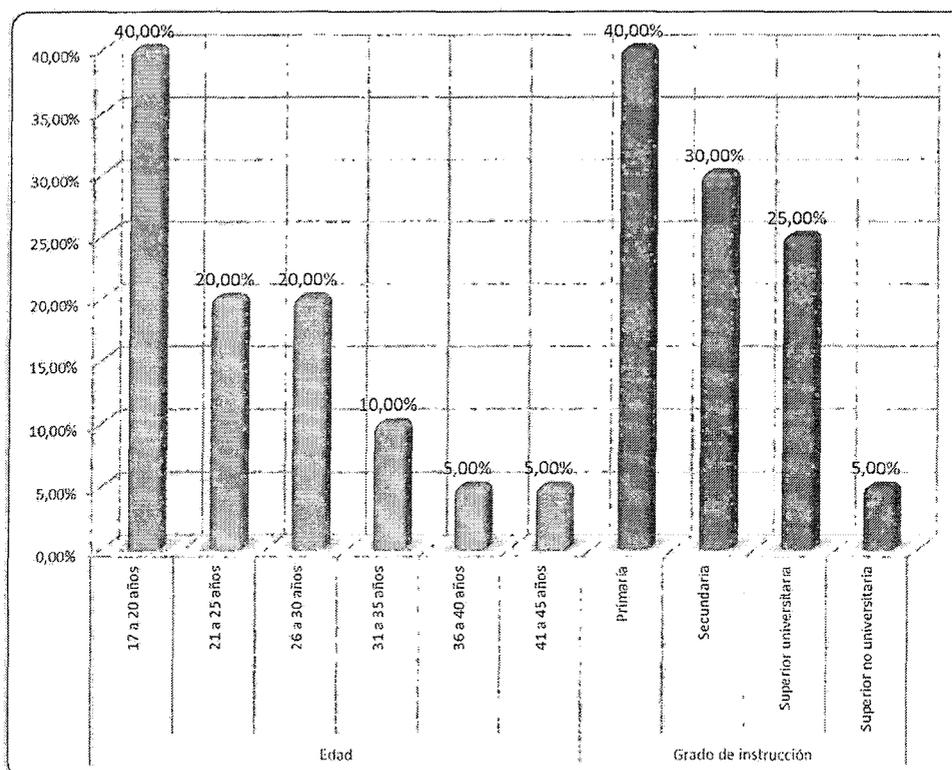
#### **4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística descriptiva)**

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento y tabulación de los datos que se hallaron en el transcurso de la investigación, los mismos que se presentan en forma de tablas de frecuencia. La representación de gráficos esta por dimensiones por subdimensiones del cuidado del recién nacido en madres primíparas.

**TABLA N° 01 CARACTERIZACIÓN DE MADRES PRIMÍPARAS  
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**

CARACTERÍSTICAS		f	%
Edad	17 a 20 años	8	40,0%
	21 a 25 años	4	20,0%
	26 a 30 años	4	20,0%
	31 a 35 años	2	10,0%
	36 a 40 años	1	5,0%
	41 a 45 años	1	5,0%
Grado de instrucción	Primaria	8	40,0%
	Secundaria	6	30,0%
	Superior universitaria	5	25,0%
	Superior no universitaria	1	5,0%

**GRAFICO N° 01 CARACTERIZACIÓN DE MADRES PRIMÍPARAS  
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**



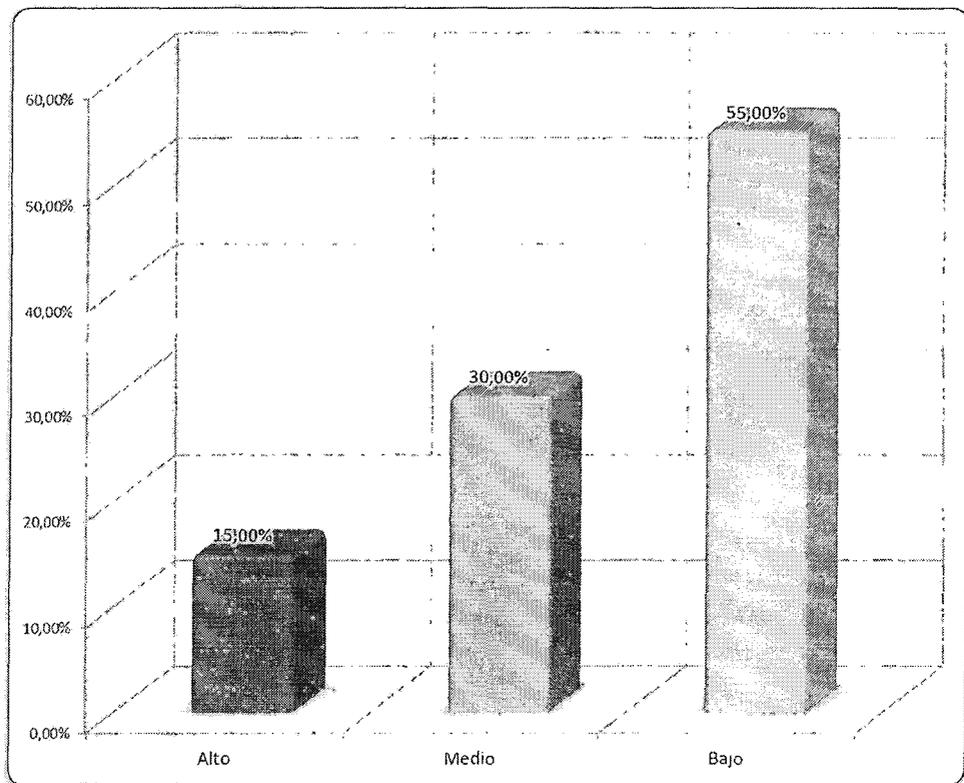
FUENTE: Tabla N°1

En los gráficos se observa que de las madres encuestadas el 40% son de 17 a 20 años, el 20% son adulto joven de 21 a 25 años, además otro 20% son adulto de 26 a 30 años, y el 10% son de 31 a 35 años, el 5% son de 36 a 40 años, y el 5% son de adulto mayor que son de 41 a 45 años ;el 40% tiene estudios de educación primaria, el 30% tiene educación secundaria, el 25% tiene educación superior universitaria y el 5% tiene educación superior no universitaria.

