

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES
SOBRE CUIDADOS BASICOS DEL RECIÉN NACIDO. CONSULTORIO
DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL
ANGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO. 2013.**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA(O) EN ENFERMERIA**

PRESENTADO POR:

Bach. PALOMINO ARANGO. Esther

Bach VILCHEZ SALCEDO. Roxana

AYACUCHO - PERU

2014

DEDICATORIA

A Papá y Mamá:

*Con todo mi cariño y mi amor
porque hicieron todo en la vida
para que yo pudiera lograr mis
sueños, por motivarme y darme
la mano cuando sentía que el
camino se terminaba, a ustedes
por siempre mi corazón y mi
agradecimiento.*

Esther

DEDICATORIA

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes: Papá y Mamá

Roxana

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, alma mater, la segunda universidad del Perú, por acogernos en sus aulas en las que se forman los futuros profesionales de la patria con principio e ideales de servir a la comunidad.

A Dios, por darnos la vida gracia para lograr nuestros propósitos en este mundo.

A los docentes de la Facultad de Enfermería, a que durante los años de formación se dedicaron indeseablemente a esta gran tarea de formar profesionales de enfermería con mística y predisposición a cumplir con su labor con principios éticos.

A nuestro asesor Prof. Florencio Curi Tapahuasco, por orientarnos en la ejecución del presente trabajo, asimismo por brindarnos su tiempo y paciencia durante nuestra formación en pre grado.

A todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en el desarrollo de la presente tesis.

TÍTULO:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE CUIDADOS BASICOS DEL RECIÉN NACIDO. CONSULTORIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

AUTORAS:

Bach. PALOMINO, ARANGO, Esther Y Bach. VILCHEZ SALCEDO, Roxana

RESUMEN:

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos del recién nacido que acuden al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013. **Material y Métodos:** Estudio cuantitativo, aplicativo, descriptivo, y de diseño transversal, la muestra estuvo constituida por 30 madres adolescentes. **Resultados:** Las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento regular (60%), bajo y deficiente (40%) sobre cuidados básicos del recién nacido, esto indica que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y crear a un recién nacido. La mayoría de las madres adolescentes está comprendidas entre 17 -19 años de edad (56,7), el estado civil predominante es soltera (63,3%), mayoría viven con sus padres (63,3%); grado de instrucción predominante fue secundaria (80%); y mayoría tienen condición económica regular (56,7%). La mayoría (80) indica que debe ser la lactancia materna exclusiva. **Conclusiones:** La mayoría de madres adolescentes no cuentan con el conocimiento adecuado acerca de las áreas del cuidado físico del recién nacido y signos de riesgo del recién nacido, esto indica que no hay nivel de conocimiento total de los aspectos que abarcan el cuidado y reconocimiento de los signos de riesgo por lo tanto, no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido.

PALABRAS CLAVES: Madres adolescente, cuidados básicos, conocimientos.

TITLE:

LEVEL SKILLS ON THE TEENAGE MOTHERS NEONATAL CARE BASIC. OBSTETRICS GYNECOLOGY OFFICE OF THE HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" OF AYACUCHO, 2013

AUTHORS:

PALOMINO ARANGO, Esther VILCHEZ SALCEDO, Roxana

SUMMARY:

Objective: To determine the level of knowledge of adolescent mothers on basic newborn care. Gynecology and Obstetrics Service of the Hospital Regional "Miguel Angel Mariscal Llerena" of Ayacucho, 2013. **Material and Methods:** Quantitative study, application, descriptive, and cross-sectional design, the sample included 30 adolescent mothers. **Results:** The adolescent mothers have a level of regular knowledge (60%), I lower and faulty (40%) it has more than enough basic cares of the newly born one, this indicates that they are not appropriately prepared to sink the responsibility of you to take care and to create to a newly born one. Most of the adolescent mothers are understood among 17 -19 years of age (56,7), the predominant civil state is single (63,3%), majority lives with its parents (63,3%); grade of predominant instruction was secondary (80%); and majority has economic condition to regulate (56,7%). Most (80) it indicates that it should be the nursing maternal sole right. **Conclusions:** Most of adolescent mothers don't have the appropriate knowledge about the areas of the physical care of the newly born one and signs of risk of the newly born one, this indicates that there is not level of total knowledge of the aspects that you/they embrace the care and recognition of the signs of risk therefore, they are not appropriately prepared to sink the responsibility of to take care and to raise to a newly born one.

KEYWORDS: Teenage mothers, basic care, knowledge

SUMARIO

CAPITULO I

INTRODUCCION

REVISION DE LA LITERATURA

CAPITULO II

MATERIALES Y METODOS

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

LIMITACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que hay 14 millones de niños que nacen anualmente de madres adolescentes y que en éstos la tasa de mortalidad infantil es hasta 80% más alta que en los hijos de madres de mayor edad (1).

La adolescencia es la etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto que suele empezar aproximadamente a los diez años en ambos sexos (2). Representando actualmente el 20% aproximadamente de la población peruana de los cuales el 7.8% son mujeres (3). Durante esta etapa se presentan cambios físicos, fisiológicos y psicológicos. Así mismo tienden a definir una identidad independiente de la autoridad paterna, ya que esto facilita que puedan valerse por sí mismos y tomar sus propias decisiones. Sin embargo, este proceso es tenso y ambivalente, tanto por parte de los jóvenes como de sus padres, los primeros temen a la

responsabilidad que acarrea la independencia y los últimos se resisten a la realidad, que sus hijos ya dejaron de ser “niños”⁽⁴⁾

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema creciente en Latinoamérica. Entre los diferentes países de la región se estima que entre el 15% y 26% de los nacimientos corresponden a madres adolescentes. En total, de los 13 millones de nacimientos registrados en la región en el periodo 1990-2000, 2 millones de ellos pertenecen a madres adolescentes. La situación es preocupante, no solo porque existen muchos riesgos asociados con un embarazo en edades tempranas, sino también porque el proceso de transmisión intergeneracional de la pobreza se da precozmente. En el año 2000 en el Perú existían 681,543 madres adolescentes, de las cuales el 24 viven en extrema pobreza y 47,5 en pobreza⁽³⁾.

Los primeros 28 días de vida del recién nacido, es una época muy delicada en la que se completan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la adaptación a la vida extrauterina. La importancia del mismo se confirma por las altas cifras de morbilidad y mortalidad que ocurre durante esta etapa del ciclo vital⁽⁵⁾.

Según la UNICEF⁽⁶⁾, el Perú se ubica como uno de los países de alta mortalidad infantil, cada año mueren en nuestro país aproximadamente 6.000 bebés antes de cumplir el primer mes de vida. El informe “El Estado de la niñez en el Perú” (2011) resalta que en los últimos 15 años estas muertes han disminuido de 24 a 11 por cada 1.000 recién nacidos. Sin embargo, hay lugares donde, por cuestiones sociales, culturales o por dificultad de acceso a los servicios de salud, los fallecimientos no se registran⁽⁷⁾.

El recién nacido es incapaz de sobrevivir por sí mismo y por ello depende de los cuidados y atenciones que le proporcionan sus padres, o quienes lo sustituyan en esta tarea trascendental de la formación del hombre, por el hombre, tarea que también incumbe a los profesionales encargados de vigilar su salud y educación.

La atención básica es el cuidado que recibe el recién nacido, cuyo objetivo es dedicar atención inmediata al recién nacido para su adaptación saludable al medio distinto al útero materno, asimismo evaluar y detectar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido ⁽⁵⁾.

Los cuidados integrales del recién nacido, lavado, alimentación, ropa, cuidado del cordón umbilical, son los aspectos investigados que muestran un actuar inadecuado en la madre. Su inexperiencia poca o ninguna, condicionan que experimenten temor o inseguridad, que son reacciones negativas que influirán en el desarrollo del niño.

18.5% de los niños de madres adolescentes internados, predominan los ingresos por afecciones de las vías respiratorias, que en este caso fue 6.2% de los pacientes que ingresaron a la UCIN. Las defunciones registradas fueron de 46.96% pero la diferencia entre los que fallecieron entre las mujeres adolescentes (74.5%) y los de las mujeres adultas (41.9%) fue claramente más alta en las adolescentes, lo que concuerda con la literatura, sea por la inmadurez materna o por factores agravantes: como son la mayor incidencia de complicaciones que incrementan el riesgo de muerte en estos pacientes ⁽⁸⁾.

La maternidad de por sí implica mucha responsabilidad para la madre como el compromiso de que asuma su auto cuidado 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⁽⁹⁾

De ello se deriva que la madre conozca acerca de todos los cuidados que debe recibir el neonato, los practique de forma correcta y de esta manera contribuir a que el proceso de adaptación se logre satisfactoriamente, estos cuidados que brinda la madre se deben manifestar en atención integral, ya que de ello dependerá el buen estado de salud del recién nacido⁽¹⁰⁾.

El embarazo, el parto, el recién nacido de las madres adolescentes son problemas de salud pública en los países en vías de desarrollo, debido a las altas frecuencias que va en aumento, las implicancias biológicas, psicológicas y sociales, que este tiene para la madre adolescente y su hijo⁽¹¹⁾.

Analizar y reflexionar sobre esta realidad es imperante para los profesionales de la salud. Es por ello, que se hace necesario empoderarnos del concepto de cuidado humano, para comprender a las adolescentes en su proceso de ser madre, con una visión diferente a la acostumbrada.

Al respecto, durante nuestras prácticas de pre grado, se ha observado a muchas madres adolescentes que se atiende en los centros de salud y el Hospital Regional de Ayacucho, que no hacen el lavado de manos para amamantar a su hijo, el niño se encontraba sumamente abrigado con ropa de lana y cubiertos con frazadas

de lana, también al momento de cambiar el pañal las madres lo hacían de forma rápida y sin limpiar el área genital en su totalidad. De otro lado, mientras brindábamos atención a los recién nacidos y educación a las madres, entre otras, ellas decían: ...“tengo miedo de limpiar el cordón umbilical, porque se le puede caer antes de tiempo o le puedo hacer doler a mi bebe...”, “... ¿y ahora como lo tengo que bañar cuando esté en mi casa?”

Las interrogantes manifestado por las madres adolescentes y las referencias señaladas por autores citados, motivaron la realización de la presente investigación titulada: *Nivel de conocimientos de de las madres adolescentes sobre cuidados básicos del recién nacido. Consultorio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013.* Para lo cual se plantearon lo siguiente objetivos:

General

Determinar el nivel de conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos del recién nacido. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013.

Específicos:

- Identificar las características socio-demográficas de las Madres Adolescentes: Edad, nivel de escolaridad, estado civil y persona con quien vive, condición económica. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013.

- Estimar el nivel de conocimientos que tienen las madres adolescentes sobre cuidados básicos del recién nacido (alimentación, sueño, higiene de los genitales, limpieza del muñón umbilical, signos de alarma) que acuden al consultorio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, 2013

La metodología utilizada fue cuantitativa, aplicada, descriptiva y de diseño transversal.

Como hallazgo podemos mencionar el escaso conocimiento de las madres adolescentes sobre cuidados básicos del recién nacido.

El presente trabajo consta de cuatro capítulos: CAPITULO I: Revisión de la Literatura, CAPITULO II: Material y Métodos, CAPITULO III: RESULTADOS Y CAPITULO IV: DISCUSIÓN. Conclusiones, Recomendaciones, referencias Bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

2. REVISION DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES:

Chapilliquen Pérez J. E. ⁽¹⁰⁾, en su trabajo de tesis titulado: “Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-noviembre, 2009”. **Objetivo:** Determinar el Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal. **Material y Metodos:** El tipo de estudio es descriptivo, la técnica empleada, la encuesta; el instrumento empleado fue el cuestionario. La muestra estuvo constituida por 115 madres adolescentes de 15 a 19 años hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia (Servicio de Adolescencia) del Instituto Nacional Materno Perinatal las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión requeridos. **Conclusiones** a las que se llegaron tenemos que la mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento, esto indican que no se

encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido, debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en su vida, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto las hace personas inestables, inseguras de sí mismas. Las madres adolescentes necesitan ser orientadas, guiadas por el profesional de enfermería, para brindar cuidados a sus recién nacidos y de esta manera garantizar el bienestar del nuevo ser.

Paredes Huamán Cl. R. y Álvarez Vilca P. ⁽¹²⁾ en el año 1991, realizaron un estudio de investigación titulados: “Conocimientos y Practicas Sobre Ablactancia y Alergias Alimentarias que Refieren Las Madres de Menores de 2 Años, en los Consultorios de Control de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” Lima- Perú, **Objetivo:** Identificar los conocimientos y prácticas sobre ablactancia que refieren las madres de los niños menores de 2 años y de Identificar los conocimientos y prácticas sobre alergias alimentarias que refieren las madres de los menores de 2 años. **Material y Métodos:** El método que utilizaron fue el descriptivo exploratorio de corte transversal, en una población de 186 madres. El instrumento fue un formulario de preguntas y la técnica fue la entrevista. **Conclusiones:** Las que llegaron las autoras entre otras fueron: La mayoría de las madres (82.8%) tienen un conocimiento parcial sobre ablactancia; el mayor porcentaje de madres (46.2%) tienen un conocimiento parcial sobre alergias alimentarias”.

LLACTAHUAMAN CHUQUICAHUA M y otros⁽¹³⁾ en el año 1992 realizaron un estudio de investigación titulado: “Conocimientos de las Madres de los

Niños Menores de Cinco Años Sobre el Carné de Salud Infantil y su Relación con Algunos Factores Personales y con la Educación Brindada por el Personal de Salud en la Jurisdicción del Hospital Materno Infantil Manuel Barreto” Lima-Perú,

Objetivo: Determinar los niveles de conocimiento que tienen las madres de los niños menores de cinco años sobre el carné de salud infantil y de identificar en las madres de los niños menores de cinco años, la educación brindada por el personal de salud sobre el carné de salud infantil. **Material y Métodos:** El método que utilizaron fue el descriptivo de correlación de corte transversal prospectivo, la población de estudio estuvo constituida por las madres de los niños menores de cinco años de la jurisdicción del Hospital Manuel Barreto, el tamaño de la muestra fue de 135 madres. El instrumento utilizado fue un formulario y la técnica la entrevista. **Conclusiones:** Entre otras fueron: El nivel de conocimientos que tienen las madres sobre el carné de salud infantil oscila en su mayor porcentaje entre medio y bajo siendo el alto el de menor porcentaje; existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre el carné de salud infantil y la educación brindada por el personal de salud, esto indica que el nivel de conocimientos es mayor en aquellas madres que recibieron educación del personal”.

Mere Hernández R. L. y Pareja Bellido Z. ⁽¹⁴⁾, en el año 1997 realizaron un estudio de investigación sobre: “Conocimiento de Lactancia Materna que Poseen las primigestas que Acuden al Control Prenatal de Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé” Lima-Perú **Objetivos:** Determinar los conocimientos sobre lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control pre natal del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé y de identificar los

conocimientos sobre las prácticas de lactancia materna que poseen las primigestas. Identificar los conocimientos sobre la importancia de lactancia materna que poseen las primigestas, **Material y Métodos:** El método que utilizaron fue de tipo descriptivo transversal, la población está constituida por todas las primigestas que se encontraban en el “tercer trimestre de gestación y tenían como mínimo tres controles prenatales y acudieron durante el mes de mayo de 1997(68 primigestas). El instrumento utilizado fue un cuestionario y la técnica la entrevista. **Conclusiones:** A las que llegaron las autoras entre otras fueron: .El mayor porcentaje es decir el 59%, poseen conocimientos inadecuados sobre lactancia materna; en cuanto a la práctica de lactancia materna, el 37% poseen conocimientos inadecuados. Siendo que el conocimiento inadecuado radica principalmente en la categoría, relacionada al conocimiento que tienen las primigestas con respecto a la lactancia materna y EDA, que de las 68 encuestadas, el 60% responde inadecuadamente, así mismo con respecto a la relación entre administración de medicamentos y producción de leche el 51% tienen conocimientos inadecuados, en cuanto a la importancia de lactancia materna el 56% posee conocimientos inadecuados; siendo que el 82% tiene conocimientos inadecuados en cuanto al incremento de producción de leche, el 79% de encuestadas, conoce inadecuadamente los beneficios de la lactancia materna para la madre y el 50% posee conocimientos inadecuados sobre los beneficios de lactancia materna para el bebé”.

Pamela Arbulú Bustillos, y otros ⁽¹⁵⁾ realizaron en el año 1999 un estudio de investigación titulado: “Factores Socioeconómicos y Personales que Influyen en el Nivel de Conocimientos Sobre la Atención del Recién Nacido en Primíparas de la

Victoria” Lima –Perú. **Objetivo:** de identificar las fuentes de información en la atención del recién nacido en madres primíparas y la influencia en el nivel de conocimientos. **Material y métodos:** El método que utilizaron fue el descriptivo transversal prospectivo, la población estuvo constituida por todas las madres primíparas que se encontraban en el servicio de hospitalización de ginecología obstetricia del centro de salud El Porvenir- La Victoria en los meses de Mayo y Junio. El tamaño de la muestra fue 100 madres, el instrumento fue un cuestionario y la técnica fue la encuesta. **Conclusiones:** A las que llegaron las autoras entre otras fueron: Las edades de las madres primíparas fluctúan entre 15 y 19 años de edad (47%), las cuales tienen un conocimiento bajo sobre la atención del bebé(42%); el 50% de las madres primíparas recibió información sobre la atención del recién nacido por sus familiares- amigos y el 2% por el médico; el 56% de las madres primíparas no tiene conocimientos de las vacunas que recibe el recién nacido y el 13% sobre la BCG; el 45% de las madres primíparas considera que el inicio de la estimulación temprana debe realizarse desde que nace y el 9% desde los seis meses; el 72% de las madres primíparas considera que la alimentación del recién nacido es la lactancia materna y el 9% lactancia materna más infusiones; el 33% de las madres primíparas considera que el tiempo de duración de la lactancia materna es hasta el año y el 3% un mes”.

2.2. BASE TEORICA

Generalidades sobre Conocimiento.

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

conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia, es fruto del esfuerzo consciente, es metódico, claro, indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica⁽¹⁶⁾

El conocimiento vulgar es vago; inexacto limitado por la observación. Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana, es a metódico, asistemático. No explica el “como” ni el “porque” de los fenómenos. Según Salazar Bondy, define el conocimiento: como “un acto y como un contenido; dice del conocimiento como un acto que es la aprehensión de una cosa, una propiedad al proceso mental y no físico.

Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo, el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivas, pueden independizarse del sujeto, gracias al lenguaje tanto para si mismo, como para otros sujetos⁽¹⁷⁾.

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

Formas de adquirir el conocimiento y medir el conocimiento:

- Informal: se adquiere mediante las actividades ordinarias de la vida, por este sistema aprenden los cambios sociales, se complementan con los medios de comunicación.

Formal: se adquiere a través de las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos.

Generalidades sobre el Cuidado.

La creencia del cuidado como una forma de ser, nos hace comprender que la especie humana ha sobrevivido gracias a seres que manifiestan comportamientos de cuidado. La inquietud del cuidado aparece cuando la existencia de alguien tiene importancia. Entonces se procede a dedicarse a ese alguien. Cuidado significa entonces inquietud, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato; se está ante una actitud fundamental, un modo de ser en el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y preocupación.

La naturaleza del cuidado incluye dos significaciones en íntima relación, primero, la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. Segundo, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene a su cuidado se sienta afectivamente ligada al otro.

Aspectos Teóricos Conceptuales Sobre el Cuidado del Recién Nacido ⁽¹⁸⁾.

Características Generales de un niño de 0 a 1 mes.

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

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

El recién nacido dormirá cerca de 21 horas diarias, su tonicidad muscular será pobre y dominarán en él los movimientos reflejos o respuestas automáticas. Casi al final del primer mes será capaz de levantar su cabeza. Sus movimientos no tendrán una finalidad y serán de tipo generalizado, abarcando los distintos músculos del cuerpo. Sus conductas más comunes serán comer, dormir y llorar. Llorará cuando sienta cualquier necesidad y se alterará ante ruidos fuertes. El recién nacido mostrará preferencia por los estímulos humanos, como rostros y voces, por encima de otros sin vida como un objeto o un juguete. Los sentidos de la audición, olfato, gusto y tacto estarán bien desarrollados.

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

Características Físicas del Recién Nacido

La piel

En un recién nacido bien hidratado, a menudo la piel suele estar reseca pues debe acostumbrarse al aire seco en vez del líquido amniótico del útero. Al segundo o

tercer día, la piel a menudo es escamosa y se notan grietas, en especial alrededor de las muñecas y los tobillos. Tanto la epidermis como la dermis son muy finas y la unión entre ambas es débil; en consecuencia una ligera fricción a través de la epidermis, como la retirada rápida de cinta adhesiva, puede separar las capas y provocar la formación de ampollas.

Las glándulas sebáceas son muy activas al final de la vida fetal y al principio de la extrauterina, por los elevados niveles de andrógenos maternos. Son más abundantes en el cuero cabelludo, en la cara y en los genitales y producen un vórnix caseoso grasiento que recubre al lactante en el nacimiento. El taponamiento de las glándulas sebáceas causa milios facial, que aparecen pequeños puntos blancos en la barbilla, nariz y frente, desaparecen en pocas semanas. Debe enseñársele a la madre no exprimir estos puntos similares a las espinillas porque podría causar infección.

Cabeza:

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

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

La fontanela anterior tiene forma de diamante y mide de 4 a 5 cm. En su punto más ancho (de hueso a hueso y no de sutura a sutura). La fontanela posterior se localiza fácilmente siguiendo la sutura sagital al occipicio. La fontanela posterior es triangular y, por lo general, mide entre 0.5 y 1cm en su parte más ancha. Las fontanelas deben percibirse al tacto liso, firme y bien delimitado de los bordes óseos.

Los ojos:

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

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

Los oídos:

observar ondas peristálticas en neonatos delgados, pero no deben resultar visibles en los que están bien nutridos.

El cordón umbilical debe inspeccionarse para determinar la presencia de dos arterias, que parecen estructuras papulosas, y una vena, que tiene una luz mayor que las arterias y una pared vascular más delgada.

Al nacer, el cordón aparece azulado, blanco y húmedo. Después de pinzarlo empieza a secarse y se vuelve color marrón apagado y amarillento. Con el tiempo se arruga y adquiere un tono negro grisáceo y a los seis a ocho días, se desprende. Es importante que quien lo atiende observe cualquier signo de sangrado o infección en el cordón umbilical.

Es frecuente que este se proyecte hacia la piel y aparente una hernia.

Es importante que la madre sepa que la protrusión es piel y que desaparecerá o se invaginará lentamente. No debe haber masas en el abdomen. Los sonidos intestinales normales pueden escucharse a los 15 minutos del nacimiento.

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

Genitales femeninos:

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

Genitales masculinos:

Se debe inspeccionar el pene para localizar la apertura uretral, que se encuentra en la punta y que a veces está totalmente cubierta por el prepucio, que recubre al glande. Un prepucio firme es muy corriente en el recién nacido, no debe ser retraído a la fuerza, salvo para localizar la abertura urinaria. Alrededor del glande, por debajo del prepucio, es frecuente encontrar una sustancia blanca espesa, *el esmegma*. Es normalmente que el recién nacido tenga erecciones.

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

Ano:

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

Espalda:

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

Las extremidades:

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

Cuidados Físicos del Recién Nacido ⁽⁴⁾

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

Alimentación del Recién Nacido:

Para muchas mujeres, alimentar a un recién nacido, es una tarea satisfactoria pero que en ocasiones provoca ansiedad, es un mecanismo importante en la formación de

la relación de confianza entre el hijo y su madre, por tanto, es importante para el desarrollo emocional de recién nacido.

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

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

- Es leche ideal y más completa, contiene nutrientes y anticuerpos.
- La leche materna es limpia pasa directamente del seno a la boca del bebé y no es contaminada por la falta de limpieza que podría ocurrir con el biberón.
- Se encuentra exactamente a la temperatura del cuerpo.
- Esta lista en cualquier momento del día y de la noche y en cualquier lugar, no necesita preparación.
- El dar pecho protege a los bebés de enfermedades. Diversos estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna exclusiva por un

glándulas. El prepucio se debe limpiar retrayéndolo con suavidad sólo hasta donde llegue y volviéndolo a su posición normal.

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

- Preparación del baño: los de esponja se realizan mientras el ombligo sana (cuando se cae el cordón umbilical). Después deben iniciarse los baños de tina. Antes de empezar el baño, se debe tener a la mano todos los materiales necesarios como por ejemplo recipiente para el agua tibia, toallas, jabón, shampoo, torundas de algodón, alcohol, la ropa limpia del niño, etc.
- Medio ambiente y seguridad: dar el baño en una habitación tibia, libre de corrientes de aire, bañar al niño en un lugar seguro libre de correr el riesgo que sufra algún accidente, nunca dejar al niño solo.

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

Ojos: Los ojos se limpian de la comisura interna hacia la externa con un pedazo de algodón humedecido en agua, sin utilizar jabones ni líquidos especiales para cada ojo. No se requiere cuidados adicionales además de esta limpieza a menos que hay evidencia de inflamación o infección.

Cualquier enrojecimiento, inflamación o descarga debe reportarse al profesional de salud.

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

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

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

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

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

Cuidados del cordón umbilical:

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

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

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

Cuidado perianal:

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

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

Termorregulación:

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

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

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

Su piel delgada, los vasos sanguíneos están cerca de la superficie, y hay poca grasa subcutánea que se aisle. La pérdida de calor hacia el medio ambiente tiene lugar en cuatro formas: evaporación, conducción, convección e irradiación.

- **Evaporación:** la evaporación ocurre cuando las superficies húmedas se exponen al aire. Se produce pérdida de calor cuando el agua se convierte en vapor. El recién nacido pierde calor de inmediato al evaporarse el líquido amniótico de la piel.

También se produce evaporación durante el baño. Por consiguiente, es importante secar al niño tan rápido como sea posible para evitar la pérdida de calor. Es de singular importancia secarle la cabeza por ser una gran superficie del cuerpo. Se

produce pérdidas adicionales de calor por evaporación mediante la pérdida imperceptible de agua a través de la piel y por la respiración. Por ejemplo: leche regurgitada en la ropa, cabello húmedo por el baño, pañal húmedo.