**TABLA N° 02. CONOCIMIENTO EN CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**

CONOCIMIENTO EN CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO	f	%
Alto	3	15,0%
Medio	6	30,0%
Bajo	11	55,0%
Total	20	100,0%

**GRAFICO N° 02. CONOCIMIENTO EN CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**



FUENTE: Tabla N°2

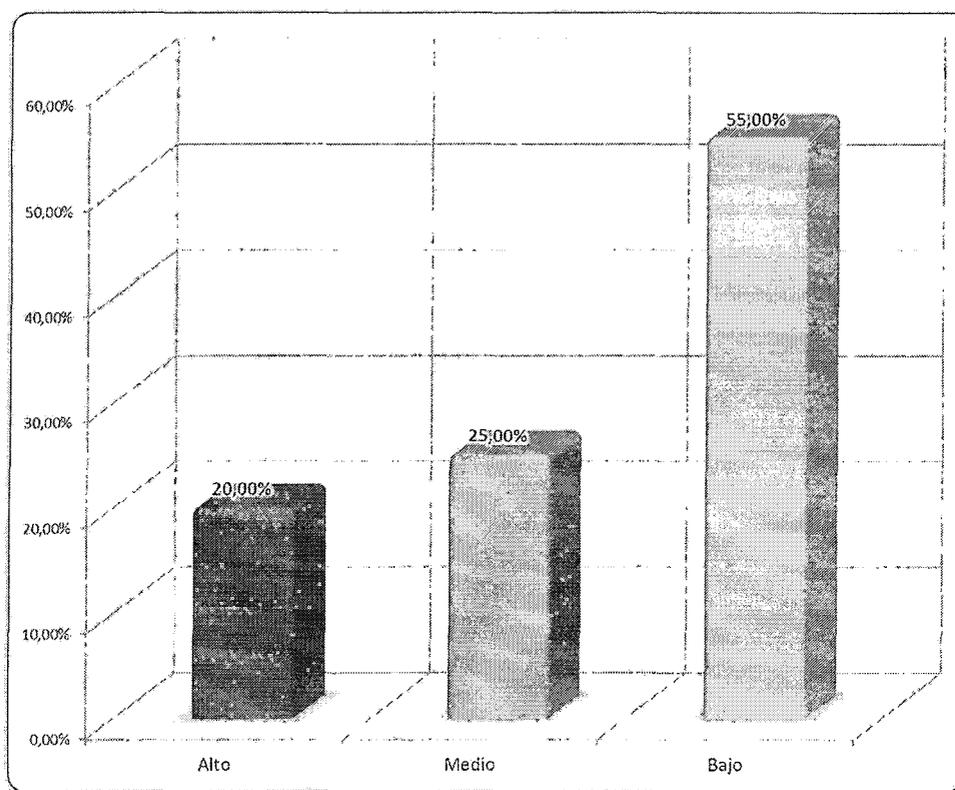
Se puede observar que del total de madres primíparas entrevistadas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del hospital departamental de Huancavelica el 15% tienen un nivel de conocimiento alto, y el 30% tienen

un conocimiento medio, y el 55% de madres primíparas tiene un nivel de conocimiento bajo.

**TABLA N° 03. CONOCIMIENTO EN CUIDADOS FÍSICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**

<b>CONOCIMIENTO EN CUIDADO FÍSICO DEL RECEN NACIDO</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Alto	4	20,0%
Medio	5	25,0%
Bajo	11	55,0%
Total	20	100,0%

**GRAFICO N° 03. CONOCIMIENTO EN CUIDADOS FÍSICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**



FUENTE: Tabla N°3

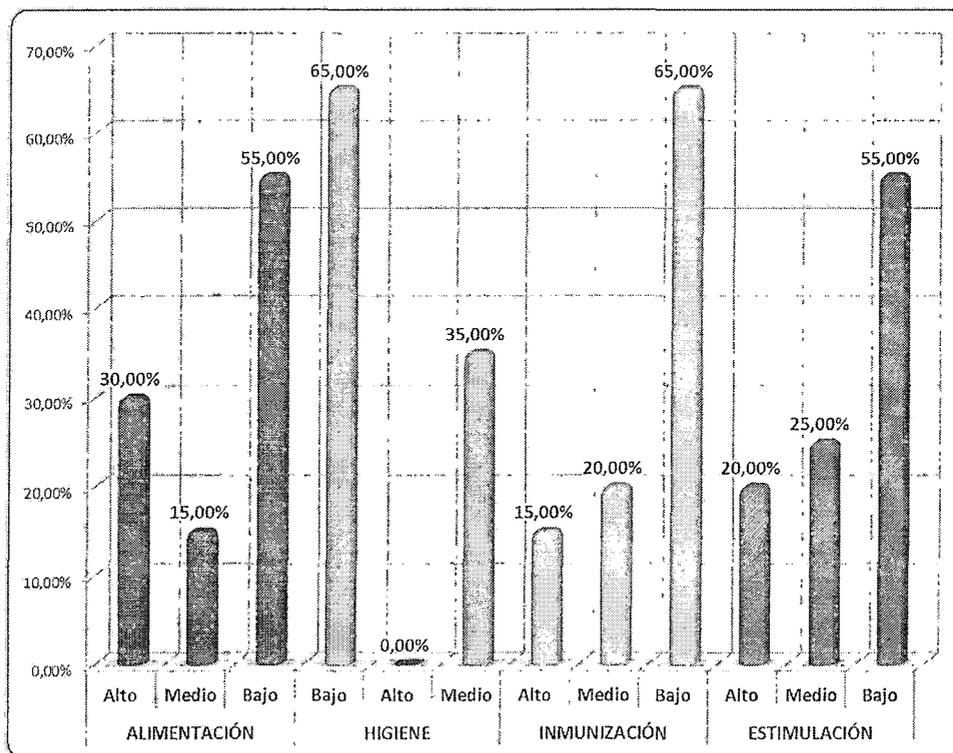
Se observa que en todas las madres primíparas entrevistadas sobre el cuidado físico en el servicio de Gineco Obstetricia del hospital departamental

de Huancavelica el 20% tiene un conocimiento alto en cuidados físicos, el 25% tiene un conocimiento medio en cuidados físicos, y el 55% de madres primíparas entrevistadas tiene un conocimiento bajo en cuidados físicos de sus recién nacidos.

**TABLA N° 04. COMPONENTES DEL CUIDADOS FÍSICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCAVELICA 2013**

<b>COMPONENTES DEL CUIDADO FÍSICO</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>ALIMENTACIÓN</b>	Alto	6	30,0%
	Medio	3	15,0%
	Bajo	11	55,0%
<b>HIGIENE</b>	Bajo	13	65,0%
	Alto	0	0,0%
	Medio	7	35,0%
<b>INMUNIZACIÓN</b>	Alto	3	15,0%
	Medio	4	20,0%
	Bajo	13	65,0%
<b>ESTIMULACIÓN</b>	Alto	4	20,0%
	Medio	5	25,0%
	Bajo	11	55,0%

**GRAFICO N° 04. COMPONENTES DEL CUIDADOS FÍSICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**



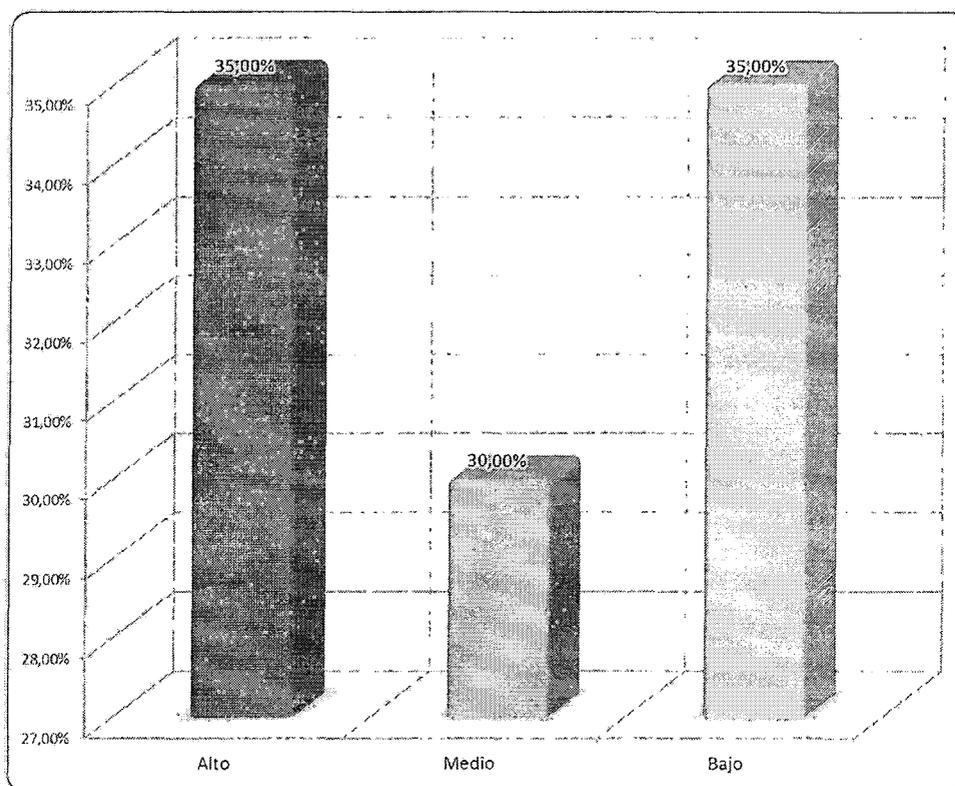
FUENTE: Tabla N°4

Se observa del total de madres primíparas entrevistadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental de Huancavelica, dentro de los componentes del cuidado físicos: alimentación el 55% de madres tiene un conocimiento bajo en la adecuada alimentación de su recién nacidos; el 65% de madres tiene un conocimiento bajo en la adecuada higiene de su recién nacidos; el 65% tiene un conocimiento bajo en el cuidado de inmunizaciones de su recién nacidos y el 55% de madres primíparas tiene un conocimiento bajo en el cuidado de estimulación de su recién nacidos.

**TABLA N° 05. CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PSICOLÓGICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**

CONOCIMIENTO EN CUIDADO PSICOLÓGICO DEL RECEN NACIDO	f	%
Alto	7	35,0%
Medio	6	30,0%
Bajo	7	35,0%
Total	20	100,0%

**GRAFICO N° 05. CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PSICOLÓGICOS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013**



FUENTE: Tabla N°5

Se observa que del total de madres primíparas entrevistadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental de Huancavelica el 35% de

madres tiene un conocimiento alto en cuidados psicológicos de su recién nacidos, el 30% de madres primíparas tiene un conocimiento medio en cuidados psicológico de su bebe, y el 35% de madres primíparas tiene un conocimiento bajos en cuidados psicológicos de su recién nacidos.

## 4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

### 1. Hipótesis

#### Hipótesis de investigación

El conocimiento en el cuidado del recién nacido es bajo en las Madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013.

Hi = % conocimiento bajo del cuidado del recién nacido > 50%

#### Hipótesis nula

El conocimiento en el cuidado del recién nacido no es bajo en las Madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013.

Ho = % conocimiento bajo del cuidado del recién nacido ≤ 50%

### 2. Regla de decisión

- ✓ Si: % conocimiento bajo del cuidado del recién nacido ≤ 50% se ACEPTA hipótesis nula.
- ✓ Si: % conocimiento bajo del cuidado del recién nacido > 50% se RECHAZA hipótesis nula.

### 3. Calculo de porcentaje

CONOCIMIENTO EN CUIDADO DEL RECIEN NACIDO	%
Bajo	55,0%

### 4. Decisión

El conocimiento en cuidado del recién nacido resulto en un 55% bajo; como este valor es mayor a 50% (dato referencial), por tanto **SE RECHAZA** la hipótesis nula.

## **5. Conclusión**

El 55% de madres primíparas presentaron un conocimiento de nivel bajo en el cuidado del recién nacido, en este sentido se acepta la hipótesis de investigación: **“El conocimiento en el cuidado del recién nacido es bajo en las Madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013”**.

## PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICAS CONOCIMIENTO DEL CUIDADO FÍSICO

### 1. Hipótesis

#### Hipótesis de investigación

El conocimiento en el **CUIDADO FÍSICO** del recién nacido es bajo en las Madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013.

Hi = % conocimiento bajo del CUIDADO FÍSICO del recién nacido > 50%

#### Hipótesis nula

El conocimiento en el **CUIDADO FÍSICO** del recién nacido no es bajo en las Madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013.