- **Conducción:** la conducción es la transferencia de calor hacia una superficie más fría por el contacto de la piel. La conducción se produce cuando los recién nacidos entran en contacto con objetos fríos. Las manos, mesas de exploración, estetoscopios fríos, etc.

- **Convección:** la convección es la pérdida de calor de la superficie caliente del cuerpo por el aire en movimiento a menor temperatura. El flujo producido por el aire acondicionado y las personas en movimiento en la habitación aumenta la pérdida de calor. Para controlar o evitar la pérdida de calor por convección, suele colocarse a los pequeños bajo calefactores radiantes o en incubadoras (alejados de las corrientes de aire).

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

Sueño del Recién Nacido:

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

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

Eliminación intestinal y vesical del recién nacido:

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

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

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

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

Vestimenta del Recién Nacido:

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

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

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

Signos de Alarma en el Recién Nacido.

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

- Temperatura axilar superior a 37.5 C o rectal superior a 38 C; o temperatura axilar inferior a 36 C y rectal inferior a 36.5 C.
- Dificultad para respirar o si hay ausencia de respiración durante mas de 15 segundos.
- Cambios en el color de la piel; si el niño se ve cenizo, si muestra coloración morada alrededor de los labios o si las escleróticas se ve amarillenta.
- Secreción sanguinolenta, enrojecimiento o mal olor del ombligo.
- Enrojecimiento, hinchazón o secreción de los ojos.
- Más de un episodio de vómitos fuertes o vómitos frecuentes.
- Rechazo de alimentos en dos o más ocasiones.
- Dos o más evacuaciones verdes y acuosas o si las heces son duras e infrecuentes.
- No hay orina en los pañales durante más de 18 horas o hay menos de seis micciones al día.
- El recién nacido está inconsolable, ninguna técnica para tranquilizarlo funciona o su llanto tiene un timbre agudo.

Estimulación Temprana en el Recién Nacido.

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

La estimulación temprana hace uso de experiencias significativas en las que interviene los sentidos, la percepción y el gozo de la exploración, el descubrimiento, el autocontrol, el juego y la expresión artística. Su finalidad es desarrollar la

inteligencia, pero sin dejar de reconocer la importancia de unos vínculos afectivos sólidos y una personalidad segura. Un aspecto a destacar es que al menos en la mayoría de las propuestas de estimulación temprana, el niño es quien genera, modifica, demanda y construye sus experiencias, de acuerdo con sus intereses y necesidades.

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

- Es un medio que favorece el contacto físico y la compenetración adulto-niño.
- Permite al adulto y al niño descubrir las capacidades e intereses de este último.
- Ayuda a construir la inteligencia en una etapa neurobiológica clave, como es la de los primeros años de vida.
- Es un dinamizador de la personalidad, en cuanto que el niño sentirá satisfacción y elevará su autoestima al descubrir el alcance de sus potencialidades.
- Es útil para la detección, prevención y tratamiento de retraso en el desarrollo intelectual.

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

Enriquecimiento Sensorial.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El lenguaje estimula el desarrollo del hemisferio izquierdo del cerebro; la música estimula el hemisferio derecho. Por tanto, los padres también pueden proporcionar a su hijo estimulación musical. Los recién nacidos parecen más tranquilos cuando escuchan más música clásica que rock and roll. Sin embargo, las preferencias individuales son variables, según la música a la que se expuso al neonato in útero. Las madres tienen gustos muy diversos con respecto a la música pero los tonos puros y bien definidos son mejores que la música sintetizadas.

Área 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. Gorski y colaboradores sugieren que 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.

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

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

Esto se debe a que las caricias de piel con piel estimulan las vías nerviosas sensitivas que a su vez favorecen el funcionamiento de los sistemas digestivos y

urinario. Como resultado, las heces y la orina fluyen con más rapidez y se utilizan mejor los alimentos ya digeridos.

El contacto piel a piel es muy conveniente en cualquier momento.

No se malcría a los recién nacidos cuando se les acaricia demasiado. Mientras más fuerte se les abraza y se les acaricia, más seguros se sienten. Se observa que las caricias sirven para estimular o tranquilizar a los recién nacidos.

Las caricias de piel a piel se proporcionan de muchas maneras y en diversas direcciones. Algunos niños prefieren las caricias de la cabeza hacia los pies; patrón que recuerda el proceso de mielinización nerviosa. Las caricias lentas, de 12 a 16 veces por minuto se asocian con reducción de la apnea y la respiración irregular en el neonato.

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

Adolescencia⁽¹⁹⁾

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

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

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

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

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

Al parecer, el sentido de identidad de grupo resulta esencial como preludio al de identidad personal en efecto, los adolescentes jóvenes deben resolver los

problemas concernientes a las relaciones con su grupo de amigos, antes de ser capaces de solventar las cuestiones relativas a quienes son en relación con la familia y con la sociedad.

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

Los adolescentes pueden mejorar mejor sus emociones hacia el final de la adolescencia; pueden enfrentarse a los problemas con más calma y racionalidad; y aunque todavía están sujetos a periodos de depresión, sus sentimientos son menos vulnerables y comienzan a demostrar mayor madurez emocional.

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

Al final de la adolescencia se caracteriza por el replanteamiento serio de los valores morales existente y su relevancia para la sociedad y el individuo. Ahora los adolescentes pueden fácilmente ponerse en el lugar de otro; entienden el deber y la obligación basada en un conjunto de derechos recíprocos, así como el concepto de

justicia fundado en reparar las equivocaciones y arreglar o remplazar lo estropeado al actuar mal.

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

Situación de la Madre Adolescente⁽²⁰⁾

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

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

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

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

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

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

Los cuidados integrales del recién nacido como higiene, alimentación, ropa, cuidados del cordón umbilical, son aspectos investigados que muestran un actuar

inadecuado de la madre adolescente. Su experiencia poca o ninguna, condicionan que experimenten temor o inseguridad que son reacciones negativas que influirán en el desarrollo del niño.

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

Definición Operacional de Términos.

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

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

Madres adolescentes: Mujeres de 15 a 19 años de edad madres de niños menores de 28 días de vida,

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

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

CAPITULO II

2. MATERIAL Y METODOS.

2.1.- ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativo.

2.2.- TIPO DE INVESTIGACION: Aplicativa

2.3.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Transversal - prospectivo

2.5. AREA DE INVESTIGACION: El área de investigación fue el Servicio de Gineco-Obstétrica del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho. Que se encuentra aproximadamente a 800 metros lado norte de la Plaza Mayor de la Ciudad de Ayacucho, La ciudad de Ayacucho queda en la sierra Centro Sur del Perú, aproximadamente a 2746 m.s.n.m.

2.6 POBLACION: Todas las madres adolescentes que acudieron al servicio de Gineco – Obstétrica del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, de octubre a diciembre de 2013.

2.7. MUESTRA: Estuvo constituido por 30 madres adolescentes que acudieron al consultorio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho de octubre a diciembre de 2013.

2.7. MUESTREO: Fue no probabilístico intencional.

2.9 TECNICAS DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Técnicas: La técnica utilizada fue la entrevista

El instrumento: Guía de entrevista cerrada.

2.10 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS: La recolección de datos se realizó en el consultorio de Gienco-Obstetricia del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho. Se seleccionó 30 madres adolescentes voluntarias, a las que se le aplicara el cuestionario de conocimiento sobre cuidados básicos del recién nacido.

2.11. PROCESAMIENTO Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO: Una vez obtenido los datos, se procedió a realizar el control de calidad, luego estructurar el libro de códigos y finalmente la matriz tripartita. Una vez estructurado estos instrumentos se trasladó al software Spss versión 17,5 para presentar cuadros simples y de doble entrada.

CAPITULO III

RESULTADOS

CUADRO 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO. CONSULTORIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2013.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
EXCELENTE (18-20 puntos)	0	0,0
BUENO (15-17 puntos)	0	0,0
REGULAR (11-14 puntos)	18	60,0
BAJO (8-10 puntos)	08	26,7
DEFICIENTE (<8 puntos)	4	13,3
T O T A L	30	100,0

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

El cuadro que antecede muestra, que del 100,0% de madres adolescentes estudiadas, 60% poseen nivel de conocimientos regular sobre los cuidados básicos del recién nacido, 26,7% poseen nivel de conocimientos bajo y 13,3% nivel de conocimientos deficientes.

CUADRO 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE CUIDADOS BÁSICOS DEL RECIEN NACIDO SEGÚN EDAD. CONSULTORIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013.

EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES						TOTAL	
	Deficiente		Bajo		Regular		N	%
	n	%	n	%	n	%		
< DE 14 años	0	0,0	1	3,3	1	3,3	2	6,6
14 -16 años	3	10,0	3	10,0	5	16,7	11	36,7
17 – 19 años	1	3,3	4	13,3	12	40,0	17	56,7
TOTAL	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100.0

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

El cuadro que antecede indica que el 56.7% de madres adolescentes se encontraban en el grupo etario de 17 -19 años, de ellas el 40% poseen nivel de conocimiento regular sobre cuidados básicos del RN; 13,3% bajo y 3,3% deficiente. El 36,7% pertenecen al grupo etario de 14 -16 años, de las cuales 16,7% presentaron conocimiento regular, 10% bajo y deficiente, respectivamente. El 6,6% pertenecen al grupo etario de menores de 14 años, de ellas 3,3% poseen nivel de conocimiento regular y bajo, respectivamente.

CUADRO 03

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE CUIDADOS BÁSICO DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN ESTADO CIVIL. CONSULTORIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

ESTADO CIVIL	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES						TOTAL	
	Deficiente		Bajo		Regular		N	%
	n	%	N	%	n	%		
Soltera	3	10,0	4	13,3	12	40,0	19	63,3
Casada	1	3,3	0	0,0	2	6,6	3	10,0
Conviviente	0	0,0	4	13,3	4	13,3	8	26,7
TOTAL	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

El presente cuadro indica que, de la totalidad de la muestra en estudio, 63,3% de madres adolescentes son solteras, de ellas 40% poseen nivel de conocimiento regular sobre cuidados básicos de recién nacido, 13,3% bajo y 10% deficiente; el 26,7% son convivientes, de las cuales 13,3% presentan conocimiento bajo y deficiente; el 10% son casadas, de ellas 6,6% tienen nivel de conocimiento regular y 3,3% deficiente; respectivamente.

CUADRO 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SEGÚN PERSONA CON QUIEN VIVEN. CONSULTORIO DE GINECÓ OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013.

PERSONAS CON QUIEN VIVEN	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES						TOTAL	
	Deficiente		Bajo		Regular		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Padres	4	13,3	4	13,3	11	36,7	19	63,3
Pareja	0	0,0	4	13,3	6	20,0	10	33,3
Otros	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
TOTAL	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

Del total de la muestra estudiada, 63,3% viven con sus padres, de ellas, 36,7% poseen nivel de conocimiento regular sobre los cuidados básicos del recién nacido, 13,3% bajo y deficiente. El 33,3% viven con su pareja, de las cuales 20% presentaron nivel de conocimiento regular, 13,3% bajo. El 3,3% viven con otras personas, de ellas 3,3% poseen nivel de conocimiento regular sobre cuidados básicos del recién nacido.

CUADRO 05

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. CONSULTORIO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL
MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES						TOTAL	
	Deficiente		Bajo		Regular		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Primaria	2	6,6	2	6,6	0	0,0	4	13,3
Secundaria	1	3,3	6	20,0	17	56,7	24	80,0
Superior	1	3,3	0	0,0	1	3,3	2	6,7
TOTAL	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

Del 100% de la muestra estudiada, 80% poseen grado de instrucción secundaria, de ellas, 56,7% poseen nivel de conocimiento regular sobre los cuidados básicos del recién nacido, 20% bajo y 3,3% deficiente; el 13,3% tienen grado de instrucción primaria, de las cuales 6,6% presentaron nivel de conocimiento bajo y deficiente; y 6,7% tienen grado de instrucción superior, de ellas 3,3% poseen nivel de conocimiento regular y deficiente sobre cuidados básicos del recién nacido.

56,7% tienen nivel de conocimiento regular sobre los cuidados básicos del RN, 20% bajo y 13,3% deficiente. El 6,7% refieren que se debe iniciar con leches maternizadas y 3,3% poseen nivel de conocimiento regular y bajo.

En relación a la frecuencia de alimentación, el 90% indican cada 2-5 horas, de ellas 60% poseen conocimiento regular sobre cuidados básicos del RN, 23,4% bajo y 6,7% deficiente; respectivamente. El 10% indican a libre demanda, de las cuales 6,7% tienen nivel de conocimiento deficiente y 3,3% nivel de conocimiento bajo.

Referente a los beneficios de la leche materna, 50% respondieron que es beneficiosa porque es económica, de ellas 33,3% tiene nivel de conocimiento regular sobre cuidados básicos del RN, 10% bajo y 6,7% deficiente. El 26,7% respondieron que no es necesario preparar, de ellas 13,3% poseen nivel de conocimiento regular, 10% bajo y 3,3% deficiente. 13,3% señalaron que tiene carácter de anticonceptivo, de ellas 10% tienen nivel de conocimiento regular y 3,3% deficiente. El 10% señalaron que era nutriente necesario, de ellas 6,7% poseen nivel de conocimiento bajo y 3,3% regular; respectivamente.