Ho = % conocimiento bajo del CUIDADO FÍSICO del recién nacido  $\leq$  50%

### 2. Regla de decisión

- ✓ Si: % conocimiento bajo del cuidado físico del recién nacido  $\leq$  50% se ACEPTA hipótesis nula.
- ✓ Si: % conocimiento bajo del cuidado físico del recién nacido > 50% se RECHAZA hipótesis nula.

### 3. Calculo de porcentaje

CONOCIMIENTO EN CUIDADO FÍSICO DEL RECIEN NACIDO	%
Bajo	55,0%

### 4. Decisión

El conocimiento en cuidado físico del recién nacido resulto en un 55% bajo; como este valor es mayor a 50% (dato referencial), por tanto **SE RECHAZA** la hipótesis nula.

## 5. Conclusión

El 55% de madres primíparas presentaron un conocimiento de nivel bajo en el cuidado físico del recién nacido, en este sentido se acepta la hipótesis de investigación: **“El conocimiento en el cuidado físico del recién nacido es bajo en las Madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013”**.

## CONOCIMIENTO DEL CUIDADO PSICOLÓGICO

### 1. Hipótesis

#### Hipótesis de investigación

El conocimiento en el **CUIDADO PSICOLÓGICO** del recién nacido es bajo en las Madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013.

Hi = % conocimiento bajo del CUIDADO PSICOLÓGICO del recién nacido > 50%

#### Hipótesis nula

El conocimiento en el **CUIDADO PSICOLÓGICO** del recién nacido no es bajo en las Madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013.

Ho = % conocimiento bajo del CUIDADO PSICOLÓGICO del recién nacido  $\leq$  50%

### 2. Regla de decisión

- ✓ Si: % conocimiento bajo del cuidado psicológico del recién nacido  $\leq$  50% se ACEPTA hipótesis nula.
- ✓ Si: % conocimiento bajo del cuidado psicológico del recién nacido > 50% se RECHAZA hipótesis nula.

### 3. Calculo de porcentaje

CONOCIMIENTO EN CUIDADO PSICOLÓGICO DEL RECIEN NACIDO	%
Bajo	35,0%

### 4. Decisión

El conocimiento en cuidado psicológico del recién nacido resulto en un 35% bajo; como este valor es menor a 50% (dato referencial), por tanto **SE ACEPTA** la hipótesis nula.

## **5. Conclusión**

El 35% de madres primíparas presentaron un conocimiento de nivel bajo en el cuidado psicológico del recién nacido, en este sentido se acepta la hipótesis nula: **“El conocimiento en el cuidado psicológico del recién nacido no es bajo en las Madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013”**.

#### 4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En la figura y grafico N°01 se observó que del 100%(20) madres primíparas entrevistados sobre el cuidado del recién nacido; el 55%(11) madres tuvieron nivel conocimiento bajo, el 30%(6) de madres tuvieron nivel de conocimiento medio, y solo el 15%(3) de madres tuvieron nivel conocimiento alto. Estos resultados coincidieron con los estudios de: Chapilliquen (2009) "Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal", el resultando a las que se llegaron es que la mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento, esto indica que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido. Así mismo; **Marriner & Raile, (2007) En la Teoría de la adopción del rol maternal** mencionó que la adopción del rol materno es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto periodo de tiempo y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol; el cual implica que las madres adquieren sus competencias sobre el cuidado del niño por el rol materno que tienen; esto induciéndoles a tener conocimientos básicos sobre cuidado del niño. Del mismo modo; **Bowlby, (1993) En la Teoría del apego**; describió que el apego es un vínculo afectivo o enlace entre un individuo y una figura de apego (por lo general un cuidador), estos enlaces pueden ser recíprocos entre dos adultos, pero entre el niño y el cuidador se basan en las necesidades de seguridad y protección del niño, fundamentales en la infancia; es así que la madre por el afecto que tiene a su niño adquieren conocimientos básicos sobre el cuidado, para satisfacer las necesidades básicas y fisiológicas del niño. Por otro lado **Piaget e la Teoría del Conocimiento Global**; define las estructuras cognitivas o etapas

como sistemas de transformaciones, pero la progresión de estas estructuras cognitivas genera cambios en el conocimiento que no son específicos de dominios físicos o sociales, sino que son generales; lo que implicó que las madres tuvieran conocimientos generales sobre el cuidado del Recién Nacido.

## CONCLUSIONES

Del total de madres primíparas entrevistadas del servicio de gineco obstetricia del hospital departamental de Huancavelica se dice que más de la mitad de la población estudiada tiene un nivel de conocimiento bajo y una mínima cantidad de la población primípara tienen un nivel conocimiento medio sobre cuidados del recién nacido.

Dentro de los componentes del cuidado físicos: el nivel de conocimiento de madres primíparas entrevistadas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Departamental de Huancavelica la mayor cantidad madres estudiadas tienen un conocimiento bajo.

Dentro del componente de los cuidados psicológicos: el nivel de conocimiento de madres primíparas entrevistadas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Departamental de Huancavelica la mitad de población de madres estudiadas tiene un conocimiento medio.

Se determinó que del total de madres primíparas entrevistadas en el servicio de gineco obstetricia del hospital departamental de Huancavelica tiene un conocimiento tanto en el cuidado físico y psicológico bajo.

## RECOMENDACIONES

### A LA FACULTAD DE ENFERMERIA:

Realizar investigaciones cualitativas sobre factores sociodemográficos que influyen en el cuidado de recién nacido en madres primíparas.

En las practicas curriculares de la asignatura de materno y/o internado la alumna de enfermería debe de realizar sesiones educativas a madres primigesta ya que en la gestación las madres deben adquirir conocimientos en el tema de cuidado del recién nacidos, ya que las primíparas ya están con dificultades en brazos con su recién nacidos.

Realizar folletos informativos por las alumnas que están matriculadas en la asignatura de materno ya que ellos impartirán conocimientos en las practicas curriculares en los diferentes centros y/o puestos de salud sobre cuidados del recién nacido ya que a la Lic. En enfermería compete el área niño.

### HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA

En coordinación con los personales de salud (enfermeros), (obstetras) dejar ingresar a los alumnos que están realizando sus prácticas curriculares para así ellos ahonden más el conocimiento.

El trabajo en equipo para todos los profesionales de salud así lograr el objetivo trazado en temas que nos compete.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Aguilar, M. J. (2003). *Tratado de enfermería infantil, cuidados pediátricos* (1ra ed.). Madrid - España: Elsevier.
2. Alba Lactancia materna. (2012). Posturas y posiciones para amamantar Retrieved 20 de enero, 2012, from <http://www.albalactanciamaterna.org/index.php?id=77>
3. Cardozo, J. (2008). *Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido, Localidad de Ciudad Bolívar Bogotá*. Bachiller Electrónico, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Colombia.
4. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (2011). Muestreo Retrieved 19 de setiembre, 2011, from <http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf>
5. Chapilliquen, J. (2009). *Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. Bachiller Electrónico, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
6. Chupetes y biberones. (2008). Cuidado del ombligo del recién nacido Retrieved 20 de enero, 2012, from <http://chupetesybiberones.es/salud/cuidado-del-ombligo-del-recien-nacido/>
7. De Las Heras, E. (2006). Piel en el recién nacido Retrieved 20 de enero, 2012, from <http://www.elmundo.es/yodonablogs/2007/01/08/egoterapia/1168251998.html>
8. Definición.de. (2012). Definición de conocimiento Retrieved 20 de enero, 2012, from <http://definicion.de/conocimiento/>
9. Eroski Consumer. (2012). Todo sobre mi bebé Retrieved 20 de enero, 2012, from <http://bebe.consumer.es/la-lactancia/como-poner-el-bebe-al-pecho>
10. Escorcía, O. (2009). Manual para la investigación(pp. 86).
11. Esnal, N. (03 de Abril de 2010). *Servi comp*. Recuperado el 15 de Junio de 2012, de EL PAPEL DE LAS TEORÍAS IMPLÍCITAS EN LA ADQUISICIÓN DEL CONOCIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS EN DOMINIOS ESPECÍFICOS COMO BASE: [www.feeye.uncu.edu.ar/.../241%20-%20Esnal%20-%20FEEyE.pdf](http://www.feeye.uncu.edu.ar/.../241%20-%20Esnal%20-%20FEEyE.pdf)
12. Frontera, P., & Cabezuelo, G. (2004). *Como alimentar a los niños* (1ra ed.). Madrid - España: Amat.
13. Giraldo, E. (2009). La Entrevista Semiestructurada como Instrumento clave en Investigación. En línea Retrieved from <http://tesiscualitativa.blogspot.com/2008/10/la-entrevista-semiestructurada-como.html>

14. Hirsch, L. (2012). El vinculo con el bebe Retrieved 20 de enero, 2012, from [http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/embarazo/bonding\\_esp.html#](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/bonding_esp.html#)
15. Jové, R. M.(2009) *La crianza feliz*. Madrid España: J.A Diseño Editorial, S,L.
16. Marriner, A., & Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6ta ed.). Madrid España: Elsevier.
17. Martínez, A. (2009). *Modificación de los conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido después de la aplicación de un programa educativo*. Bachiller Electrónico, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Colombia.
18. Mibebeyyo.com. (2012). Primer mes del bebé. El aseo del recién nacido, paso a paso Retrieved 20 enero, 2012, from <http://www.mibebeyyo.com/bebes/primer-mes/aseo-recien-nacido-492>
19. Ministerio de Salud Perú. (2011). *Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación*. Lima - Perú: Ministerio de Salud.
20. Nora, N. (2012). Principios básicos para amamantar a un niño Retrieved 20 de enero, 2012, from <http://www.visitacasas.com/ninos/principios-basicos-para-amamantar-a-un-nino/>
21. Polit, D. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ta ed.). México: McGraw Hill.
22. Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E. (2008). *El desarrollo de los niños paso a paso* (3ra ed.). Barcelona - España: UOC.
23. Supo, J. (2009). Bases para el análisis de datos clínicos y epidemiológicos. 32. Retrieved from

## **BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA**

- Córdova, I. (2009). *Estadística aplicada a la investigación. Introducción* (Primera ed. Vol. 1). Lima - Perú: San Marcos.
- Córdova, I. (2010). *Estadística aplicada a la investigación. Cuadros y gráficos* (Primera ed. Vol. 2). Lima - Perú: San Marcos.
- Daniel, W. (2004). *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud* (Cuarta ed.). México: LimusaWiley.
- Torre, A. (2010). *Tablas estadísticas* (Primera ed.). Lima - Perú: Arcángel.

# **ANEXOS**

## ANEXO Nº 01

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013

TITULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	METODOLOGIA
<p>"NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2013"</p>	<p><b>PREGUNTA GENERAL</b> ¿Cuál es el nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido en madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica 2013?</p> <p><b>PREGUNTAS ESPECÍFICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál el nivel de conocimientos en cuidados físicos del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de conocimientos en cuidados psicológicos del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013?</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar el nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica 2013.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los conocimientos en cuidados físicos del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013</li> <li>• E Identificar los conocimientos en cuidados psicológicos del recién nacido en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital departamental Huancavelica 2013</li> </ul>	<p>Nivel de conocimiento en cuidados del recién nacido</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Según la intervención del investigador: - Observacional.</li> <li>• Según la planificación de la toma de datos: - Prospectivo.</li> <li>• Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: - Transversal.</li> <li>• Según el marco en que tiene lugar: - De campo o sobre el terreno.</li> </ul> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</b> Descriptivo</p> <p><b>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:</b> Inductivo.</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</b> No experimental transeccional descriptivo.</p> <p><b>POBLACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Población: todas la madres primíparas en periodo de post parto.</li> <li>• Muestreo: No probabilístico intencional.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"><li>• Muestra: La muestra estará constituido por todas las madres primíparas atendidas durante el mes de noviembre del 2013</li></ul> <b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</b> TÉCNICA: Entrevista. INSTRUMENTO: Cuestionario. <b>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b> Técnica estadística: Estadística descriptiva.
--	--	--	--	--

## ANEXO N° 02

### UNIVERSIDAD NACIONAL HUANCAMELICA

#### FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### CUESTIONARIO CCRN

#### I. PRESENTACIÓN:

Señora: en esta oportunidad somos egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y venimos realizando un estudio acerca del nivel de conocimiento en cuidados del recién nacido.

#### II. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

✓ EDAD: .....