CUADRO 08

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE EL BAÑO DEL RECIEN NACIDO. CONSULTORIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

BAÑO DEL RN	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES						TOTAL	
	Deficiente		Bajo		Regular		N	%
	n	%	n	%	n	%		
<u>Frecuencia del Baño</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Cada 2 días	2	6,7	1	3,3	0	0,0	3	10,0
Cada 7 días	2	6,7	7	23,3	18	60,0	27	90,0
<u>Materiales de Baño</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Shampoo y jabón para RN y agua tibia	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
<u>Duración del Baño</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
30 minutos	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	6,7
2 minutos	0	0,0	2	6,7	3	10,0	5	16,7
< de 10 minutos	4	13,3	4	13,3	15	50,0	23	76,6

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

El cuadro que antecede indica que, el 90% de madres adolescentes respondieron que la frecuencia del baño del RN es cada 7 días, de ellas 60% tienen nivel de conocimiento regular sobre los cuidados básicos del RN, 23,3% bajo y 6,7% deficiente. El 10% refieren que frecuencia del baño es cada 2 días y poseen nivel de conocimiento deficiente 6,7% y bajo 3,3%.

En relación al material de baño, el 100% indicaron usar shampoo y jabón para RN y agua fría, de ellas 60% poseen conocimiento regular sobre cuidados básicos del RN, 26,7% bajo y 13,3% deficiente; respectivamente.

Referente a la duración del baño, 76,7% respondieron que la duración del baño es < de 10 minutos, de ellas 50% tiene nivel de conocimiento regular sobre cuidados básicos del RN, 13,3 bajo y deficiente respectivamente. El 16,7% respondieron que la duración del baño es 2 minutos, de ellas 10% poseen nivel de conocimiento regular, 6,7% bajo. El 6,7% señalaron que la duración del baño es 30 minutos, de ellas 6,7% tienen nivel de bajo.

CUADRO 10

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LIMPIEZA DEL MUÑÓN UMBILICAL DEL RECIEN NACIDO. CONSULTORIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

MUÑÓN UMBILICAL DEL RN	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES						TOTAL	
	Deficiente		Bajo		Regular		N	%
	N	%	n	%	n	%		
<u>Higiene de los genitales RN Femen.</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
De arriba hacia abajo	1	3,3	2	6,7	3	10,0	6	20,0
De adelante hacia atrás	3	10,0	6	20,0	14	46,7	23	76,7
De cualquier forma	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
<u>Higiene de los genitales RN Masc.</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Lavando en forma superficial	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
Retrayendo el prepucio y lavado	1	3,3	3	10,0	0	0,0	4	13,3
Entre las bolsas escrotales	1	3,3	3	10,0	6	20,0	10	33,3
Sólo lavando pene por encima	2	6,7	2	6,7	11	36,7	15	50,0
<u>Materiales para la higiene de los genitales</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Agua tibia, algodón y jabón neutro	0	0,0	4	13,3	1	3,3	5	16,7
Agua fría, papel hig. y jabón tocador	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
Agua caliente, gasa estéril y jabón tocador	2	6,7	4	13,3	15	50,0	21	70,0
Agua estéril, gasa y jabón tocador	2	6,7	0	0,0	1	3,3	3	10,0
<u>En qué momento cambian pañal</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Cuando RN hizo deposición	1	3,3	1	3,3	2	6,7	4	13,3
Solo 3 veces al día	2	6,7	5	16,7	15	50,0	22	73,3
Cuando el pañal este mojado y con deposición	0	0,0	1	3,3	1	3,3	2	6,7
Solo durante noche para dormir	1	3,3	1	3,3	0	0,0	2	6,7
<u>Importancia de cambio y limpieza</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Prevenir malos olores	1	3,3	6	20,0	13	43,3	20	66,7
Prevenir escaldaduras	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
Prevenir que el RN lllore	2	6,7	1	3,3	2	6,7	5	16,7
Prevenir que el RN ensucie la ropa	1	3,3	1	3,3	2	6,7	4	13,3

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

Del 100% de la muestra, el 76,7% de madres adolescentes respondieron que la higiene de los genitales del RN femenino lo realizan de adelante hacia atrás, de ellas

46,7% tienen nivel de conocimiento regular, 20% bajo y 10% deficiente. El 20% refieren que lo realizan de arriba hacia abajo, de las cuales 10% poseen nivel de conocimiento regular, 6,7% bajo y 3,3% deficiente, respectivamente.

En relación a la higiene de los genitales del RN masculino, el 50% de las madres adolescentes indicaron que realizan sólo lavando el pene por encima, de ellas 36,7% poseen conocimiento regular, 6,7% bajo y deficiente, respectivamente. El 33,3% indicaron que lo realizan entre las bolsas escrotales, de las cuales, 20% poseen conocimiento regular, 10% bajo y 3,3% deficiente; respectivamente. El 13,3% lavan retrayendo el prepucio, de ellas 10% tienen nivel de conocimiento bajo y 3,3% deficiente.

Referente a los materiales para la higiene de los genitales, 70% respondieron que usan como material de higiene el Agua caliente, gasa estéril y jabón tocadador, de ellas 50% tiene nivel de conocimiento regular, 13,3% bajo y 6,7% deficiente. El 16,7% respondieron usan agua tibia, algodón y jabón neutro, de ellas 13,3% poseen conocimiento bajo y 3,3% deficiente. El 10% utilizan agua estéril, gasa y jabón tocadador, de ellas 6,7% tienen conocimiento deficiente y 3,3% regular. El 3,3% utilizan agua fría, papel higiénico y jabón tocadador, todas ellas tienen conocimiento regular.

Referente en qué momento cambian los pañales, 73,3% respondieron que cambian solo 3 veces al día, de ellas 50% tienen nivel de conocimiento regular, 16,7% bajo, 6,7% deficiente. El 13,3% indicaron cuando el RN hizo deposición, de ellas 6,7% tienen nivel de conocimiento regular y 3,3% bajo y deficiente, respectivamente. El 6,7% señalaron cuando el pañal está mojado y con deposiciones, de ellas 3,3% tienen

nivel de conocimiento regular y bajo. El 6,7% indican solo durante la noche para dormir, de las cuales, 3,3% poseen nivel de conocimiento bajo y deficiente, respectivamente.

Sobre la importancia del cambio de pañal, 66,7% refieren para prevenir malos olores, de ellas 43,3% poseen nivel de conocimiento regular, 20% bajo y 3,3% deficiente, respectivamente. El 16,7% indicaron para prevenir que el RN llore, de ellas 6,7% tienen nivel de conocimiento regular y deficiente, 3,3% bajo, respectivamente. 13,3% indicaron para prevenir que el RN ensucie la ropa, de las cuales 6,7% poseen conocimiento regular y 3,3% bajo y deficiente, respectivamente. El 3,3 % respondieron para prevenir escaldaduras y poseen nivel de conocimiento regular.

CUADRO 11

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE EL SUEÑO DEL RECIÉN NACIDO. CONSULTORIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

SUEÑO DEL RN	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES						TOTAL	
	Deficiente		Bajo		Regular		N	%
	n	%	n	%	n	%		
<u>Sueño del recién nacido</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Sólo en la cama	1	3,3	2	6,7	4	13,3	7	23,3
En la cama con su mamá	2	6,7	6	20,0	14	46,7	22	73,3
En la cama entre padres	1	3,3	0	0,3	0	0,0	1	3,3
<u>Posición para dormir</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Echado boca arriba	1	3,3	2	6,7	15	50,0	18	60,0
Echado boca abajo	2	6,7	5	16,7	1	3,3	8	26,7
De costado	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	3,3
En cualquier posición	0	0,0	1	3,3	2	6,7	3	10,0
<u>Horas de sueño</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
20 horas	0	0,0	4	13,3	10	33,3	14	46,7
8 horas	3	10,0	1	3,3	1	3,3	5	16,7
5 horas	1	3,3	3	10,0	7	23,3	11	36,7

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

Del total de la muestra, el 73,3% de madres adolescentes respondieron que el RN duerme en la cama con su mamá, de ellas 46,7% tienen nivel de conocimiento regular, 20% bajo y 6,7% deficiente. El 23,3% refieren duerme solo en la cama, de las cuales 13,3% poseen nivel de conocimiento regular, 6,7% bajo y 3,3% deficiente, respectivamente.

En relación con la posición del RN para dormir, el 60% de las madres adolescentes indicaron que duerme echado boca arriba, de ellas 50% poseen conocimiento regular,

6,7% tienen conocimiento bajo y 3,3% deficiente, respectivamente. El 26,7% indicaron que duerme echado boca abajo, de las cuales, 16,7% poseen conocimiento bajo, 6,7% deficiente y 3,3% regular; respectivamente. El 10% de madres adolescentes señalaron que duerme en cualquier posición, de ellas, 6,7% tienen conocimiento regular, 3,3% bajo. El 3,3% señalaron que duerme de costado y tienen conocimiento deficiente.

Referente a las horas de sueño, 46,6% respondieron que duermen 20 horas, de ellas, 33,3% tiene nivel de conocimiento regular, 13,3% bajo. El 36,7% respondieron que duerme 5 horas, de ellas 23,3% poseen nivel de conocimiento regular, 10% bajo y 3,3% deficiente, respectivamente. El 16,7% respondieron que duermen 8 horas, de ellas 10% tienen nivel de conocimiento deficiente y 3,3% bajo y regular, respectivamente.

CUADRO 12

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE MICCIÓN DEL RECIEN NACIDO. CONSULTORIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

MICCIÓN DEL RN	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES						TOTAL	
	Deficiente		Bajo		Regular		N	%
	n	%	n	%	n	%		
<u>Micción del RN</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
De 6 a 8 veces	0	0,0	2	6,7	5	16,7	7	23,3
Una vez	1	3,3	3	10,0	2	6,7	6	20,0
10 veces	3	10,0	1	3,3	11	36,7	15	50,0
15 veces	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	6,7
<u>Color de orina del RN</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Color rojo, sin olor	0	0,0	3	10,0	6	20,0	9	30,0
Color amarillo, sin olor	4	13,3	3	10,0	8	26,7	15	50,0
Sin color, sin olor	0	0,0	1	3,3	3	10,0	4	13,3
Color amarillo, fétido	0	0,0	1	3,3	1	3,3	2	6,7

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

El cuadro que antecede muestra, el 50% de madres adolescentes respondieron que la micción lo realiza 10 veces al día, de ellas 36,7% tienen nivel de conocimiento regular, 10% deficiente y 3,3% bajo. El 23,3% refieren que el RN micciona de 6 a 8 veces al día, de las cuales 16,7% poseen nivel de conocimiento regular, 6,7% bajo, respectivamente. El 20% señalaron micciona una vez al día, de ellas 10% tienen nivel de conocimiento bajo, 6,7% regular y 3,3% deficiente. El 6,7% señalaron que micciona 15 veces al día y poseen nivel de conocimiento bajo.

En relación al color de la orina del RN, el 50% de las madres adolescentes indicaron que el color de la orina es amarillo sin olor, de ellas 26,7% poseen conocimiento regular, 13,3% tienen conocimiento deficiente y 10% bajo, respectivamente. El 30% indicaron color rojo sin olor, de las cuales, 20% poseen conocimiento regular y 10% nivel de conocimiento bajo. El 13,3% de madres adolescentes señalaron que la orina no tiene color ni olor, de ellas, 10% tienen conocimiento regular, 3,3% bajo. El 6,7% dijeron que la orina es de color amarillo de olor fétido, de ellas 3,3% tiene conocimiento regular y bajo, respectivamente.

CUADRO 13

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LA DEPOSICIÓN DEL RECIEN NACIDO. CONSULTORIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

DEPOSICIÓN DEL RN	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES						TOTAL	
	Deficiente		Bajo		Regular		N	%
	n	%	n	%	n	%		
<u>Color de deposiciones</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Amarillo	0	0,0	6	20,0	6	20,0	12	40,0
Marrón	4	13,3	2	6,7	11	36,7	17	56,7
Verde oscuro	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
<u>Frecuencia deposición</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Una vez por día	2	6,7	0	0,0	3	10,0	5	16,7
Una a dos veces	2	6,7	7	23,3	13	43,3	22	73,3
Tres a cuatro veces	0	0,0	1	3,3	2	6,7	3	10,0
<u>Color después de 3 días</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Amarillo pastosa sin olor	1	3,3	1	3,3	4	13,3	6	20,0
Verde pastosa sin olor	3	10,0	5	16,7	13	43,3	21	70,0
Amarillo dura, olor fétido	0	0,0	1	3,3	1	3,3	2	6,7
Verde líquida sin olor	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

Del total de la muestra, el 56,7% de madres adolescentes respondieron que el color de sus deposiciones del RN es color marrón, de ellas 36,7% tienen nivel de conocimiento regular, 13,3% deficiente y 6,7% bajo. El 40% refieren que el color de deposiciones es amarillo, de las cuales 20% poseen nivel de conocimiento regular y bajo, respectivamente.