✓ GRADO DE INSTRUCCION:

PRIMARIA  SECUNDARIA  SUPERIOR

UNIVERSITAR  SUPERIOR NO UNIVERSITARIA

✓ PROCEDENCIA: .....

#### III. CONOCIMIENTO DE CUIDADOS EN RECIÉN NACIDOS.

- **Conocimientos en cuidados físicos**

##### A. Alimentación del recién nacido: lactancia materna.

1. El recién nacido debe alimentarse de:
  - a) solo leche materna.
  - b) agua de anís
  - c) leche NAN
2. La posición del pezón en la boca del bebe debe ser:
  - a) superficial en los labios del bebe
  - b) profunda todo areola dentro de la boca del bebe.
  - c) él bebe se acomoda solo
3. Él bebe recibe lactancia materna exclusiva y debe dársele cada:
  - a) 3 veces al día.
  - b) a demanda del bebe cada 2 horas como mínimo.
  - c) cada vez que llora él bebe.
4. Qué tiempo debe durar cada sesión de amamantamiento:
  - a) media hora.
  - b) una hora
  - c) entre 15 a 20 minutos hasta que él bebe este saciado.
5. Las posiciones de amamantamiento son:
  - a) acunado, pelota de futbol, acostado.
  - b) de tijera, pelota de futbol, acostado.
  - c) media luna, acunado, acostado.
6. Que beneficios tiene la lactancia materna para él bebe:
  - a) sirve como método anticonceptivo.
  - b) contienen nutrientes para su crecimiento y desarrollo.
  - c) No es económica, se prepara.

##### B. Higiene del recién nacido

7. Cada qué tiempo debe bañar a su niño:
  - a) cada 2 días.

- b) cada semana.
  - c) diario.
8. El baño del bebe debe durar:
- a) 30 minutos.
  - b) una hora.
  - c) menos de 15 minutos.
9. La limpieza de los genitales debe ser:
- a) retrayendo el prepucio en el caso de los varones y siempre de adelante hacia atrás haciendo uso de un jabón muy suave.
  - b) hacer uso de un jabón fuerte ara la suciedad.
  - c) solo talco y toallas húmedas.
10. La limpieza de los ojos del recién nacido se hace:
- a) de adentro hacia fuera con jabón y agua.
  - b) de fuera hacia adentro, solo con agua.
  - c) de adentro hacia fuera, solo con agua.
11. La limpieza de los oídos del recién nacido se hace:
- a) de forma externa y superficial, con la toalla húmeda.
  - b) introduciendo un hisopo hacia adentro del oído
  - c) introduciendo la uña de la mano.
12. La limpieza de la nariz del recién nacido se hace:
- a) con agua, jabón y algodón
  - b) una gotita de agua con sal por cada fosa nasal para fluidificar las secreciones.
  - c) con papel higiénico
13. La limpieza de la boca del recién nacido se hace:
- a) sólo en los labios
  - b) con un trozo mediano de gasa y agua hervida en el paladar, encías y lengua
  - c) sólo en la lengua con un trozo grande de tela y leche materna.
14. La limpieza del cordón umbilical se hace:
- a) en forma circular, de adentro hacia fuera con gasa estéril y alcohol medicinal.
  - b) de cualquier forma con alcohol yodado y gasa estéril
  - c) de arriba hacia abajo con algodón, agua y jabón.

### **C. Inmunización (vacunas)**

15. Que vacunas debe administrarse al recién nacido:
- a) contra la fiebre amarilla.
  - b) contra el tétanos
  - c) BCG (Antituberculosa) y HvB (antihepatitis).
16. En qué casos no se le puede administra la vacuna al recién nacido:
- a) si es alérgico a los componentes de la vacuna.
  - b) si pesa menor a 2000- 2500 kilogramos.
  - c) si llora mucho.
17. Que cuidados debe tenerse posterior a la vacunación:
- a) No tocar el área de la vacunación y darle paracetamol en el caso que él bebe presente molestias.
  - b) Lavarle la zona de vacunación con agua y jabón.
  - c) Frotarle con mentholatum.

**D. Estimulación del recién nacido**

18. Le Colocas Objetos:
  - a) Le colocas objetos colgantes movibles de colores.
  - b) Colocas juguetes con sonidos fuertes.
  - c) No le colocas nada de juguetes.
19. Los Objetos que le Muestras deben estar a una Distancia.
  - a) Rosando su carita de tu bebe.
  - b) A 1 metro de distancia.
  - c) Deben estar a una corta distancia de 30 cm.
20. Le Muestras Figuras:
  - a) Le muestras figuras geométricas.
  - b) Le muestras figuras
  - c) No le muestras nada.
21. Le Hablas a tu Bebe:
  - a) Le hablas mirando fijamente a la carita de tu bebe.
  - b) Le hablas de lejos.
  - c) Nunca le hablas.
22. Le Haces Sentir Diferentes Sensaciones.
  - a) Le haces sentir tu calor de madre, tú textura de piel a tu Bebe
  - b) Le tocas con manos frías.
  - c) Nunca le tocas.
23. Le Realizas Ejercicios a tu Bebe.
  - a) Le realizas ejercicios pasivos de flexión y extensión en brazos y piernas.
  - b) Le realizas rápido y con fuerza los ejercicios.
  - c) No le realizas.
24. Le Haces Escuchar Música:
  - a) Le haces escuchar músicas clásicas.
  - b) Le haces escuchar la radio.
  - c) Nunca le haces escuchar nada.
25. Le conversas constantemente:
  - a) Le conversas constantemente con voz melodiosa a tu bebe.
  - b) Le conversas cuando te acuerdas.
  - c) No le conversas a tu bebe.
26. Le hablas de forma:
  - a) Le hablas de forma pausada y lenta a tu bebe.
  - b) Le gritas a tu bebe.
  - c) Le susurras en su oídos.

- **Conocimientos en cuidados psicológicos**

Su recién nacido necesita.

27. Caricias en el momento lactancia:

- a) Le brindas caricias en el momento de lactar a tu bebe.
- b) Le das golpecitos en la espalda a tu bebe.
- c) No le brindas ningún tipo de caricias.

28. Lo Arrullas y lo Mecas:

- a) Lo arrullas y lo mecas diariamente por unos minutos a tu bebe.
- b) Lo mecas fuertemente a tu bebe.
- c) No lo mecas, ni lo arrullas.