En relación a la frecuencia de las deposiciones del RN, el 73,3% de las madres adolescentes indicaron que defecan de una a dos veces al día, de ellas 43,3% poseen conocimiento regular, 23,3 tienen conocimiento bajo y 6,7% deficiente, respectivamente. El 16,7% indicaron que hace sus deposiciones una vez al día, de las cuales, 10% poseen conocimiento regular y 6,7% deficiente. El 10% de madres adolescentes señalaron que sus deposiciones son de tres a cuatro veces al día, de ellas, 6,7% tienen conocimiento regular, 3,3% bajo.

Referente al color de deposiciones, el 70% respondieron que es de color verde y consistencia pastosa sin olor, de ellas, 43,3% tiene nivel de conocimiento regular, 16,7% bajo y 10% deficiente. El 20% respondieron que el color de las deposiciones es amarillo pastosa sin olor, de ellas 13,3% poseen nivel de conocimiento regular, 3,3% bajo y deficiente, respectivamente. El 6,7% señalaron que sus deposiciones es de color amarillo de consistencia dura con olor fétido, de ellas 3,3% tienen conocimiento regular y bajo. El 3,3% de madres adolescentes señalaron que el color de las deposiciones es verde de consistencia líquida sin olor, ellas poseen nivel de conocimiento bajo.

CUADRO 14

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE CAMBIO DE ROPA DEL RECIEN NACIDO. CONSULTORIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

CAMBIO DE ROPA DEL RN	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES						TOTAL	
	Deficiente		Bajo		Regular		N	%
	n	%	n	%	n	%		
<u>Cambio de ropa</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Cada 7 días	2	6,7	5	16,7	4	13,3	11	36,7
Cada 2 días	0	0,0	1	3,3	5	16,7	6	20,0
Todos los días	2	6,7	2	6,7	9	30,0	13	43,3
<u>Tipo de confección</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Suelta, según estación	3	10,0	7	23,3	14	46,7	24	80,0
Ajustada tela delgada								
todo el año	1	3,3	0	0,0	3	10,0	4	13,3
Ajustada gruesa todo el año.	0	0,0	1	3,3	1	3,3	2	6,7

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

Del 100% de la muestra, el 43,3% de madres adolescentes respondieron que el cambio de ropa del RN lo realizan todos los días, de ellas 30% tienen nivel de conocimiento regular, 6,7% conocimiento bajo y deficiente, respectivamente. El 36,7% señalaron que cambian cada 7 días, de las cuales 16,7% tienen nivel de conocimiento bajo, 13,3% regular, 6,7% deficiente, respectivamente. El 20% respondieron que cambian cada 2 días, de ellas 16,7% poseen nivel de conocimiento regular y 3,3% bajo.

En relación al tipo de confección de la ropa del RN, el 80% de las madres adolescentes indicaron ropa suelta y de acuerdo a la estación del año, de ellas 46,7% poseen conocimiento regular, 23,3% tienen conocimiento bajo y 10% deficiente, respectivamente. 13,3% indicaron ropa ajustada delgada todo el año, de las cuales, 10% poseen conocimiento regular y 3,3% deficiente. El 6,7% de madres adolescentes señalaron ropa gruesa todo el año, de ellas, 3,3 tienen nivel de conocimiento regular y bajo, respectivamente.

CUADRO 15

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE SIGNOS DE RIESGO DE SALUD DEL RECIEN NACIDO. CONSULTORIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2013

SIGNOS DE RIESGO DEL RN	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES						TOTAL	
	Deficiente		Bajo		Regular		N	%
	n	%	n	%	n	%		
<u>Signos de riesgo</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Fiebre	3	10,0	6	20,0	16	53,3	25	83,3
Tono muscular débil	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	6,7
Sangrado del cordón	1	3,3	0	0,0	2	6,7	3	10,0
<u>Necesidad del RN</u>	4	13,3	8	26,7	18	60,0	30	100,0
Colocan objetos colgantes móviles	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3
Le conversa constantemente su mamá	4	13,3	7	23,3	18	60,0	29	96,7

FUENTE: Datos elaborados en base al cuestionario aplicado a las madres adolescentes, 2013.

El cuadro que antecede muestra, 83,3% de madres adolescentes señalan que el signo de riesgo para la salud del RN es la fiebre, de ellas 53,3% tienen nivel de conocimiento regular, 20% conocimiento bajo y 10% deficiente. El 10% señalaron al sangrado del cordón umbilical como signo de riesgo para el RN, de ellas 6,7% tienen nivel de conocimiento regular y 3,3% deficiente. El 6,7% indicaron que el tono muscular débil es un signo de riesgo y poseen conocimiento bajo.

En relación a las necesidades del RN, 96,7% de las madres adolescentes le conversan constantemente a su hijo, de ellas el 60% poseen nivel de conocimiento regular, 23,3% bajo y 13,3% deficiente. El 3,3% colocan objetos colgantes móviles y tienen nivel de conocimiento bajo.

CAPÍTULO IV

DISCUSION

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el lapso de la vida en el que los seres humanos adquirimos la capacidad de reproducirnos; es una época en la que transitamos con cambios psicológicos entre la niñez a la adultez y en la que se consolida nuestra independencia socioeconómica y que ocurre entre los 10 y 20 años. Es la adolescencia el periodo de la vida en el que ocurren con rapidez cambios, en los que se refleja la esfera anatómico-fisiológica, social y cultural⁽¹⁾.

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar⁽²¹⁾ se encontró que el 20% de las adolescentes peruanas entre 15 y 19 años, están involucradas en la maternidad; pues ya son madres (13.7%) o está gestando por primera vez (6.3%) y actualmente tres de cada diez nacimientos en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años. Lo más grave de esto, es ver a una madre gestante que en plena adolescencia, tenga que afrontar muchas veces sola la maternidad, ya que el padre del niño, en su mayoría también adolescente se niega a afrontar su responsabilidad. Algunos adolescentes expresan gran tristeza y desamparo, pues

muchas veces no cuentan ni con el apoyo de su familia, quienes se niegan a aceptarlas embarazadas o con hijos.

El presente estudio, a través de la aplicación del cuestionario sobre cuidados básicos del recién nacido, se encontró que 60% de madres adolescentes tenían un nivel regular de conocimientos y 40% con conocimientos malos y deficientes (CUADRO 01). El hecho de que las madres tengan conocimientos regulares no significa que tengan información en todo los rubros del cuidado básico del recién nacido, solo conoce algunos de ellos como por ejemplo conocer todo o en su mayoría acerca de la alimentación, reconocimiento de algunos signos de alarma y no sobre la higiene y el baño, curación del muñón umbilical, sueño del recién nacido, etc. Lo cual quiere decir que la madre no tiene los conocimientos adecuados sobre el cuidado del recién nacido y por lo tanto no logrará brindar cuidado integral y adecuado del recién nacido.

Al respecto, la familia que espera un nuevo ser centra su atención en comprarle todas las cosas que necesita el bebé sin detenerse a pensar en un aspecto tan importante como es el asesoramiento de la madre sobre los cuidados que debe brindar al RN el primer mes de vida. (Valdivia Valdivia, 2000)

Asimismo, Chapilliquen JE ¹⁰, en su tesis titulada: “Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo noviembre, 2007”, entre otras, llegó a la conclusión: la mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento, esto indican que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido, debido a que no han

culminado de forma natural una etapa fundamental en su vida, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto las hace personas inestables, inseguras de sí mismas”.

Los resultados de nuestra investigación concuerdan con los encontrados por Chapilliquen JE ¹⁰, por lo que sugerimos la necesidad de un programa educativos sobre cuidados del recién nacido exclusivamente para adolescentes embarazadas, como parte del cuidado integral del cuidado de la embarazada.

Por lo tanto, el recién nacido es un ser que hasta los 28 días de vida requiere de una atención y un cuidado especial por parte de la madre para asegurar un crecimiento y desarrollo óptimos en el niño. Entre los cuidados maternos que debe tener presente la madre se mencionan los aspectos relacionados a la alimentación, las evacuaciones, el uso del chupón, cuidados del cordón umbilical, descanso, aseo personal, exposición al sol, vestido, estimulación precoz, consulta de enfermería y vacunas.

De los resultados hallados se infiere que comúnmente existe mucha desinformación en las adolescentes embarazadas en relación a los cuidados debido al bajo nivel educativo y socioeconómico, escasa información por parte del profesional de enfermería, embarazo no controlado, etc.

Al respecto Mario Bunge refiere, que el conocimiento, es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que se clasifican en conocimiento científico y vulgar.

Para Mario Bunge, el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia, es claro, indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, este tipo de conocimiento se obtiene por ejemplo en las instituciones educativas. El conocimiento vulgar, es vago, inexacto, limitado por la observación. Satisface las necesidades diarias de la vida cotidiana. No explica el “como”, ni el porqué de los fenómenos. Se obtiene mediante las actividades ordinarias de la vida.

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

Está debidamente documentado que los conocimientos vulgar y científico se desprende de la experiencia o de la transmisión de generación en generación y se deduce que el conocimiento esta en relación a la edad, es decir a mayor edad mayor experiencia y conocimiento, en consecuencia las madres adolescentes están en una etapa preparatoria para la reproducción y por lo general existe escasa estrategia en preparar a las adolescentes sobre cuidados básicos del recién nacido.

Por lo expuesto anteriormente se concluir que la mayoría de las madres adolescentes (60%) tienen un conocimiento regular sobre los cuidados básicos del recién nacido, con lo cual podemos inferir que las madres adolescentes tendrían dificultades en brindar cuidado completo y oportuno, con lo que llevaría a poner en riesgo la salud del neonato y por lo tanto existe el peligro de aumentar la morbimortalidad neonatal.

Nuestros resultados (CUADRO 02) evidencian que la mayoría de madres adolescentes son del grupo etario de 17 - 19 años. (56,7%) denominado adolescencia tardía, seguido por el grupo de 14 – 16 años (36,7%) y el grupo < de 14 años (6,7%).

Es impresionante observar el 6,6% de madres adolescentes menores de 14 años (adolescencia precoz), en esta etapa las adolescentes se caracterizan por una inmadurez emocional, se encuentra en un proceso de búsqueda de identidad, de roles, y que al cambiar súbitamente por el de madre, son muchos los procesos que se ven obstaculizados y que tendrán más dificultad en la adaptación en concebir ser madre, este hecho hace a la madre adolescente que tengan un nivel de conocimiento bajo y deficiente (40%) perjudicando el desarrollo y crecimiento del recién nacido.

Al respecto, según los estudios realizados por Valdivia Valdivia ⁽²¹⁾ y Freitez⁽²²⁾ el embarazo en adolescentes es un factor de riesgo para el RN, debido a la inmadurez y la falta de conocimiento de la madre adolescente debido a un proceso de formación y desarrollo, lo cual influye de manera directa en la adopción de rol maternal de la adolescente, evidenciándose por la poca experiencia que tienen para suplir las necesidades básicas del RN, dentro de las cuales podemos encontrar alimentación, higiene, afecto, sueño, termorregulación, signos de alarma y prevención de accidentes, poniendo en riesgo el desarrollo armónico e integral del recién nacido.

En su estudio Bojanini ⁽²³⁾ señala que las madres adolescentes se encuentran en una situación de vulnerabilidad debido a su proceso de formación y desarrollo, lo que hace más riesgoso su embarazo y por ende la vida del RN. Sumándose de esta manera a los resultados hallados por Valdivia y Freitez.

Los resultados hallados en nuestra investigación concuerdan con los autores señalados anteriormente. Por lo tanto, se deduce que las madres adolescente no tienen los conocimientos ni experiencia suficiente para asumir su rol de madre y pueda brindar los cuidados básicos saludables al recién nacido, siendo esto vital para el proceso de crecimiento y desarrollo, situación que es corriente presentarse ya que ellas por la etapa del ciclo vital en la que se encuentran, no es propio que haya adquirido estos conocimientos en su proceso de crecimiento y desarrollo como adolescentes.

Del mismo modo, el grupo de madres adolescentes tardíos, se caracterizan por tener una identidad mucho más definida del sexo opuesto y por lo tanto con mayor riesgo de embarazarse, podemos afirmar que este porcentaje facilitaría la aplicación de un programa de educación sobre los cuidados básicos del recién nacido justamente por la edad y el grado de instrucción que probablemente deberían concluir la instrucción secundaria, en consecuencia existe mayor posibilidad de suministrar información de los cuidados básicos del RN. Por lo tanto, la edad es un determinante fundamental para el bienestar tanto de la madre como del recién nacido, ya que influye en la madurez de la madre en todas sus dimensiones y así mismo influye en cómo se desarrolla el recién nacido a partir de los cuidados que se brinden. Mientras más joven se presente el embarazo ella estará en un proceso inicial de desarrollo.

En la muestra estudiada el estado civil predominantemente es soltera (63,3%), (CUADRO 03), al respecto Salazar A, Acosta MM, Lozano N y otros (24) encontraron que la mayoría de las adolescentes entrevistadas predominan estado civil soltera, de

ellas 40% optaron por la unión libre con sus parejas después del nacimiento del primer hijo.

Salazar et ál.¹⁶ encontraron una relación muy fuerte entre el estrato socioeconómico y el estado civil de madres adolescentes en Colombia. En Bogotá, en los estrato altos, un 98% de las adolescentes eran solteras, mientras sólo 87% por ciento de estrato bajo en Cali lo estaban, mostrando así que hay más tendencia a la unión y al matrimonio en estratos bajos que en altos.

Nuestro estudio concuerda con los resultados de los estudios realizados por los autores referenciados.

En conclusión, lo que hace suponer que existe solo una convivencia de ella con su recién nacido y no el apoyo constante del padre en los distintos procesos diarios del RN. Esta situación se debe tener en cuenta cuando es la madre quien responde únicamente por su recién nacido en los distintos aspectos, pero más aún en su cuidado, ya que al no contar con su pareja constantemente el vínculo familiar se ve afectado y su concepción de mujer y madre puede alterarse en este cambio de rol sin el apoyo de su compañero.

Por otro lado, este hecho hace suponer conflicto con su pareja, lo que motiva a las adolescentes recurrir a sus padres como un apoyo a su situación de madre primeriza.

El estado civil de solteras de las madres adolescentes esta en estrecha relación con las personas con quien cohabitan, es decir con las personas que vive o comparten un techo, en este caso las madres adolescentes solteras, por lo general se encuentran

bajo el techo de los padres, lo cual se confirma con los resultados del **CUADRO 04**. El 63,3% de madres adolescentes viven con sus padres y 33,3% con sus parejas en estado de convivencia, ésta situación no garantiza la estabilidad de la unión y por tanto perjudicial para el crecimiento y desarrollo del RN.

En algunos casos los embarazos en adolescentes forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente los embarazos no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, lo que conlleva a un agrave problemática de tipo social como lo es la madre soltera y por ende son madres con poca experiencia y conocimiento para llevar a cabo la crianza de sus hijos.¹⁶

En concordancia con Gómez ⁽²⁵⁾, quien señala que es frecuente que en la familia de tipo extendida, donde la madre vive de “arrimada” junto a su hijo, la crianza del niño, incluyendo su alimentación, sea compartida con los padres y abuelos o asumida directamente por ésta.

Por lo tanto, esta situación permite que las madres adolescentes no asuma con total responsabilidad sobre el cuidado del RN, puesto que los abuelos asumen total o parcialmente la responsabilidad del cuidado del RN, en perjuicio del crecimiento y desarrollo del recién nacido. La teoría propone que a menor edad de la mujer embarazada mayor es la cantidad de madres solteras y el fracaso de la posibilidad de una unión estable.

La escolaridad (**CUADRO 05**) de las madres adolescentes estudiadas prevalece es grado de instrucción secundaria (80%), lo que significa que están cursando la secundaria a los 17 - 19 años (56,7%). Esta situación evidencia la poca

información sobre los cuidados básicos del recién nacido, el atraso en su escolaridad es un riesgo de embarazarse y la falta de información será un factor de riesgo para la morbi-mortalidad neonatal.

Según ENDS ⁽²⁶⁾, El nivel educativo es un condicionante que se observa entre las mujeres adolescentes, con educación primaria han aumentado en 9% que en la anterior encuesta; las de la educación secundaria en 2% y de educación superior 6% más que en la encuesta anterior. Esta condición de la madre adolescente es vulnerable por la no culminación de los procesos de desarrollo propios de la edad, y más aún por la falta de conocimiento que tienen sobre la maternidad y los cuidados propios del recién nacido, ya que los conocimientos no es propio de la edad en la que se encuentra por su proceso de normal de crecimiento.

El embarazo del adolescente sigue siendo una causa importante de deserción escolar. Abandonar prematuramente la educación se relaciona con el desempleo y pobreza. Las mujeres y, a menudo también los varones, no terminan la educación básica, y como el nivel de educación formal es un índice de progreso en el trabajo y del potencial salarial ⁽²⁷⁾.

Por lo tanto, la escolaridad es el promedio nacional. La escolaridad promedio tiene poco efecto sobre el embarazo en edad promedio, porque son de mayor peso los factores procedentes de la cultura familiar y el medio social inmediato. Esta aseveración se apoya en el hecho de que, cuando nació el primer hijo, las jóvenes ya tengan un déficit acumulado de varios años de educación; además, porque la mayoría

señaló que las responsabilidades familiares no son obstáculo para continuar estudiando.

Por otro lado, los conocimientos que debe tener una madre para suplir sus cuidados pertinentes y por ende del recién nacido, se adquieren a través de un proceso de desarrollo continuo y armónico relacionado con la etapa del ciclo vital, la edad y todos el contexto sociocultural y psicológico que vivencia la madres.

La condición económica (**CUADRO 06**) que refieren las adolescentes está ligada a la situación económica de los padres, 66,7% de madres adolescentes refieren una condición económica regular, 33,3% mala y 10,0% buena. Estas cifras claramente expresan la situación socioeconómica de la madres adolescentes, que por su situación de madres adolescentes vuelven totalmente dependientes de sus padres o de sus parejas, en consecuencia, en cuanto a los cuidados del recién nacido casi siempre estará bajo la supervisión de las madres.

Al respecto, la aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.⁽²⁸⁾ Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.¹

En conclusión, la maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las

madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos. Por lo tanto, el factor económico sobre el embarazo del adolescente y cuidados básicos del RN, tiene efecto negativo, las oportunidades económicas en función de salarios esperados y oportunidades laborales sí importan en la decisión de ser madre adolescente. Así, que “las mujeres que tienen menos que perder son las más propensas a tener hijos durante su adolescencia” que los efectos de variables que reflejan costos de corto plazo (acceso a métodos de planificación familiar y la posibilidad de abortar) y de largo plazo (el acceso a subsidios estatales) son importantes y corroboran que la decisión de ser madre adolescente sí puede obedecer a un comportamiento racional.

En la presente investigación se encontró el 90% (CUADRO 07) de madres adolescentes conocen que el inicio de la alimentación del recién nacido es la lactancia materna exclusiva, solo el 6,7% refiere la leche maternizada.

Al respecto, “Si se empezase a amamantar a cada niño en la primera hora tras su nacimiento, dándole solo leche materna durante los primeros seis meses de vida y continuando dándole hasta los dos años, cada año se salvarían unas 220 000 vidas infantiles. A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva”⁽²⁹⁾

En el Perú, la tasa de lactancia natural exclusiva aumentó espectacularmente durante la década de los noventa, de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en 2000. En consecuencia, la tasa del Perú está muy por encima de la tasa mundial, pero en los últimos años los progresos se han frenado (2012: 67,5%). En algunas zonas, sobre todo en las ciudades, hay indicios de una tendencia a la baja⁽³⁰⁾.

Actualmente, poco más de la mitad de los niños nacidos en el Perú (55%) empiezan a tomar el pecho en la primera hora de vida. Las tasas son más bajas entre los nacidos en centros de salud, los atendidos en el parto por profesionales sanitarios, los nacidos en zonas urbanas, y los hijos de madres con mayores ingresos y nivel educativo. Esto puede parecer sorprendente, ya que en los países de ingresos altos la situación suele ser a la inversa: las madres con más ingresos y nivel educativo tienden más a dar el pecho a su niño.

El Plan Estratégico Multisectorial para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna 2013-2021 reforzará la aplicación de la normativa existente sobre la alimentación de los lactantes, garantizará la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, y reevaluará los hospitales que hayan obtenido el certificado de "amigos de la madre y el niño" para confirmar que siguen apoyando la lactancia natural. Mediante estas medidas, el Perú intentará aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuación de la lactancia hasta los 24 meses en un 2% anual hasta 2021⁽³¹⁾.

En consecuencia, se afirma, de acuerdo a los resultados encontrados, las madres adolescentes tienen muy buenos conocimientos sobre el inicio de la

alimentación del recién nacido, y las cifras encontradas concuerdan con las publicaciones de la OMS y los autores señalados en párrafos que antecede.

En relación a la frecuencia de lactancia del recién nacido, el 90% de madres adolescentes refieren que le alimentan de 2-5 horas, 10% refieren que alimentan a libre demanda.

Al respecto, durante la lactancia, tanto el cuerpo del recién nacido como el de la madre están preparados para regularse mutuamente de forma natural. El pecho da más leche cuanto más se da de mamar. Cada niño o niña tiene su propio ritmo. Algunos, por ejemplo, duermen varias horas por la mañana, pero pasan la tarde mamando continuamente. Existen periodos en los que el bebé está inquieto y cambia su ritmo pidiendo más a menudo. Esto es normal y así aumenta la producción de leche necesaria para su crecimiento. El pecho no tiene horarios. Se recomienda amamantar sin horarios. Simplemente, cada vez que el bebé busque o llore, se ofrece el pecho sin mirar el reloj⁽³²⁾.

En conclusión, por la referencia señalada se deduce que las madres adolescentes tienen conocimientos limitados en relación a la frecuencia de lactancia, por lo que se recomienda énfasis y/o cambio de las estrategias del programa de promoción de la lactancia materna.

En cuanto los conocimientos de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva son muy bueno ya que 50% de ellas, indican que es nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, 26,7% de

madres responden que no es necesario prepara que otro de los beneficios de la lactancia materna exclusiva es su función anticonceptiva.

Al respecto, la leche materna se ha ganado el título del "alimento ideal" porque tiene la composición justa para las diferentes etapas de desarrollo del bebé, pero también tiene beneficios para su sistema inmunológico y su salud a largo plazo (como prevención de la obesidad y mayor coeficiente intelectual). ¡Y hasta la madre sale ganando! ⁽³³⁾

Las primeras gotitas de leche materna que recibe el bebé juegan un papel muy importante en su desarrollo y el de su sistema inmunológico. Esta leche de apariencia entre blanquecina y amarillenta se llama calostro, y es rica en nutrimentos y anticuerpos que el recién nacido necesita justo después de nacer.

Asimismo, el autor señala que el calostro contiene una sustancia llamada inmunoglobulina A secretora, la cual forma una capa protectora sobre las membranas mucosas en los intestinos, nariz y garganta de tu bebé, precisamente las partes más susceptibles a virus, bacterias e infecciones. Aunque tu bebé recibe apenas unas gotitas, esa es la cantidad justa que puede consumir, pues al nacer la capacidad del estómago de tu bebé es apenas siete mililitros ⁽³⁴⁾.

En conclusión, las madres adolescentes conocen la importancia de la lactancia materna exclusiva y poseen limitada información sobre la frecuencia y beneficios de la leche materna, es preciso señalar que la lecha materna ofrece la combinación ideal de nutrimentos para el bebé, incluyendo las vitaminas, proteínas y grasas que

necesita. Además, su composición cambia conforme crece el bebé, de modo que satisface las necesidades en sus diferentes etapas de desarrollo. En algunos casos, el recién nacido puede requerir suplementos de vitamina D y hierro. Un beneficio adicional: la variedad de sabores que recibe el bebé en la leche materna lo prepara mejor para aceptar los diferentes sabores de la comida sólida⁽³⁵⁾.

El baño del recién nacido (**CUADRO 08**), al respecto, se ha encontrado que, el 90% de madres adolescentes refieren que lo bañan cada 7 días. Sobre los materiales que se debe utilizar en el baño del recién nacido, 100% indica shampoo y jabón para recién nacidos y agua tibia, y la duración del baño indican es menor a 10 minuto.

Al respecto, Antes de la caída del cordón umbilical es preferible no bañar al bebé por inmersión. La manera de bañar a un recién nacido antes de la caída del cordón es distinta a lo que se hace después. La razón es que, para evitar posibles infecciones y que el ombligo se mantenga lo más seco posible para su correcta cicatrización, no conviene sumergir el cuerpo del bebé en el agua.

De todas formas, el baño por inmersión, se puede retrasar hasta **dos o tres días después de la caída del cordón**, cuando el ombligo ya no presenta secreción alguna y el riesgo de infección se reduce considerablemente. Mientras tanto, se prefiere bañar al bebé “en seco”

(lavado del gato), se coloca al recién nacido sobre una superficie seca (cambiador, cama...) y con un paño húmedo realizar una limpieza del cuerpo del

bebé. Si usamos esponja en este caso, debería estar muy poco empápada si no queremos que gotee.

Respecto a los materiales de baño, se ha encontrado que todas las madres adolescentes utilizan shampoo y jabón, sea de tocador o para RN., con agua tibia, caliente o fría. Estos datos significan un desconocimiento de las madres adolescentes, puesto que es necesario tomar precauciones para no contaminar el muñón umbilical, por lo que se recomienda esperar la caída del muñón o realizar los baños de esponja, puesto que el recién nacido no se ensucia.

En cuanto a la duración, las madres adolescentes estudiadas refieren tiempos de duración, 76,7% refiere menos de 10 minutos, 16,7% dos minutos. Como se observar no existe uniformidad de criterios en la duración del baño, por lo que se deduce que dichas madres desconocen la duración del baño ⁽³⁶⁾.

En conclusión, las recomendaciones de organizaciones dedicadas a los RN, sugieren que no es necesario bañar al RN, hasta la caída del muñón.

Cuidado del muñón umbilical (**CUADRO 09**), el presente estudio se encontró que 83,3% respondió que la limpieza lo hacen en forma circular de dentro hacia fuera, el 60% indicó la frecuencia de la limpieza lo hace cada 2 días y 60% que la caída del cordón umbilical se realiza a los 3 días.

Según Paris E. ⁽³⁴⁾, Cuando se corta el cordón umbilical, queda un muñón que se ennegrece y se va secando hasta desprenderse, lo que conocemos como la caída del ombligo o del cordón. No hay una fecha exacta, pero el cordón umbilical que está

pinzado en el recién nacido se desprende habitualmente durante la segunda o la tercera semana de vida del RN.