**Por su cooperación  
¡Muchas gracias!**

## ANEXO N° 03

### VALIDEZ DE CONTENIDO

JUEZ	PROFESIÓN	ESPECIALIDAD	GRADO ACADÉMICO	INSTITUCIÓN DONDE LABORA
1. Llanco Sedano, Emily	Enfermera		Bachiller	Hospital Departamental Huancavelica
2. Esteban Bendezu, Mariluz	Enfermera	Unidad de cuidados intensivos-neonatología	Bachiller	Hospital Departamental Huancavelica
3. Curasma Romero, María	Enfermera		Bachiller	Hospital Departamental Huancavelica
4. Ochoa Muñoz, Alfredo	Enfermero		Bachiller	DIRESA Huancavelica
5. Guerrero Huamanzuri, Eliana	Enfermera		Bachiller	Hospital Departamental Huancavelica

## CUESTIONARIO CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

### 1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	JUEZ					PUNTAJE	COEFICIENTE V Aiken	DECISIÓN
	1º	2º	3º	4º	5º			
1º.	4	4	4	4	4	20	1	A
2º.	4	4	4	4	4	20	1	A
3º.	4	4	4	4	4	20	1	A
4º.	4	4	4	4	4	20	1	A
5º.	4	4	4	4	4	20	1	A
6º.	4	4	4	4	4	20	1	A
7º.	4	4	4	4	4	20	1	A
8º.	4	4	4	4	4	20	1	A
9º.	4	4	4	4	4	20	1	A
10º.	4	4	4	4	4	20	1	A
11º.	4	4	4	4	4	20	1	A
12º.	4	4	4	4	4	20	1	A
13º.	4	4	4	4	4	20	1	A
14º.	4	4	4	4	4	20	1	A
15º.	4	4	4	4	4	20	1	A
16º.	4	4	4	4	4	20	1	A
17º.	4	4	4	4	4	20	1	A
18º.	4	4	4	4	4	20	1	A
19º.	4	4	4	4	4	20	1	A
20º.	4	4	4	4	4	20	1	A
21º.	4	4	4	4	4	20	1	A
22º.	4	4	4	4	4	20	1	A
23º.	4	4	4	4	4	20	1	A
24º.	4	4	4	4	4	20	1	A
25º.	4	4	4	4	4	20	1	A
26º.	4	4	4	4	4	20	1	A
27º.	4	4	4	4	4	20	1	A
28º.	4	4	4	4	4	20	1	A
<b>V Aiken TOTAL</b>							<b>1</b>	<b>A</b>

### 2. ESTADÍSTICO DE PRUEBA:

V Aiken

### 3. REGLA DE DECISIÓN:

**A = Acepta:** si el valor del coeficiente V Aiken es  $\geq$  a 0,8 u 80%

**R = Rechaza:** si el valor del coeficiente V Aiken es  $<$  a 0,8 u 80%

Jueces	Acuerdos	V
5	3	0.60
	4	0.80
	5	1.00

6	4	0.67
	5	0.83
	6	1.00
7	5	0.71
	6	0.86
	7	1.00
8	6	0.75
	7	0.88
	8	1.00
9	7	0.77
	8	0.89
	9	1.00
10	8	0.80
	9	0.90
	10	1.00

#### 4. CALCULO

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = Número de jueces

C = Constituye el número de valores de la escala, en este caso 5 (de 0 a 4).

$$V = \frac{20}{(5(5 - 1))} = \frac{20}{20} = 1$$

#### 5. CONCLUSIÓN:

El resultado de V Aiken para cada ítem es 1 que representa el 100%, entonces se aceptan todos los ítems. La validez total del instrumento por la prueba V Aiken igual a 1 que representa el 100% de validez para el instrumento.

## ANEXO N° 04

### CONFIABILIDAD POR MUESTRA PILOTO

1°. BASE DE DATOS. Se aplicó la guía de entrevista en 10 primíparas.

ÍTEMS	PRIMÍPARAS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ítem_1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1
ítem_2	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0
ítem_3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ítem_4	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
ítem_5	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0
ítem_6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
ítem_7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ítem_8	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
ítem_9	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
ítem_10	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0
ítem_11	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
ítem_12	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0
ítem_13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ítem_14	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1
ítem_15	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
ítem_16	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
ítem_17	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1
ítem_18	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
ítem_19	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
ítem_20	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1
ítem_21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
ítem_22	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1
ítem_23	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
ítem_24	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0
ítem_25	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
ítem_26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
ítem_27	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
ítem_28	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0

Clave de respuestas:

- Verdadero=1
- Falso=0

## 2º. ESTADÍSTICO DE PRUEBA Kuder - Richardson

$$Kuder - Richardson 21 = KR - 21 = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\bar{X}(k - \bar{X})}{k\sigma_t^2} \right)$$

### Leyenda:

k=número de ítems

$\bar{X}$  =Media de los totales

$\sigma_t^2$ =varianza de los totales

### Resultado:

KR = 0,724 = 72,4%

## 3º. ESCALA DE KUDER RICHARDSON

- De 0,00 a 0,20 = Muy baja
- De 0,21 a 0,40 = Baja
- De 0,41 a 0,60 = Regular
- **De 0,61 a 0,80 = Aceptable**
- De 0,81 a 1,00 = Elevada

## 4º. CONCLUSIÓN:

El resultado de la prueba es KR es igual a 0,724; que equivale a un 72,4% resultando una **CONFIABILIDAD ACEPTABLE** del instrumento de recolección de datos.

## ANEXO N° 05

### BAREMO O CATEGORIZACIÓN DE VARIABLE

#### A. Puntaje total

- ❖ Puntaje mínimo: 0
- ❖ Puntaje máximo: 28
- ❖ **Categorías:**
  - Bajo: 0 a 9
  - Medio: 10 a 19
  - Alto: 20 a 28

#### B. Puntaje por dimensiones

##### 1) Cuidado físico:

- ❖ Puntaje mínimo: 0
- ❖ Puntaje máximo: 26
- ❖ **Categorías:**
  - Bajo: 0 a 8
  - Medio: 9 a 17
  - Alto: 18 a 26

##### a) Alimentación

- ❖ Puntaje mínimo: 0
- ❖ Puntaje máximo: 6
- ❖ **Categorías:**
  - Bajo: 0 a 2
  - Medio: 3 a 4
  - Alto: 5 a 6

##### b) Higiene

- ❖ Puntaje mínimo: 0
- ❖ Puntaje máximo: 8
- ❖ **Categorías:**
  - Bajo: 0 a 3
  - Medio: 4 a 7
  - Alto: 8

##### c) Inmunización

- ❖ Puntaje mínimo: 0
- ❖ Puntaje máximo: 3
- ❖ **Categorías:**
  - Bajo: 0 a 1
  - Medio: 2
  - Alto: 3

##### d) Estimulación

- ❖ Puntaje mínimo: 0
- ❖ Puntaje máximo: 9
- ❖ **Categorías:**
  - Bajo: 0 a 3
  - Medio: 4 a 7
  - Alto: 8 a 9

**2) Cuidado psicológico:**

- ❖ Puntaje mínimo: 0
- ❖ Puntaje máximo: 2
- ❖ **Categorías:**
  - Bajo: 0
  - Medio: 1
  - Alto

# ANEXO Nº 06







## **ANEXO N° 07**

### **ARTICULO CIENTIFICO**

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013"**

**CASTRO TAYPE MIRYAM  
LLANCARI ANYAIPOMA LUIS MIGUEL  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA  
(Creada por ley N 25265)**

La investigación se realizó para identificar el nivel de conocimiento que existe en las madres primíparas en el cuidado del recién nacido en el aspecto físico y psicológico del servicio de gineco obstetricia del hospital departamental de Huancavelica.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo e inductivo, la muestra fue 20 madres primíparas, en periodo de post parto, mediante el muestreo no probabilístico intencional, se obtuvo 20 madres primíparas del servicio de gineco obstetricia en quienes se aplicó el cuestionario, aplicada la entrevista, se analizaron los datos donde predominó el nivel de conocimiento bajo en un 55% y un conocimiento medio en un 25% y solo el 20% de madres primíparas tiene un conocimiento alto. En cuanto a los componentes del conocimiento físico: en la alimentación un 55% obtuvo un nivel de conocimiento bajo, y en un 15% un conocimiento medio, en un 30% un conocimiento alto, con respecto a la higiene un 65% de madres primíparas obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, en un 35% un conocimiento medio, en la inmunización un 65% de madres un conocimiento bajo, en un 20% un conocimiento medio, y en un 15% obtuvo un conocimiento alto, en la estimulación un 35% de madres primíparas obtuvo un conocimiento bajo, un 25% un conocimiento medio, y en un 20% un conocimiento alto. En el cuidado psicológico se obtuvo del total de madres primíparas un 35% si conocen y obtuvo un nivel de conocimiento alto y un 35% un conocimiento bajo y en un 30% de madres obtuvieron un conocimiento medio con respecto al cuidado psicológico del recién nacido.



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(CREADO POR LEY N° 25265)

## FACULTAD DE ENFERMERÍA SECRETARIA DOCENTE

Ciudad Universitaria de Patupampa- Teléfono N° 451379 - Huancavelica

### RESOLUCIÓN N° 228-2013-COFA-ENF-VRAC-UNH.

Huancavelica, 05 de noviembre del 2013.

#### VISTO:

Hoja de trámite de Decanato N° 1710 (30.10.13), Oficio N° 440-2013-DEAPENF-FEN-VRAC-UNH (30.10.13) Dirección de Escuela Académico Profesional de Enfermería: Solicitud Aprobación e Inscripción de Proyecto de Tesis titulado: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GICOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013, presentado por los egresados: LLANCARI ANYAIPOMA Luis Miguel y CASTRO TAYPE Miryam, y;

#### CONSIDERANDO:

Que, según el Art. 29°, del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el Trabajo de Investigación puede ser realizado hasta por dos alumnos y/o ex alumnos el mismo que se efectuará en un plazo máximo de 3 años. Pasado este periodo optará por otro trabajo de investigación o modalidad.

Que, según el Art. 34°, del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el Proyecto de Investigación aprobado, será remitido a la Decanatura, para que éste emita Resolución de aprobación e inscripción; previa ratificación en Consejo de Facultad, el graduando procederá a desarrollar el trabajo de investigación, con la orientación del Profesor Asesor. El docente Asesor nombrado es responsable del cumplimiento de la ejecución y evaluación del Trabajo de Investigación.

Que, según la Resolución N° 216-2013-COFA-ENF-VRAC-UNH (03.10.13), se designa el Asesor (a) y el Jurado Evaluador del Proyecto titulado NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GICOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013, presentado por los egresados: LLANCARI ANYAIPOMA Luis Miguel y CASTRO TAYPE Miryam.

Que, según el Oficio N° 440-2013-DEAPENF-FEN-VRAC-UNH (30.10.13) el Director de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, solicita la Aprobación e Inscripción de Proyecto de Tesis mencionado; para lo cual adjuntan en el expediente: la solicitud de la egresada, Informe de Revisión de Proyecto de Investigación Científica firmados por el asesor (a) y jurados evaluadores y 2 ejemplares del Proyecto de Investigación.

Que, en Sesión Ordinario de Consejo de Facultad llevada a cabo el 05 de noviembre del 2013, en los folios ciento seis del cuarto tomo de Libro de Actas, versa la Aprobación e Inscripción del Proyecto de Tesis titulado NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GICOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013, presentado por los egresados: LLANCARI ANYAIPOMA Luis Miguel y CASTRO TAYPE Miryam, por consiguiente:

#### SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR e INSCRIBIR, el Proyecto de Tesis NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GICOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA 2013, presentado por los egresados: LLANCARI ANYAIPOMA Luis Miguel y CASTRO TAYPE Miryam.

ARTICULO SEGUNDO.- AUTORIZAR, a los egresados: LLANCARI ANYAIPOMA Luis Miguel y CASTRO TAYPE Miryam, la ejecución del presente Trabajo de Investigación.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR, al Asesor Lic. Rafael REGINALDO HUAMANI para la orientación y seguimiento científico correspondiente, hasta el momento de la sustentación del mencionado estudio.

"Regístrese: comuníquese y archívese".....



*[Signature]*  
Lic. Hannelinda CRUZ SANCHEZ  
Decana - Facultad de Enfermería



*[Signature]*  
Lic. Rafael REGINALDO HUAMANI  
Secretario Docente - FEN

C.c. Archive  
DECANATO  
DEAPENF  
CENTRO DE...  
Interesados