Para Valdivia ⁽²¹⁾ en su trabajo de investigación hallaron el grado de conocimiento de las madres fue malo en lo referente a los cuidados del cordón umbilical.

Estos resultados concuerdan con lo encontrado en nuestra investigación. Por lo que afirmamos que nuestros resultados son la evidencia del desconocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados del cordón umbilical. Por lo tanto se deduce que las madres adolescentes necesitan mayor información en forma personal o por medios de comunicación o reciben información no adecuado. Se debería de informar a las madres adolescentes como debe curarse cada vez que el RN se le realice el cambio de pañal, utilizando alcohol absoluto para tratar de deshidratar el mismo, ya que éste se cae por desecación. El uso de merthiolate, yodo, mercuriocromo, etc. Retardan la caída del mismo. Luego de su limpieza es preferible evitar que el pañal cubra al cordón umbilical, lo que ayudará aún más a su desecación. La caída del cordón umbilical ocurre generalmente entre el 5° y 10° día de vida y no debe usarse fajero, ni moneda o botón sobre la cicatriz umbilical, lo contrario a la idea de prevenir la hernia umbilical se convierte en un elemento condicionante para la aparición de onfalitis y dificulta la respiración abdominal del recién nacido.

Es conveniente curarlo con alcohol de 70 grados al menos dos veces al día, siendo una de ellas tras el baño. Una correcta aplicación es, levantando el apéndice o muñón, pero sin estirar, pudiendo curar la zona de transición entre el alcohol y la piel

normal. No se debe dejar la gasa de protección mojada en alcohol, pues le podría irritar.

En relación a la higiene y cambio del pañal (**CUADRO 10**), encontramos que, 76,7% de madres respondieron que la dirección de la limpieza de los genitales de un RN femenino es de adelante hacia atrás. 50%% de madres adolescentes respondieron que la higiene de los genitales del RN masculino se realiza solo lavando el pene por encima y 33,3% entre las bolsas escrotales. Los materiales para la higiene de los genitales señalaron: 70% agua caliente, gasa estéril y jabón tocador. Referente al cambio de pañal del RN. 73,3% de madres adolescentes respondieron 3 veces al día. En cuanto a la importancia del cambio de pañal, 66,7% respondieron que lo realizan para prevenir malos olores.

Al respecto, la limpieza de genitales en las recién nacidas de sexo femenino debe realizarse siempre desde la vulva hacia el ano, para evitar arrastrar gérmenes hacia la uretra y la vagina, abriendo los labios mayores para eliminar los restos fecales.

Para el cuidado de los genitales del recién nacido varón, Se recomienda limpiar los genitales con agua tibia o fría, sin usar detergente o jabón, ya que estos productos generalmente irritan la piel del bebé. No obstante, puedes utilizar una mezcla de vaselina y agua. Previamente, al momento de mudar el pañal se tiene que retirar todas las deposiciones que pudieron quedar en la zona. Se lavarán los genitales y las nalgas con una esponja o algodón mojados en agua tibia, y a continuación se secarán cuidadosamente, teniendo cuidado especial en los pliegues. Jamás debe tratar de liberar el prepucio que esta adherido al glande, a menos que el

pediatra lo aconseje. Esa liberación se produce en forma fisiológica en el curso del primer año de vida.

El problema más común en torno al cuidado del pene del recién nacido es la balanitis, una infección secundaria al uso de jabón u otros detergentes y cremas que no deberían quedar adheridas a esa zona. La infección se reconoce cuando aparecen molestias, aumento de volumen, enrojecimiento y por último secreción purulenta en la punta del glande.

El cambio de pañal del recién nacido se debe hacer con frecuencia, cada vez que ensucie los pañales, para prevenir excoriaciones e infecciones en los genitales.

Antes de cambiar el pañal, se lavarán los genitales y las nalgas con una esponja o algodón mojados en agua tibia, y a continuación se secarán cuidadosamente, en especial en los pliegues⁽³⁷⁾.

Los resultados encontrados, contrastan con los referidos por las organizaciones que promueven la salud del niño, evidenciando que las madres adolescentes en su mayoría sí saben realizar la higiene del RN femenino, sin embargo desconocen la higiene del RN masculino, puesto que algunas madres refieren que debe retraerse el prepucio, lo cual debe hacerse retrayéndolo con suavidad sólo hasta donde llegue y volviendo a su posición normal.

Casi la totalidad de madres adolescentes estudiadas refieren algún tipo de jabón para la higiene del RN, contrariamente a las recomendaciones de usar solo agua tibia o fría. En cuanto a la importancia del cambio de pañal muchas (73,3%) refieren que se realiza 3 veces al día, esta apreciación es correcta.

Por lo expuesto, se infiere que el conocimiento sobre la higiene del RN es parcial y limitado lo que amerita un programa de capacitación.

El Sueño del recién nacido (**CUADRO 11**), muchas madres adolescentes (73,3%) respondieron que debe dormir con su mamá, 23,3% debe dormir solo en la cama; Sobre la postura del RN durante el sueño, 60.0% indican echado boca arriba, 26,7% respondieron echado boca abajo. Sobre número de horas indicaron 46,7% 20 horas y 36,7% 5 horas.

Al respecto, un recién nacido duerme de 16 a 18 horas al día, con el sueño distribuido en 6 o 7 periodos. Puedes ayudar a tu bebé a distinguir entre el día y la noche, para que así duerna durante períodos más largos por la noche. Durante los períodos de sueño del día, déjalo dormir en un cuarto con mucha claridad, donde pueda escuchar los ruidos naturales del día. Puedes colocar el moisés en el comedor de la casa. Para reducir el riesgo del SMSL (síndrome de muerte súbita del lactante), siempre acuesta a tu bebé de espaldas y no boca abajo⁽³⁷⁾.

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

En relación a ¿Con quién debe dormir el niño?, muchos autores no aconsejan que el recién nacido duerma con los padres (colchón), porque una de las causas es el peligro de ahogar o aplastar al recién nacido mientras se está dormido. El peligro no

es ninguna nimiedad, pero de la misma manera que difícilmente caemos de la cama, es poco probable que acabemos encima de nuestro hijo. Hasta los más acérrimos defensores del colchón desaconsejan practicarlo cuando se está muy cansado, se ha tomado drogas (fumar incluido) o bebido alcohol, o se está muy obeso ⁽³⁸⁾.

Las referencias señaladas discrepan con las respuestas ofrecidas por las madres adolescentes, lo cual indican que existe cierto desconocimiento de algunos aspectos del sueño como: el número de horas de sueño, el colchón único sea con la madre o con sus padres que no se recomienda. Por lo tanto, el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes sobre el sueño del RN oscila en su mayor porcentaje entre regular, bajo y deficiente, existiendo relación significativa entre el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes sobre el sueño de su recién nacido y los cuidados básicos del recién nacido, esto indica que el nivel de conocimiento es mayor en aquellas madres que recibieron educación sobre cuidados básicos del recién nacido.

Respecto a la micción y deposiciones o expulsión de meconio (**CUADROS 12, 13 y 14**). 50% de madres refieren que la micción del RN es de 10 veces al día, 23,3% de 6 a 8 veces al día. Asimismo, 50% indican el color amarillo sin olor, 30% color rojo sin olor y 10,0% sin olor.

Respecto a las deposiciones 56,7% refieren deposiciones de color marrón y 40% de color amarillo. En cuanto a la frecuencia, 73,3% indican una a dos deposiciones al día y 16,7% una vez al día y el 70% indican que el color de las deposiciones son verde pastosa sin olor y 20% señalan color amarillo pastosa sin olor.

Con respecto al cambio de ropa, 43,3% de madres adolescentes indican que lo hacen todos los días y 36,7% dicen que cambian cada 7 días. Sobre el tipo de confección señalan el 80% ropa suelta según la estación.

Al respecto, se debe observar y anotar la emisión de la primera micción y la expulsión de meconio y deposiciones. Algunos de estos eventos ocurrirán cuando el niño está en puerperio. El 92% de los recién nacidos, emite la primera orina en las primeras 24 horas de vida, un alto porcentaje lo hace en la sala de partos. Todos deben haberlo hecho a las 48 horas de vida. En caso contrario debe sospecharse una anomalía del riñón o vías urinarias. En cuanto a la expulsión de meconio, alrededor del 69 % lo hacen en las primeras 12 horas de vida; el 94% en las primeras 24 horas y el 99% en el curso de las 48 horas de vida ⁽⁵⁾.

Los pequeños orinan de seis a ocho veces al día. Si lo hacen menos de cinco veces al día, podría ser necesario darle más líquidos (lactancia materna), la orina debe ser inodora e ^{incolora}. Los padres deben familiarizarse con la frecuencia, color, olor y consistencia de las heces. Las primeras heces son verde oscuro lo que podría alarmar a los padres.

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

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

Si el área del pañal no se limpia bien, se desarrollan con rapidez rozaduras que son el resultado de irritación por amoníaco. Después de haber lavado y secado cuidadosamente al niño puede aplicarse unguento con vitaminas A y D u óxido de zinc. Si se utilizan pañales desechables, el niño puede desarrollar rozaduras en los lugares donde la piel entra en contacto con el plástico del pañal. La profilaxis más importante es mantener la piel limpia y seca ⁽³⁸⁾.

Con respecto a la ropa de RN, lo más recomendable es que la ropa del bebé sea de algodón (100%) y evitar todas aquellas telas que en su composición contengan fibras sintéticas. Si la temperatura es baja, habrá que abrigoarlo para que su cuerpo se mantenga tibio y si es elevada, conviene ponerle vestimenta liviana.

Si el bebé nace en invierno y necesita abrigo, lo mejor es evitar la lana y elegir ropa de dralón o mini polar, ambas fibras muy nobles, abrigadas y suaves, especiales para los recién nacidos.

En cuanto a la ropa del bebé, en general, hay que prestar especial atención en cómo está hecha y comprar esas prendas fáciles de poner y sacar, con botones o broches de arriba hacia abajo –pueden estar atrás o delante de la prenda- para no tener que sacárselas por la cabeza. Sobre todo porque la mamá, y más si es primeriza, suele no estar "canchera" en vestir bebés tan chiquitos y porque a los bebés no les

gusta que les pasen la ropa por la cabeza. Los enteritos, por ejemplo, suelen tener broches en la entrepierna para cambiarles el pañal sin necesidad de desvestirlos.

Todo lo que tenga cierres, apliques grandes, elásticos muy finitos, tiras o cordones que estén en contacto con su piel, conviene evitarlo, porque pueden incomodar o raspar al bebé⁽³⁹⁾.

Por lo expuesto, hecha la revisión de las literaturas, se concluye que las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento regular, bajo y deficiente, esto indica que no hay nivel de conocimiento total de los aspectos que abarcan el cuidado y por lo tanto, no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido. Debido a que no han culminado de forma natural los procesos fundamentales en sus vidas, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, por lo que las hace personas inestables, inseguras de sí mismas.

Por esta razón las madres adolescentes necesitan ser orientadas, tuteladas por el profesional de enfermería, para que brinden cuidados a sus recién nacidos y así garantizar el bienestar del nuevo ser.

En relación al nivel de conocimiento sobre signos de riesgo básicos del recién nacido (**CUADRO 15**), el 83,3% indican a la fiebre como signo de riesgo para la salud de su RN, de ellas (53,3%) tienen nivel de conocimiento regular y el resto tienen nivel de conocimiento bajo y deficiente. Las madres adolescentes debe tener un adecuado nivel de conocimiento ligado al sentido común sobre signo o síntomas que puede presentar el recién nacido, ya que a partir de esta identificación el RN

puede recibir el tratamiento adecuado, velando así por su bienestar y salud. A pesar de la importancia de conocer los distintos signos de alarma de enfermedades propias como hipoglicemia, infección respiratoria aguda, deshidratación, entre otros, las madres adolescentes tienen conocimiento limitado de estas.

Al respecto, Chapilliquen Pérez JE⁽¹⁰⁾, encontró que La mayoría de las madres adolescentes (50.4%) tienen un nivel medio de conocimiento, esto indican que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido. Debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en sus vidas, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto las hace personas inestables, inseguras de sí mismas.

Por lo expuesto, y hecha la revisión de las literaturas, se concluye que las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento regular, bajo y deficiente, sobre los signos de riesgo del recién nacido, esto indica que no hay nivel de conocimiento total de los aspectos que abarcan el cuidado y reconocimiento de los signos de riesgo de sentido común y por lo tanto, no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido.

CONCLUSIONES

1. Las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento regular (60%), bajo y deficiente (40%) sobre cuidados básicos del recién nacido, esto indica que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido.
2. La mayoría de las madres adolescentes está comprendidas entre 17 -19 años de edad (56,7), el estado civil predominante es soltera (63,3%), mayoría viven con sus padres (63,3%); grado de instrucción predominante fue secundaria (80%); y mayoría tienen condición económica regular (56,7%).
3. las madres adolescentes tienen regular nivel de conocimiento, sobre el inicio de la alimentación del recién nacido, la mayoría (80) indica que debe ser la lactancia materna exclusiva.
4. La mayoría de madres adolescentes no cuentan con el conocimiento adecuado acerca de las áreas del cuidado físico del recién nacido y por lo tanto, no brindan cuidados integrales a sus hijos, por que ponen en riesgo la salud de los mismos.
5. La mayoría de madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento regular, bajo y deficiente, sobre los signos de riesgo del recién nacido, esto indica que no hay nivel de conocimiento total de los aspectos que abarcan el cuidado y

reconocimiento de los signos de riesgo por lo tanto, no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido.

LIMITACIONES

1. La población de madres adolescentes que acuden al consultorio de gineco obstetricia, son muy pocas, lo que limita la selección de la muestra
2. La técnica de la entrevista es una limitante porque no existe un lugar o centro donde se pueda captar a todas las madres adolescentes.
3. Algunos de las parejas de las madres adolescentes, se negaron a que las últimas participen del estudio.

RECOMENDACIONES

1. Implementar un programa educativo orientado a las madres adolescentes para la atención básica del recién nacido.
2. Se debe realizar educación constantes por parte del profesional de enfermería sobre todos los aspectos que abarca los cuidados físicos para que de esta manera el cuidado que brinde la madre sea integral y el adecuado.
3. Realizar estudios donde se pueda evaluar el efecto de la educación brindada a las madres adolescentes en este tema.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. (OMS) La Organización Mundial de la Salud -2010
2. COLOMER REVUELTA J, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013; 15:261-9).
3. INEI- Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.
4. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007.
5. DESMOND M. FRANKLIN R, VALLBONA C. et al. El comportamiento clínico de los recién nacidos. Infant. El bebé a término. J Pediatr 20
6. UNICEFF. “El estado de la niñez en el Perú, 2011
7. (OMS) Organización Mundial de la Salud – The partnership, for maternal, newborn & child health – 2011
8. OROZCO LT. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Ginecol Obstet Perú 2004)
9. ISLAS DOMÍNGUEZ, LP. CARDIEL MARMOLEJO L. FIGUEROA RODARTE J. F. Recién nacidos de madres adolescentes. Problema actual. Rev. Mexicana de Pediatría. Vol. 77, Núm. 4 • Julio-Agosto 2010)
10. CHAPILLIQUEN PÉREZ JE. En su trabajo de tesis titulado: “Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-noviembre, 2009.

11. ALONSO U, CAMPO GA, GONZÁLEZ HA, RODRÍGUEZ AB, MEDINA VL. Seguimiento al hijo de madre adolescente, 2005: 2-7.)
12. PAREDES HUAMÁN Cl. R. y ÁLVAREZ VILCA P. en el año 1991, realizaron un estudio de investigación titulados: “Conocimientos y Practicas Sobre Ablactancia y Alergias Alimentarias que Refieren Las Madres de Menores de 2 Años, en los Consultorios de Control de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” Lima- Perú,
13. LLACTAHUAMAN CHUQUICAHUA M. y otros⁽¹³⁾ en el año 1992 realizaron un estudio de investigación titulado: “Conocimientos de las Madres de los Niños Menores de Cinco Años Sobre el Carné de Salud Infantil y su Relación con Algunos Factores Personales y con la Educación Brindada por el Personal de Salud en la Jurisdicción del Hospital Materno Infantil Manuel Barreto” Lima-Peru.
14. MERE HERNÁNDEZ R. L. Y PAREJA BELLIDO Z. ⁽¹⁴⁾, en el año 1997 realizaron un estudio de investigación sobre: “Conocimiento de Lactancia Materna que Poseen las primigestas que Acuden al Control Prenatal de Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé” Lima-Perú.
15. ARBULÚ BUSTILLOS P., Y OTROS ⁽¹⁵⁾ realizaron en el año 1999 un estudio de investigación titulado: “Factores Socioeconómicos y Personales que Influyen en el Nivel de Conocimientos Sobre la Atención del Recién Nacido en Primíparas de la Victoria” Lima –Perú.
16. BUNGE M. Epistemología Ed. 4edit.Sigo XXI Buenos Aries Argentina 2004.

17. SALAZAR B. A. Para una filosofía del valor, Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1971.
18. AUCHTER CR. El recién nacido normal características físicas y fisiológicas Prof. Mónica Cátedra Enfermería Materno infantil. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina, 2011.
19. (UNICEF), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Nueva York, 2002.
20. INEI. Perú Sit.2011
21. VALDIVIA, Valdivia V. Conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados maternos del recién nacido. Servicio de Ginecobstetricia. Hospital Central Universitario "Antonia María Pineda". Venezuela. 2000. P6.
22. FREITEZ, Rojas F. Nivel de conocimientos proporcionados a madres adolescentes durante el control prenatal en relación al cuidado del recién nacido. Servicio de maternidad del Hospital Central "Antonia María Pineda". Venezuela. 1999. Capítulo II.
23. BOJANINI JF, GÓMEZ J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Disponible en: Scielo (base de datos en línea) Página Web versión HTM. Colombia. 2004.
24. SALAZAR ARANGO A, ACOSTA MURCÍA MM, LOZANO-RESTREPO N, QUINTERO-CAMACHO MC. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia. Vol 17, No 2 (2013).
25. Gómez V. Riesgo de salud en mujeres con múltiples roles. Bogotá: Ediciones Uniandes; 2003
26. (ENDES) 2010

27. OMS. 10 datos sobre la lactancia materna. Julio de 2013. OMS/H. Anenden.
28. OMS: Protección de la lactancia materna en el Perú. Julio de 2013.
29. OMS. Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, 2001) Según lo formulado en las conclusiones y recomendaciones de la reunión consultiva de expertos (Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001) que efectuaron la revisión sistemática sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva.
30. ARAYA H. 10 Beneficios de la lactancia materna para el bebé. Embarazo Parto. About.com. en Español, 2014
31. AAP Academia Americana de Pediatría. Reafirmación de las directrices de lactancia materna 2/27/2012.
32. STUEBE, A, MD, MSC. Los riesgos de no lactancia para las madres y los bebés. En Opiniones en Obstetricia y Ginecología. 2009 Caída.
33. PARIS E. Cuidados del recién nacido: El baño antes de la caída del cordón umbilical. Bebes y Mas, 26 de noviembre, Madrid, España, 2009
34. PARIS E. ¿Cuándo se suele caer el ombligo de los bebés?. Bebes y Mas?. 6 Set. 2009.
35. CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA. El Embarazo adolescente. Salud Reproductiva de la Mujer. Organización Panamericana de la Salud. 1999: 2-7.
36. JOHNSON'S. "Sleeping Through the Night: How Infants, Toddlers, and Their Parents Can Get a Good Night's Sleep" de la Dra. Jodi Mindell, y de un artículo escrito por los expertos en el cuidado de bebés

37. MINDELL J. Durmiendo por la noche: ¿Cómo bebés, niños pequeños y sus padres pueden Dormir bien durante la noche?, ONU
38. CARDOZO ARIAS JP. Conocimientos de madre adolescente sobre cuidados básicos al recién nacido, localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.C. I semestre 2008.
39. PLANETA MAMÁ. ¿Qué ropa comprar para el bebé hasta los 3 meses. 02/07/2012 disponible en: www.planetamama.com.ar › Inicio › Bebés

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN

FACULTAD DE ENFERMERIA

CRISTÓBAL DE HUAMANGA

Nº.....

FECHA.....

ANEXO "A"

CUESTIONARIO

I. INPRESENTACIÓN:

Somos estudiante de la Escuela de Enfermería de la UNSCH, estamos realizando un estudio con el objetivo de obtener información sobre lo que usted conoce acerca de los cuidados básicos que debe recibir un recién nacido. El presente cuestionario es **anónimo** por lo que se solicita a usted responder con la verdad a todas las preguntas, agradecemos anticipadamente su colaboración.

DATOS GENERALES:

EDAD:.....

PROCEDENCIA:.....

GRADO DE INSTRUCCIÓN:.....

INSTRUCCIONES.

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

CONTENIDO.

1. SU RECIEN NACIDO DEBE ALIMENTARSE DE:

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

2. **SI SU RECIEN NACIDO RECIBE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DEBE LACTAR:**
- a) 3 veces al día
 - b) Cada 5 horas
 - c) Cada dos horas
 - d) Cuando el recién nacido desee.
3. **UN BENEFICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PARA SU RECIEN NACIDO ES:**
- a) Sirve como un método anticonceptivo.
 - b) Contiene los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.
 - c) Es económica
 - d) No se prepara.
4. **LA FRECUENCIA CON QUE DEBE BAÑAR A SU RECIEN NACIDO ES:**
- a) Cada dos días
 - b) Cada siete días
 - c) Todos los días
 - d) Cada 15 días
5. **PARA EL BAÑO DE SU RECIEN NACIDO SE NECESITA:**
- a) Shampoo y jabón para recién nacido y agua tibia
 - b) Shampoo y jabón de tocador y agua muy caliente
 - c) Shampoo y jabón para recién nacido y agua fría
 - d) Shampoo y jabón de tocador y agua tibia.
6. **LA DURACION DEL BAÑO DE SU RECIEN NACIDO ES DE:**
- a. 30 minutos
 - b. 2 minutos

c. Menos de 10 minutos

d. 60 minutos.

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

a) De adentro hacia fuera, con agua y jabón.

b) De afuera hacia adentro, solo con agua.

c) De adentro hacia fuera, solo con agua

d) De arriba hacia abajo, con agua y jabón.

8. SI SU RECIEN NACIDO PRESENTA SECRECIONES AMARILLOVERDOSO EN OJOS Y NARIZ ES NECESARIO:

a) Limpiarlo con agua y jabón

b) Avisar inmediatamente al medio y/o enfermera

c) Bañarlo más seguido

d) Evitar tocárselas, caen solas

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

a) De forma externa y superficial, con la toalla

b) Introduciendo un hisopo hacia adentro del oído

c) Introduciendo la uña de la mano

d) Introduciendo agua y jabón hacia adentro del oído.

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

a) Sólo en los labios

b) En el paladar, encías y lengua

c) Sólo en la lengua

d) Sólo en las encías.

11. LA BOCA DE SU RECIEN NACIDO SE LIMPIA CON:

a) Un trozo mediano de gasa y agua hervida

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

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

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

13. LA LIMPIEZA DEL MUÑON UMBILICAL SE HACE:

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

14. PARA LA LIMPIEZA DEL CORDÓN UMBILICAL SE NECESITA:

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

15. EL CORDON UMBILICAL DE SU RECIEN NACIDO SE LIMPIA

CADA:

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

16. EL CORDON UMBILICAL DE SU RECIEN NACIDO SE CAE

DESPUÉS DE:

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Cuando el recién nacido haya hecho sólo deposición(caquita)

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

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

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

22. SU RECIEN NACIDO PIERDE CALOR DE SU CUERPO CUANDO:

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

23. SU RECIEN NACIDO DEBE DORMIR:

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

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

- a. Echado boca arriba
- b. Echado boca abajo
- c. De costado

d. En cualquier posición

25. EL PROMEDIO DE HORAS QUE SU RECIEN NACIDO DEBE

DORMIR DURANTE TODO EL DIA ES:

a) 20 horas

b) 8 horas

c) 5 horas

d) 2 horas

26. EL RECIEN NACIDO ORINA APROXIMADAMENTE DURANTE EL

DIA:

a. 6 a 8 veces

b. 1 vez

c. 10 veces

d. 15 veces.

27. LA ORINA NORMAL DE SU RECIEN NACIDO ES DE:

a) Color rojo, sin olor

b) Color amarillo, sin olor

c) Sin color, sin olor

d) Color amarillo, olor fétido (mal oliente)

28. EN LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA SU RECIEN NACIDO HACE

DEPOSICIONES DE COLOR:

a) Amarillo

b) Marrón

c) Anaranjado

d) Verde oscuro.

29. SU RECIEN NACIDO DEFECA APROXIMADAMENTE DURANTE EL DIA:

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

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

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

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

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

32. LA ROPA DE SU RECIÉN NACIDO DEBE SER:

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

33. LA ROPA DE SU RECIEN NACIDO DEBE CAMBIARSE:

- a) Cada 7 días

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

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

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

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

- | | | |
|--|----|----|
| a) Le hablen mirándolo fijamente a la cara | SI | NO |
| b) Le coloquen objetos colgantes movibles | SI | NO |
| c) Le converse constantemente su mamá | SI | NO |
| d) Le muestren figuras geométricas | SI | NO |
| e) Tenga contacto piel a piel con su mamá | SI | NO |
| f) Le habien de forma pausada y lenta | SI | NO |

g) Eviten tocarlo siempre	SI	NO
h) Le hagan mirar rostros humanos (de papá y mamá)	SI	NO
i) Le hagan escuchar música	SI	NO
j) Lo arrullen y lo mezan diariamente por unos minutos	SI	NO
k) Evitar todo tipo de ruido	SI	NO
l) Le realicen ejercicios de flexión y extensión en piernas y brazos	SI	NO
m) Los objetos que se le muestran deben estar a una corta distancia del rostro del bebe	SI	NO

Gracias por su colaboración.

18-20 PUNTOS =	Excelente.
15-17 puntos =	Bueno
11-14 puntos =	Regular
8-10 puntos =	Bajo
< de 8 puntos =	Deficiente

FIRMA DEL RESPONSABLE: