

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOCULTURALES Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO A
TÉRMINO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II - 2 TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2017”**

**Tesis para optar el título profesional de
OBSTETRA**

AUTOR:

**Bach. Nilda Marleni Vásquez Quispe
Bach. David Daniel Burillo Terreros**

ASESOR:

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

**Tarapoto - Perú
2018**



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOCULTURALES Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO A
TÉRMINO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II - 2 TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2017”**

**Tesis para optar el título profesional de
OBSTETRA**

AUTOR:

Bach. Nilda Marleni Vásquez Quispe
Bach. David Daniel Burillo Terreros

ASESOR:

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Tarapoto - Perú
2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**“RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOCULTURALES Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO A
TÉRMINO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II -2 TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2017”**

**Tesis para optar el título profesional de
OBSTETRA**

AUTOR:

Bach. Nilda Marleni Vásquez Quispe

Bach. David Daniel Burillo Terreros

ASESOR:

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Tarapoto – Perú

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOCULTURALES Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO A
TÉRMINO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II -2 TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2017”**

**Tesis para optar el título profesional de
OBSTETRA**

AUTOR:

Bach. Nilda Marleni Vásquez Quispe

Bach. David Daniel Burillo Terreros

Sustentado y aprobado ante el honorable jurado el día 11 de mayo de 2018

Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado
Presidente

Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino
Miembro

Obsta. Mg. Manuela Aurora Vega Celis
Miembro

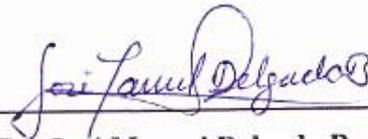
CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

La que suscribe Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales por el presente documento, hace

CONSTAR:

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulado **“RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOCULTURALES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II -2 TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2017”**, elaborado por los Bachilleres en Obstetricia **NILDA MARLENI VASQUEZ QUISPE** y **DAVID DANIEL BURILLO TERREROS**, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 11 de mayo del 2018



Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

ASESOR

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

NILDA MARLENI VÁSQUEZ QUISPE con DNI N° 44829552 y **DAVID DANIEL BURILLO TERREROS** con DNI N° 45972124, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela Profesional de Obstetricia, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada: **“RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOCULTURALES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II -2 TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2017”**

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. Hemos respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada o presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis de constituirán en aportes a la realidad investigada.

De considerar que el trabajo cuenta con una falta grave, como el hecho de contar con datos fraudulentos, demostrar indicios y plagio (al no citar la información con sus autores), plagio (al presentar información de otros trabajos como propios), falsificación (al presentar la información e ideas de otras personas de forma falsa), entre otros, asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 11 de mayo del 2018



Nilda Marleni Vásquez Quispe

DNI N°: 44829552



David Daniel Burillo Terreros

DNI N°: 45972124

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres: VASQUEZ QUISPE NEIDA MARLENI	
Código de alumno : 064134	Teléfono: 964996994
Correo electrónico : damary_Corazon_17@hotmail.com	DNI: 44829552

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de: CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de: OBSTETRICIA

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título: "RELACION ENTRE FACTORES SOCIOCULTURALES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO A TERMINO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL 11-2 TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2017"
Año de publicación: 2018

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

--

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

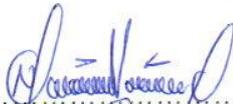
7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".



Firma del Autor

8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento:

22 / 06 / 2018



Firma del Responsable de Repositorio
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso
Abierto de la UNSM - T.

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	BURILLO TERREROS DAVID DANIEL	
Código de alumno :	114103	Teléfono: 995340614
Correo electrónico :	phd.davidburillo@gmail.com DNI: 45972124	

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de:	OBSTETRICIA

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título:	RELACION ENTRE FACTORES SOCIOCULTURALES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO A TÉRMINO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, AGOSTO-DICIEMBRE 2017
Año de publicación:	2018

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia No Exclusiva, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **“Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA”.**



Firma del Autor

8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento:

22 / 06 / 2018



Firma del Responsable de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM - T.

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

DEDICATORIA

A Dios por darme mucha salud, por las bendiciones, inteligencia y la vida misma.

A mis padres, Santos y María, por ser moldes y brújulas en mi vida, quienes depositaron su confianza hacia mi persona donde ven culminado mis logros.

Con mucho amor a mi esposo, Erick, quién a pesar de tener el tiempo poco presto, me brindó su apoyo incondicional en una etapa tan difícil que abarco nuestras vidas.

A mis hijos: Larry y Thiago, mis hermanos y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

NILDA

DEDICATORIA

Agradezco a nuestro Padre todopoderoso por mantener en mi la salud y darme las fuerzas que prometió tal como lo escrito en su palabra: “Mira que te ando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes. Que yo el Señor tu Dios, estaré contigo donde quiera que vayas” (Josué 1:9)

No he de olvidar el esfuerzo sobrehumano de mis dos madres, Celestina y Celestinita, que por el amor y la confianza depositada en mi persona, permitió el existir de un porvenir de empeño y dedicación, por el cual dedico esta obra.

A la luz de mis ojos, al motivo de mis pensamientos y lágrimas que brillan al termina del ocaso. Al ser de inspiración de versos y poemas. Para aquel ángel de nombre Dylan, la razón de mi todo.

DAVID

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Martín por habernos dado la posibilidad de formarnos profesionalmente.

A nuestro asesor el Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

Al personal de salud del Hospital II – 2 Tarapoto, quienes contribuyeron en la adquisición de los datos de la investigación y nos brindaron las facilidades para la ejecución de nuestra tesis.

A todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

Los autores

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE DE CONTENIDO	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
TITULO:.....	1
I. INTRODUCCIÓN:.....	1
1.1. Marco Conceptual:.....	1
1.2. Antecedentes:.....	4
1.3. Bases teóricas:.....	12
1.4. Justificación:	23
1.5. Problema:	24
II. OBJETIVOS:	25
2.1. Objetivo General:.....	25
2.2. Objetivos específicos:	25
2.3. Hipótesis de Investigación	25
2.4. Operacionalización de Variables	26
III. MATERIALES Y METODO	29
IV. RESULTADOS:.....	33
V. DISCUSION:	37
VI. CONCLUSIONES:	41
VII. RECOMENDACIONES:.....	42
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:.....	43
IX. ANEXOS:	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°	Título	Pág.
01	Factores socioculturales de madres adolescentes con recién nacido a término atendidos en el Hospital II-2 Tarapoto.	33
02	Fuente de información que tiene las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto	34
03	Lugar de atención de las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.	34
04	Nivel de conocimiento sobre cuidados del recién nacido de término en madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto	35
05	Relación estadística entre los factores socioculturales y el nivel de conocimiento en madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto	36

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo “Determinar la relación de los factores socioculturales con el conocimiento sobre el cuidado del recién nacido a término en madres adolescentes atendidas en el II-2 Tarapoto, agosto - diciembre 2017”, estudio cuantitativo descriptivo correlacional, transversal, con recolección prospectiva de los datos, la población y muestra estuvo conformada por 50 madres adolescentes con recién nacidos a término. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario.

Los resultados fueron, las madres adolescentes con recién nacido a término se caracterizaron por: edad entre 17 a 19 años, nivel secundaria, son convivientes, son amas de casa, de religión católica, tienen como lengua materna el español y proceden de zona urbana. Las fuentes de información fueron los familiares en 80,0%, seguido del personal de salud en 14,0% y radio, TV o internet 4,0%. El lugar de atención fue: 98% los servicios de salud y 2,0% curandero o partera. El nivel de conocimiento sobre cuidados del recién nacido de término en madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, fue: el 48,0% nivel de conocimiento bajo.

En conclusión: Existe relación significativa entre los factores socioculturales y el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido, la prueba no paramétrica χ^2 con un nivel de significancia $p < 0,05$, lugar de procedencia y nivel de conocimiento de las madres adolescentes ($X^2 = 15,012$; $p = 0,0050$). La religión con un valor de $p < 0,07$ ($X^2 = 11,304$; $p = 0,0620$).

Palabras claves: factores socioculturales, cuidado del recién nacido, madres adolescentes.

ABSTRACT

The following investigation had as objective "To determine the relation of the sociocultural factors with the knowledge on the care of the term newborn in adolescent mothers attended in the II-2 Tarapoto, August - December 2017", descriptive quantitative study correlational, transversal, with prospective collection of data, population and sample consisted of 50 adolescent mothers with full-term newborns. The technique was the survey and the instrument the questionnaire.

The results were: adolescent mothers with full-term newborns were characterized by: age between 17 to 19 years, secondary level, they are cohabiting, they are housewives, of Catholic religion, their mother tongue is Spanish and they come from an urban area. The sources of information were family members in 80.0%, followed by health personnel in 14.0% and radio, TV or internet 4.0%. The place of care was: 98% health services and 2.0% healer or midwife. The level of knowledge about term newborn care in adolescent mothers seen in Hospital II-2 Tarapoto was: 48.0% low level of knowledge.

In conclusion: There is a significant relationship between sociocultural factors and the level of knowledge about newborn care, the chi2 nonparametric test with a level of significance $p < 0.05$, place of origin and knowledge level of adolescent mothers ($X^2 = 15.012$, $p = 0.0050$). The religion with a value of $p < 0.07$ ($X^2 = 11,304$, $p = 0.0620$).

Keywords: sociocultural factors, newborn care, adolescent mothers.



TITULO:

“Relación entre factores socioculturales y nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido a término en madres adolescentes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, agosto - diciembre 2017”

I. INTRODUCCIÓN:

1.1. Marco Conceptual:

En la actualidad los embarazos en adolescentes han ido incrementándose notablemente y de forma acelerada, el cual constituye un grave problema social, económico y de salud pública; se estima que cada año 15 millones de adolescentes dan a luz en el mundo, de los cuales el 80% tiene lugar en países en vías de desarrollo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos y en América Latina se calcula que cada año más de tres millones de adolescentes llegan a un embarazo a término, constituyendo una de las preocupaciones de salud más importantes (1, 2).

En el 2015 existen en nuestro planeta alrededor de 7 mil 325 millones de habitantes. En la actualidad nacen anualmente 144 millones de personas. La Organización Mundial de la Salud estima que 30 millones de recién nacidos morirán durante sus primeros 28 días de vida entre 2017 y 2030 si se sigue manteniendo la tendencia de muerte de 7000 recién nacidos.

En nuestro país en el año 2015 la población total fue de 31 millones 151 mil 643 personas, hacia el año 2021 superaremos los 33 millones y para el 2050 seremos un total de 40 millones de habitantes. Entre el 2015 y el 2021 por año aumentará 333 mil nuevas personas. Así mismo se registran 646 780 nacimientos cada año, de los cuales mueren aproximadamente 6 000 bebés antes de cumplir el primer mes de vida. En los últimos 15 años estas muertes han disminuido de 24 a 11 por cada 1 000 recién nacidos. Sin embargo, hay lugares donde, por cuestiones culturales o por dificultad de acceso a servicios de salud, los fallecimientos no se registran (3, 4, 5).

América Latina es la única región del mundo que ha registrado un aumento continuo de embarazos en adolescentes resultado muy paradójico en cuanto a su relativa fecundidad global, según el Organismo Andino de Salud, indica que de cada 1000 embarazos en

Latinoamérica, el 73,1% responden a embarazos adolescentes probablemente no deseados, esta cifra es muy superior al promedio mundial, que se sitúa en 54 embarazos adolescentes por cada mil. (6)

En el Perú, Según una publicación de Radio Programas del Perú Noticias (RPP) se encontró que 14,6% de las adolescentes peruanas entre 15 y 19 años ya son madres. En los últimos 14 años, creció en un 1 % el porcentaje de adolescentes que ya son madres y 0,6 % en las que quedan embarazadas por primera vez. Según el INEI, la proporción de madres adolescentes entre los años 2000 y 2014, resulta notable el incremento de 1,0% a 1,9% en las madres de 15 años de edad. Este comportamiento, también se visualiza en las de 16 años (de 4,7% a 5,4%) y en las de más edad (de 22,3% a 26,7%). Indicando también que la muerte materna en este grupo etario (15 – 19 años) es de 362 por 100 mil nacimientos (35%), de esta cifra previa de mortandad, el 15% es por ser aún adolescente y el 20% es por aborto. En el año 2014, los departamentos con mayor proporción de madres adolescentes son Loreto 30,4%; Amazonas 28,1%, Madre de Dios 24,4%, San Martín 24,1% y Ucayali 21,2%. (2, 4, 7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que las opciones óptimas de reproducción se dan entre los 23 a 29 años, fuera de estas edades hay descompensación por inmadurez fisiológica y psicosocial, no obstante, es bien conocido que no siempre se accede a la maternidad durante la adultez, sino que en algunos casos esta importante transición evolutiva tiene lugar durante la adolescencia. La adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta comprendida entre los 10 y 19 años, deriva del verbo “adolesceré” que significa “crecer o llegar a la madurez”, esta etapa se caracteriza por cambios en la maduración física, social, emocional, cognitiva (pensamiento operativo formal); que incluyen el crecimiento y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios alrededor de los once a doce años (pubertad); produciéndose también una reafirmación del “yo”, este periodo finaliza con el cese del crecimiento corporal entre los 18 y 20 años el que se da como un aprendizaje gradual hasta ser un adulto, capaz de llevar una vida productiva (8, 9, 10).

Así mismo el hecho de ser madre sin aun haber terminado de ser hija, trae consigo carencias del cuidado tanto para la madre como para el recién nacido, ya que aún la mujer tiene expectativas propias de la formación moderna y el afán de descubrirse por su propia

naturaleza. La situación de la maternidad adolescente manifestada como el hecho de tener un hijo(a) antes de cumplir los 19 años, es un estado en que aún la mujer no ha culminado la formación de la persona y ocurre en pleno proceso de la educación secundaria, o universitaria, truncando sus expectativas de vida por la llegada del recién nacido (11, 12).

Los factores sociocultural como es el grado de instrucción, que está asociado al nivel de conocimiento que tiene la madre acerca del cuidado de su recién nacido; se considera que a mayor nivel de instrucción materna la madre cumplirá mejor su rol brindando a su recién nacido con cuidados de calidad favoreciendo su desarrollo físico y emocional, además un alto nivel de instrucción permite a la madre tener conocimiento por cualquier medio sobre el cuidado integral de su recién nacido obteniendo actitudes favorables, por lo contrario las madres con bajo nivel de instrucción no brindan atención necesaria, lo que va dar lugar a problemas nutricionales y complicaciones que pueden llegar a aumentar las tasas de morbilidad. Así mismo existe una estrecha relación entre el nivel de instrucción materna y las tasas de mortalidad neonatal observándose que las madres con bajo nivel de instrucción desconocen aspectos sobre el crecimiento y desarrollo del recién nacido, restando importancia a los cuidados que requiere. Por el contrario, cuando mayor es el nivel de instrucción materna, la madre se preocupa más por obtener información en los servicios de salud y en otros medios para cumplir mejor su rol y brindar a su recién nacido cuidados de calidad (8, 9, 10, 13).

Un elemento importante que influye fuertemente en la forma como se relaciona la madre con su recién nacido es, la ocupación; la actividad a la que se dedica la madre determina la intensidad, calidez, fluidez y forma de relación, en tanto la actividad a que se dedica una madre será más satisfactoria si ésta permite mayor predisposición a un trato más aceptable y adecuado con su familia; ello es determinante, ya que si la ocupación es dentro del hogar no es aceptada por la misma madre, ello le genera situaciones de frustración, la cual es trasladada hacia el recién nacido y el vínculo afectivo se pierde rápidamente. Sin embargo, si la madre encuentra apoyo dentro del hogar para la realización de sus actividades, inclusive las de atender al recién nacido, el vínculo afectivo puede sostenerse y aún mejorar (14, 15).

La madre constituye un elemento básico en la protección y supervivencia del recién nacido por el tiempo y amor que le dedica, ya que ella es la cuidadora primaria, es la persona idónea para intervenir cuando se lo requiera por lo que debe tener suficiente conocimiento

que le permita estar en mejores condiciones y enfrentar con responsabilidad los cuidados necesarios pues el conocimiento es uno de los medios más eficaces para el cambio de actitudes y mejoramiento de la calidad de vida aunque a veces se ve alterado. Siendo así el conocimiento que tiene la madre adolescente fortalece el cumplimiento de todos los cuidados necesarios del recién nacido a fin de lograr un adecuado desarrollo, cuidando su salud y buena calidad de vida, ya que éste periodo tiene una influencia decisiva en la calidad de vida del individuo a posteriori tanto en lo biológico, mental y social condicionando de esta manera su futuro (16, 17, 18).

En la medida que el recién nacido va creciendo y recibiendo estímulos por parte de sus padres, éste responde de acuerdo a su etapa de desarrollo, todo lo que rodea al embarazo parto y puerperio inmediato, es vital en lo que se refiere a construir el primer vínculo afectivo del ser humano con su hijo pues es este vínculo es el que hace que los padres deseen colmar a su pequeño de amor y cariño, protegerlo, alimentarlo y cuidarlo en todos los sentidos, la formación del vínculo es algo fundamental. Existen situaciones que, al estar presentes, pueden alterar el proceso de vinculación afectiva. Independiente de las circunstancias, desde el momento que se desencadena la dificultad para establecer el primer contacto madre/hijo y padre/hijo se inicia una cascada de eventos emocionales negativos que van en desmedro del proceso de vinculación y, dependiendo de la causa que lo provocó, la recuperación de éste será, rápida, lenta o inalcanzable (19, 20).

Por lo mencionado anteriormente, consideramos que esta situación es una preocupación que demanda investigar, ya que trae consigo la misma incertidumbre en cada una de las madres adolescentes que llegan a tener sus niños recién nacidos, de que sucederá después de abandonar los servicios de salud, ya que sin tener la misma cultura, religión o lugar de origen, siempre les nace la preocupación de cómo cuidarlo, todo les resulta nuevo y las necesidades del recién nacido se vuelven una exigencia que muchas veces no lo asumen (16, 21).

1.2. Antecedentes:

Internacionales

Peñañiel E. (2013), en su estudio “creencias, actitudes y prácticas de las madres multíparas frente al cuidado del recién nacido, en el barrio de Atucucho, agosto-diciembre 2013”, Quito – Ecuador, investigación de tipo cualitativo, explicativo y descriptivo, cuya

población fue de 14 madres seleccionadas al azar, como técnica se usaron el grupo focal y como instrumento la guía para el desarrollo del mismo. Resultados: todas las madres alimentan a sus hijos con leche materna a libre demanda, como alimento principal, aunque una de ellas complementa la alimentación del recién nacido con leche de fórmula por cuestiones laborales, y un dato importante es que 3 de ellas proporcionaban a sus hijos infusiones de plantas medicinales como es la manzanilla, que si bien es cierto tiene propiedades antiinflamatorias, no es recomendable dar al recién nacido otro alimento que no sea la leche materna, debido a la capacidad gástrica que tiene los niños a esa edad, le puede provocar irritaciones, vómito y diarrea si ingiere alimentos que no son recomendables para su edad. Las madres bañan a los niños con agua, jabón y shampoo, pero también utilizan la manzanilla que ayuda a la relajación del cuerpo y a conciliar el sueño, y no supone un daño para la salud del niño al tratarse de una planta medicinal con propiedades antiinflamatorias, que popularmente ha sido utilizada por años como remedio de algunas enfermedades. De igual manera la frecuencia del baño lo hacen pasando un día ya que el recién nacido tiene mecanismos de auto limpieza por lo que no es necesario el baño diario. En el cuidado del cordón umbilical, todas lo realizan con algodón y alcohol para evitar algún tipo de inflamación o infección, pero 2 de ellas utilizaban una especie de ceniza que ayudaba a la cicatrización, lo cual implica un riesgo, debido a que puede existir la aparición de granulomas que infecten el sitio y provoquen sangrados. El uso de ombligueros es frecuente entre las madres, las cuales relacionaban el uso de ombligueros para evitar la salida del mismo, por la fuerza que los niños hacen al llorar; si bien es cierto no está contraindicado, pero puede provocar presión en el abdomen ocasionando vómito o asfixia en el recién nacido. Todas las madres llevaban al centro o dispensario de salud a sus hijos, en señal de algún síntoma que desencadene en una enfermedad, con el fin de que el médico les proporcione un tratamiento adecuado; pero de igual manera todas tiene creencias en cuanto a enfermedades populares como el mal aire, mal de ojo y espanto, las cuales son curadas por personas preparadas y conocedoras del tema, que mediante el uso de plantas medicinales en un ritual especial, invocan a fuerzas sobrenaturales para que alejen los malos espíritus del cuerpo enfermo y le regresen la salud; estas prácticas no son perjudiciales para la salud al contrario son reconocidas y respetadas por el estado ecuatoriano, siempre y cuando sean practicadas por personas expertas en el tema (20).

Baquero C, Rivera J. (2012), en su estudio “Análisis de conocimientos de madres primerizas sobre el cuidado de niños recién nacidos con la propuesta de la creación de un

programa de televisión semanal”, Guayaquil Ecuador, estudio descriptivo con investigación de campo para recolectar datos que midan la comunicación actual y sentar las bases para la propuesta. La población fueron adolescentes que a temprana edad dan un giro violento a su vida y muchas de ellas no saben qué dirección escoger, las adolescentes tendrán muchas oportunidades para ser escuchadas y así ayudar al crecimiento como personas donde no solo encontraran una solución sino que aprendan a sobrellevar las problemáticas a las que se enfrentan. La técnica fue la entrevista y a través del dialogo lograremos conocer cuáles fueron las circunstancias y condiciones que las llevaron a ser madres tan jóvenes, les enseñaron como poco a poco ir tomando el papel de madre e ir aprendiendo a formar a su bebe cuando nazca. Resultados: Muchas de ellas suelen ser madres solteras abandonadas por personas que solo quisieron utilizarlas, también existen casos de aborto ya que muchas jovencitas cuando se encuentran en estas condiciones deciden tomar medidas tan drásticas como estas, les explicaron las consecuencias de estas decisiones. En conclusión: existe mucha confusión aun en las adolescentes sobre el cuidado de los recién nacidos sin embargo reconocen la importancia y buscan conocer sobre este aspecto (21).

Aguilar B, Chirinos A. (2012), en su estudio “Conocimiento de la madre sobre la importancia de los cuidados al Recién Nacido, unidades de maternidad GO1 GO4 Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda”, realizado en Venezuela, estudio descriptivo de corte transversal con diseño de campo, cuya población estuvo conformada por 40 puérperas hospitalizadas, la información fue recolectada a través de un instrumento de 20 preguntas de selección simple, validado por un grupo de expertos clasificándolo como confiable luego de la aplicación de la prueba piloto, los datos fueron tabulados y analizados con ayuda del programa Excel, presentándose en cuadros y gráficos, los resultados obtenidos en la respuesta dadas por la madres en relación a la dimensión vínculo afectivo indicaron que el 97% fueron correctas, en la dimensión alimentación con 61%, la dimensión confort con 53% en respuestas correctas y en cuanto a la dimensión atención en salud un 43% respondieron incorrectamente. Conclusión: de las respuestas encuestadas obtuvieron un mayor porcentaje en respuestas correctas en cuando al conocimiento del cuidado del Recién Nacido. (23)

Riera Z, Tene S. (2011), en su estudio “Conocimiento de las madres adolescentes primíparas y su actitud frente al cuidado del recién nacido en el servicio de ginecología del

hospital provincial general docente de Riobamba en el período enero a junio del 2010”, realizado en Ecuador, estudio de tipo transversal, utilizó los métodos inductivo- deductivo y analítico. Trabajaron con 355 madres adolescentes primíparas de la cual tomaron una muestra de 184 madres, la información se obtuvo mediante encuestas aplicadas y guía de observación que luego fueron interpretadas y analizadas para establecer las conclusiones correspondientes. Los principales resultados, de acuerdo a los objetivos planteados permitieron determinar que el conocimiento y la actitud que adopta las madres adolescentes primíparas son inadecuadas que perjudican un óptimo cuidado en el recién nacido. Los problemas que encontraron fue inseguridad de las madres en la manipulación, tenor en el momento del baño, miedo a hacerlos caer a sus hijos recién nacidos, por lo tanto fue aceptada la hipótesis planteada. Además observaron en un mayor porcentaje actitudes de inconsistencia en las madres adolescentes reflejándose rechazo hacia sus hijos o indiferencia, pero también se observó en un pequeño porcentaje actitudes consistentes de las madres hacia sus hijos. Otro resultado importante es la mínima participación por parte del personal de enfermería en educar a las madres adolescentes en cuidados básicos como técnica adecuada de la lactancia materna, baño, aseo de cavidades, limpieza del cordón umbilical, importancia de la estimulación temprana y vacunas (24).

Moya M. (2011), en su estudio “Eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados del recién nacido. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2010, Lima Perú, estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, y método cuasiexperimental; constituido por una población 192 madres adolescentes; determinándose un tamaño muestral de 81 madres adolescentes. Para la recolección de datos las técnicas utilizadas han sido dos: la primera referida a la técnica audiovisual-participativa sobre “Cuidados del Recién Nacido en el Hogar”; y la segunda la entrevista-encuesta, aplicada a las madres adolescentes primíparas, tanto para el grupo control, como para el experimental. De los resultados obtenidos en términos generales, evidenciaron que las madres adolescentes evaluadas antes de la aplicación de la técnica convencional, presentaron el 85% como conocimiento incorrecto, desconocen totalmente el 13% y sólo un 2% presentaron un conocimiento correcto. En los resultados del post-test, el conocimiento incorrecto aumentó al 87%, desconocen bajó al 6 % y manifestaron un conocimiento correcto el 2% de las madres del grupo control. Con respecto al grupo experimental, en el pre-test, un 93% presentaron un conocimiento incorrecto, y el 7% desconocían totalmente. Mientras que luego de la aplicación de la técnica audiovisual-

participativa, el 93% presentaron un conocimiento correcto, y solo el 2%, presentó un conocimiento incorrecto. En conclusión, la técnica audiovisual-participativa demostró su eficacia en el grupo experimental, ya que se pudo comprobar; que esta técnica facilita el aprendizaje para identificar, comprender y crear mensajes. (25)

Zalazar R. (2009), es su estudio sobre "Nivel de conocimiento sobre cuidados del recién nacido y su relación con los factores socioculturales en madres adolescentes primíparas en el Instituto Materno Perinatal de Lima Perú". Encontró que la mayoría de las adolescentes primíparas tienen un nivel de conocimiento regular. Existiendo evidencia de que las variables: grado de instrucción, experiencia cuidando niños menores de un año, procedencia e información durante el embarazo influyó significativamente sobre el conocimiento de las madres adolescentes. Las áreas: edad, estado civil, número de veces que asistió al control prenatal, ocupación y fuente de información no influyeron significativamente sobre el nivel de conocimiento de las adolescentes (26).

Jiménez M. (2003), en su estudio titulado: "Nivel de conocimiento de las madres que acuden con sus hijos al control de niños sanos, sobre el cuidado integral del recién nacido en el Ambulatorio Urbano Tipo III", realizado en La Carucieña de Barquisimeto estado Lara Argentina, investigación de campo de naturaleza descriptiva, cuya población estuvo conformada 150 madres que asistieron a dicho centro de salud en el período septiembre-diciembre 2003, la muestra probabilística conformada por el 30% de la población, igual a 45 mujeres, aplicó un instrumento, estructurado en dos partes, datos personales (4 ítems) y nivel de conocimiento (contentivo de 19 ítems), en conclusión predomina el grupo etario entre 14 y 19 años de edad, en el cual el 43,8% tienen de 0 a 2 paridad y el 42,2% posee primaria incompleta. Existen muchas fuentes de información para la madre, pero hay dos que tienen mayor importancia en impartir los cuidados del recién nacido, las madres y el personal de enfermería. Igualmente, tiene poco conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, inmunizaciones, desarrollo psicomotor e higiene del recién nacido, se recomienda proponer lineamientos de orientación para las que acuden al centro de control de niños sanos de cómo debe ser el cuidado integral que debe prestarle al recién nacido para su sano desarrollo (22).

Nacionales

Hualpa S. (2016), en su estudio "Conocimiento y conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes, usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizan

Medrano de Huánuco, 2016”, Huánuco Perú, estudio de tipo prospectivo, transversal, analítico y observacional, de diseño relacional, conformado por una población muestral de 76 madres adolescentes, seleccionados por un muestreo no probabilístico, según criterios de inclusión y exclusión; aplicaron una guía de entrevista, un cuestionario de conocimientos y una escala de conductas. Resultados: El nivel de conocimiento sobre el cuidado básico del recién nacido en un 57,9% (44) de las madres fue nivel medio. El tipo de conducta frente al cuidado del recién nacido fue adecuada en un 93,4% (77). Confirmaron la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente al cuidado básico del recién nacido [$\chi^2 = 6,9$; $gl = 1$ y $p = 0.030$]. No encontraron relación entre el nivel de conocimientos con las conductas del cuidado básico al recién nacido [$\chi^2 = 1,7$; $gl = 2$ y $p = 0.4$] y con las prácticas de cuidado [$\chi^2 = 1,6$; $gl = 1$ y $p = 0.4$] en las madres adolescentes en estudio. Conclusiones. El conocimiento de nivel medio tiene relación con las actitudes positivas frente al cuidado básico del recién nacido por la madres adolescentes. Ello amerita fortalecer las prácticas de cuidado del recién nacido (27).

Esteban D. (2016), en su estudio “Nivel de conocimiento de puérperas en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Enero 2016”, Lima – Perú, se realizó un estudio descriptivo, se utilizó como método la encuesta y se aplicó como instrumento un cuestionario de conocimientos en las pacientes puérperas en el cuidado del recién nacido. El cuestionario constó de dos partes: La primera parte comprende los datos generales y la segunda parte los datos específicos con preguntas con alternativas múltiples acerca de los conocimientos que tienen las puérperas sobre los cuidados del recién nacido. Resultados: Las pacientes puérperas presentaron un nivel de conocimiento “adecuado” de 54,3% (38) y el 45,7% (32) obtuvo un conocimiento “no adecuado” en el cuidado del recién nacido. Según los aspectos básicos; el 60% (42) y el 64,2% (45) presentó un conocimiento “no adecuado” sobre termorregulación y vestimenta respectivamente, mientras que el 78,5% (55), 60% (42) y el 55,7% (39) obtuvo un “conocimiento adecuado” sobre lactancia materna, baño e higiene perianal en el recién nacido, respectivamente. Dentro de los signos de alarma; se observa que el 70% (49) y el 71,4% (60) no reconocen al llanto débil y llanto fuerte como signos de alarma respectivamente. Conclusiones: Existe una prevalencia mayor de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido por parte de las puérperas; aunque la diferencia entre las que conocen y no conocen no es muy distante. Los factores socioculturales y familiares pueden influir en los conocimientos previos de las puérperas, si bien nos encontramos

en una época con mejor acceso a la información, ésta aun no es brindada en su totalidad (28).

Paucar L. (2014), en su estudio “conocimientos de las madres adolescentes sobre el cuidado del recién nacido en el Hospital de Pampas provincia de Tayacaja – Huancavelica – 2012”, realizado en Lima Perú, estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, cuya población estuvo conformada por 49 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (49), 57% (28) conocen y 43% (21) no conocen; en cuanto a la dimensión cuidados físicos 49% (24) no conocen y 51% (25) conocen; y en la dimensión estimulación temprana 53%.(26) conocen y 47% (23) no conocen. Conclusiones. Un porcentaje considerable de madres adolescentes no conocen los cuidados del recién nacido en el hogar referido a los cuidados físicos sobre la limpieza del cordón umbilical, el baño diario, el promedio de horas que debe descansar él bebe seguido de un porcentaje considerable de madres que conocen que el alimento que debe recibir el recién nacido es solo lactancia materna, que es un buen alimento para su crecimiento y desarrollo e identifican los signos de alarma; sobre estimulación temprana, el mayor porcentaje de madres conocen que se debe evitar los ruidos fuertes, hablarle al recién nacido mirándole fijamente a la cara, escuchar música suave y tener contacto piel a piel con su madre, sin embargo un porcentaje considerable no conocen los ejercicios de flexión y extensión de las piernas y brazos. (31)

Rojas V, Pinedo M. (2013), en su estudio “Factores socio-culturales y su relación con el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva de madres de niños de 0 – 6 meses de edad atendidas en el Hospital II – 2 MINSA -Tarapoto abril – julio 2013”, Tarapoto – San Martín – Perú. Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal, prospectivo. La población y muestra lo constituyeron 90 madres de niños de 0 – 6 meses de edad atendidas en el Hospital II – 2 MINSA –Tarapoto, en el consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED). Usaron el método encuesta y como instrumento se usó un cuestionario, elaborado por Rosley Maribel Naranjo Chango y modificado por las autoras para el presente estudio. Determinaron que la población en estudio tiene un promedio de 41,80 puntos; ubicándose en el Nivel de Conocimiento Medio. Entre el nivel de conocimiento y factores socio - culturales encontraron que existe relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de conocimiento ($X^2 = 16,309$;

$p=0,01200000$). Al aplicar la prueba estadística chi cuadrado, encontramos que existe relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento ($X^2 = 25,562$; $p=0,004000000$) (32).

Carrillo J, Quispe C. (2013), en su estudio “Relación entre factores psicosociales y nivel del vínculo afectivo en madres primíparas y sus recién nacidos a término, Hospital Belén de Trujillo 2012, realizado en Trujillo Perú, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal se realizó con el propósito de determinar la relación que existe entre el los factores psicosociales y el nivel del vínculo afectivo en madres primíparas y recién nacidos a término. Hospital Belén de Trujillo. 2012”. La muestra estuvo constituida por 151 madres primíparas; para la recolección de los datos se aplicaron 2 instrumentos: el primero para recolectar información sobre los factores psicosociales y test de autoestima y el segundo para indagar sobre el vínculo afectivo en madres primíparas y recién nacidos a término. Los resultados muestran que el 34% de las madres primíparas tienen edades comprendidas en el intervalo de 15 a 19 años, el 66% trabaja dentro del hogar, el 50% cuenta con la secundaria como grado de instrucción, el 46% es conviviente y el 54% presenta autoestima baja. Las variables: edad, ocupación y nivel de instrucción, y vínculo afectivo presentan relación altamente significativa ($p<0.01$), esto lo obtuvieron aplicando la prueba chi-cuadrado de independencia de criterios (30).

Chapilliquen J. (2009), en su estudio Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo – noviembre 2007, realizado en Lima – Perú, estudio descriptivo, la técnica empleada fue la encuesta; el instrumento empleado fue el cuestionario, cuya 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. Entre las conclusiones a las que llegaron fueron: 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 (29).

1.3. Bases teóricas:

Factores socio-culturales de la madre

Se denomina factores a aquellos elementos o circunstancias que contribuyen, junto con otras cosas, a producir un resultado (32).

Factores sociales:

Son características que permiten identificar el riesgo social y la vulnerabilidad, la influencia del ambiente en la situación problema, así como la viabilidad de la intervención, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto (33).

Entre estos factores podemos considerar a:

- **Edad:** tiempo de vida en función de la cantidad de años cumplidos desde el nacimiento de la madre adolescente (34): 12 a 14 años, 15 a 17 años y 18 a 19 años.
- **Nivel de instrucción:** se refiere al tipo de formación académica o de titulación conseguidos por los hablantes, lo que está íntimamente relacionado con la cantidad de años estudiados. La variable nivel de instrucción, por lo general, suele incluirse entre los factores integrantes de la clase social o de nivel sociocultural, la misma puede clasificarse en: Primaria Incompleta, Primaria Completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa, Superior y Analfabeto. (35)
- **Estado civil:** es la calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles. La cual se divide en: Soltera: condición de una persona en la que no tiene pareja; Casada: condición de una persona que ha contraído matrimonio con su pareja; Conviviente: Es la condición de una persona en la que vive con su pareja pero no ha contraído matrimonio; y Divorciada: Es la condición de una persona en la que ha roto vínculos afectivos y matrimoniales con su pareja. (36)
- **Ocupación:** El trabajo, a través de las distintas etapas de desarrollo de la humanidad, ha planteado un conflicto permanente de carácter social, a la vez que nuestro estado de salud está íntimamente ligado al ambiente donde se desarrolla una ocupación, ya se trate en el medio rural donde las faenas agrícolas tienen mayor significancia, o bien en

el medio urbano, donde la industrialización y especialización técnicas son cada día mayores.

Factores culturales

Son aquellos elementos del conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad se manifiesta. Como tal incluye lenguaje, costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. (37)

En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud. Podemos considerar como factores culturales a:

- **Fuente primaria de obtención de la información:** Se refiere a la primera persona de la que la madre obtiene la información sobre el cuidado de su recién nacido.
- **Religión:** Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, las cuales pueden ser: Católica, Evangélica, protestante o atea.
- **Lengua Materna:** Lengua de un pueblo o nación, o común a varios, la cual puede dividirse en: Castellano o Quechua
- **Lugar de procedencia:** Es el origen o el principio de donde se nace. Es traslado de la población de un lugar a otro obedece generalmente, al interés por alcanzar un mejor nivel de bienestar.
- **Lugar de concurrencia en caso de problema o enfermedad:** Se refiere al primer lugar a la que la madre va a acudir para la atención de salud.
- **Experiencia cuidando un bebé:** Es la experiencia previa de la madre acerca del cuidado de un bebé.

Adolescencia

OMS, la define como etapa de la vida humana en que Socialmente: "... Se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia, bajo cambios físico - biológicos". Y comprende 3 etapas:

1. Adolescencia temprana: 10 a 13 años:

- Pubertad: crecimiento rápido, características sexuales secundarias, capacidad reproductiva.
- Adaptación al cuerpo nuevo. Imagen corporal.
- Comienza la separación de la familia.
- Interacción con pares del mismo sexo.
- Atracción por sexo opuesto: primeros enamoramientos.
- Familia: ambivalencia (afecto y rechazo; dependencia y autonomía), primeros conflictos y peleas, rebeldía y obstinación.
- Impulsividad
- Cambios de humor
- Pensamiento concreto aún. (3)

2. Adolescencia media: 14 a 16 años:

- Se completan cambios puberales.
- Intensa preocupación por la apariencia física.
- Búsqueda de la propia identidad: diferente a la del adulto (lenguaje, ropa).
- Aumenta distanciamiento con la familia.
- Grupo de amigos: mixtos. Amistad con mayor intimidad y grupos de pertenencia (positivos o negativos).
- Proceso de identidad de la personalidad y definición de la orientación sexual.
- Primeros pololeos.
- Aparecen conductas nuevas
- Fluctuaciones emocionales extremas.
- Mayores conflictos con los padres y otros adultos: “caída de los ídolos”.
- Cuestionamiento de las conductas y valores.
- Hipercríticos de los adultos.
- Pensamiento más abstracto e hipotético deductivo.
- Desarrollo cognitivo: aumenta la capacidad de razonamiento y las exigencias escolares.
- Aparición de las conductas de riesgo.
- Egocéntricos.
- Necesidad de mayor autonomía: Distanciamiento (libertad) vs. Acompañamiento (límites y contención). (3)

3. Adolescencia tardía: 17 a 19 años.

- Maduración biológica completa.
- Aceptación de la imagen corporal.
- Consolidación de la identidad: ¿quién soy? ¿qué haré con mi vida?
- Definición de la vocación y lo necesario para lograrlo.
- Relaciones de pareja más estables.
- Mayor capacidad de intimar en sus relaciones interpersonales: relaciones más maduras, los amigos influyen menos.
- Identidad sexual estructurada.
- Nivel de pensamiento adulto.
- Familia: vuelven relaciones con los padres más cercanas, menos conflictos.
- Formación escala de valores propios, desarrollo moral consolidado. (3)

Conocimiento

Según Salazar Bondy, define al 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 sí mismo, como para otros sujetos (38).

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. (39)

Las formas de adquirir el conocimiento pueden ser de la siguiente manera:

- 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.

Cuidado

Es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. Cuidado es 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 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.

Obstetricia es una profesión médica con responsabilidades éticas y sociales para con los individuos y la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; por lo tanto considera al cuidado humano con elemental, así como idea moral que trasciende y va más allá de la acción produciendo actos colectivos de la profesión con el equipo de salud que trae consecuencias importantes para la civilización humana (40).

El presente trabajo de investigación se basa en la teoría de Virginia Henderson que nos dice que la persona es un ser integral, completo e independiente que tiene 14 necesidades fundamentales. Ella define necesidad fundamental como "todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar", siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia. Todos los seres humanos tiene las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos, puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones culturales, modos de vida, motivaciones. Estas necesidades son las siguientes:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Evacuar los desechos corporales
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse)
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales

8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Actuar con arreglo a la propia fe
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles. (41)

El Recién Nacido

Recién nacido es la etapa del ciclo vital que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida, este periodo neonatal es una etapa muy delicada en la que se completan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina, sin embargo la etapa neonatal precoz que comprende los 7 primeros días se hace la más importante. (42)

Clasificación del Recién Nacido

Los factores más determinantes en la sobrevivencia del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento. Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

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

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

- AEG (Adecuados para la edad gestacional): cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI).

- PEG (Pequeños para la edad gestacional): cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- GEG (Grandes para la edad gestacional): cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI (42).

Cuidados del recién nacido

Los cuidados al recién nacido son múltiples medidas terapéuticas que se aplica con el objetivo de prevenir cualquier alteración en el crecimiento y desarrollo. El cuidado al recién nacido normal consiste en supervisar esta adaptación y que no se presenten factores que la alteren, para prevenir o anticiparse a los problemas. El cuidado compete a la madre, por eso es de especial importancia ayudarla a que comprenda los fenómenos fisiológicos que se presentan. Los cuidados que se consideran dentro de la investigación para satisfacer las necesidades básicas de la persona según la teoría de Virginia Henderson son los siguientes: (43, 44).

Alimentación del recién nacido.

El alimento ideal que debe recibir el recién nacido es la leche materna, pues ésta satisface todos los requerimientos nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo; tiene componentes inmunológicos para protegerlo contra las enfermedades más comunes en esta edad; es aséptica, esto es, libre de contaminación; y lo mas importantes, la lactancia natural favorece y estimula el vínculo afectivo con su madre. La leche materna debe ser suministrada desde el mismo momento del nacimiento y por libre demanda (sin ningún horario preestablecido), pues es el niño quien siente sus necesidades (45).

Higiene

- **El baño**

El baño cumple varias funciones en la vida del niño; la más conocida es de garantizarle una higiene adecuada. Además, estimula la circulación y los sentidos, brinda relajación y produce sueño. El baño puede ser en la mañana o en la tarde; se debe hacer en forma agradable y cómoda y, en lo posible, con la participación de ambos padres. El primer baño se debe hacer después de las 24 horas de nacimiento. La tendencia actual es hacer el baño de inmersión (introducir al niño en el agua), teniendo la precaución de secar muy bien el

muñón umbilical, para evitar infecciones. Se aconseja utilizar una bañera de plástico que ofrezca seguridad y comodidad. La duración del baño debe ser de cinco minutos como máximo; el agua debe estar a una temperatura de 37 °C, y si no es potable, se debe hervir; el cuarto en el que se va a hacer el baño debe estar a una temperatura de 20 °C aproximadamente, y sin corrientes de aire. La persona que lo va a ejecutar debe tener las manos bien lavadas, sin joyas y las uñas recortadas, para proteger la delicada piel del niño.

Para el baño se recomienda un jabón suave, de glicerina, o con pH neutro, que no se aplique en contacto directo con la piel, sino por medio de toallas pequeñas o aun de la espuma que queda en las manos del adulto.

- **Técnica**

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

- **Cuidado de la zona perianal.**

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

- **Vestimenta del Recién Nacido**

Se recomienda que se elija según el clima y teniendo en cuenta que el niño es muy susceptible a las temperaturas extremas. Es aconsejable el uso de ropas cómodas y amplias

para permitir el libre movimiento del niño, ojala confeccionadas con telas de algodón, y, en lo posible, desprovistas de botones, ganchos o broches que lo pueden molestar. En general, no se recomienda utilizar la lana ni las fibras sintéticas, porque pueden producir alergias; pero si por las condiciones climáticas es necesario su uso, se debe proteger la piel con ropa de algodón por debajo.

- **Eliminación intestinal y vesical del recién nacido.**

Los pequeños orinan de seis a ocho veces al día, la orina debe ser inodora e incolora, 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 amamantados al pecho orinan con mayor frecuencia, usualmente en cada comida.

- **Cuidados del cordón umbilical**

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

- **Termorregulación:**

En este período, el niño tolera muy mal el calor y el frío excesivos; el calor; por inmadurez de su sistema termorregulador, y el frío, porque tiene una superficie corporal muy grande para su tamaño y un panículo adiposo muy delgado.

- **Sueño del Recién Nacido.**

La mayoría de los recién nacidos duermen gran parte del día (aproximadamente dieciséis horas) y despiertan para comer o cuando se sienten cansados o incomodos. Después de la primera o segunda semana, empiezan a identificar el sueño con la noche y la vigilia con el

día. La posición puede ser de 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).

- **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.

- Temperatura axilar superior a 37.5 °C o rectal superior a 38° C; o temperatura axilar inferior a 36 C y rectal inferior a 36.5 °C.
- Dificultad para respirar o si hay ausencia de respiración durante más de 15 segundos.
- Cambios en el color de la piel; si el niño se ve cenizo, si muestra coloración morada alrededor de los labios o si las escleróticas se ve amarillenta.
- Secreción sanguinolenta, enrojecimiento o mal olor del ombligo.
- Enrojecimiento, hinchazón o secreción de los ojos.
- Más de un episodio de vómitos fuertes o vómitos frecuentes.
- Rechazo de alimentos en dos o más ocasiones.
- Dos o más evacuaciones verdes y acuosas o si las heces son duras e infrecuentes. No hay orina en los pañales durante más de 18 horas o hay menos de seis micciones al día.
- El recién nacido está inconsolable, ninguna técnica para tranquilizarlo funciona o su llanto tiene un timbre agudo. (46)

- **Estimulación**

- Estimulación táctil

Se recomienda hacer masajes sobre la piel del niño varias veces al día y mantener el contacto piel a piel con la madre, lo que además le permite sentir los latidos cardiacos tan familiares y placenteros para él durante toda la gestación y en este periodo de vida extrauterina. También es recomendable ponerlo en contacto con la piel del padre, hermanos; igualmente, ofrecerle un dedo para que lo agarre, abrazarlo o arrullarlo y, en general, estimular cualquier tipo de manifestación táctil suave. (46)

- Estimulación auditiva

-

El recién nacido oye y le agrada escuchar la voz de sus padres, por lo que, para estimular su audición, es aconsejable hablarle con voz normal mientras se le mira a la cara, llamarlo por su nombre y repetir los sonidos que emita. Una de las formas más agradables de estimular la audición es la música; se recomienda música suave, alegre, infantil, la de su país y a un volumen bajo. Existen dos momentos claves para utilizar la música: a la hora del baño, momento en el que el niño se encuentra en estado de alerta, para que la entrega musical se perciba conscientemente, y antes de dormirse, periodo en el que inconscientemente está más receptivo, se captan más las vivencias y se ayuda a inducir la relajación; para el momento antes de dormir, es preferible utilizar las canciones de cuna. (46)

- Estimulación visual

Se recomienda ofrecer al niño ofrecer objetos llamativos para que los mire, moviéndolos en diferentes direcciones. Igualmente, se debe cambiar la posición de la cuna para que vea los diferentes ángulos del cuarto, lo que a su vez hace que su cabeza tenga una conformación más redondeada. Se recomienda mostrarle al niño objetos con colores verde y rojo preferentemente, pues estos colores estimulan las células de la retina y además son los primeros que los niños logran descubrir; a esta percepción inicial sigue la del azul hacia los tres meses, y la del amarillo a los cuatro meses. (46)

- Estimulación olfatoria

El recién nacido tiene un olfato poco desarrollado y necesita algunos días para aprender el olor de su madre; tiene preferencia por los olores agradables y sus principales estímulos son el olor de la leche materna y el olor de sus padres. (46)

- Estimulación gustativa

El recién nacido puede diferenciar varios sabores y entre ellos prefiere lo dulce a lo amargo o ácido; el sabor más significativo es el de la leche de su madre, por lo cual la mejor manera de estimular el gusto de los niños es la lactancia materna. (46)

- Estimulación social

El recién nacido es un ser social en desarrollo que debe vivir el proceso de socialización para poder actuar en la cultura en la que le tocó nacer. Para estimular este proceso, se le debe facilitar al niño el contacto con su familia y con las personas que vayan a visitarlo. En general, se debe estimular su participación activa con la familia y llevarlo a la casa de sus parientes y amigos. (46)

- **Vacunas**

Según el MAIS nos dice que el recién nacido debe recibir las siguientes vacunas:

- BCG (Bacillus de Calmette y Guérin): protege al niño contra formas graves de tuberculosis.
- HVB (Vacuna Hepatitis B): protege al niño contra la hepatitis.

1.4. Justificación:

El estudio permite abordar la maternidad adolescente en relación al cuidado del recién nacido a término, toma especial relevancia desde el momento que, en nuestro contexto socio-cultural actual, un porcentaje alto de adolescentes se convierten en madres durante esta etapa del ciclo vital y que muchas de ellas no están preparadas para cuidar a sus hijos, por ello atender la salud reproductiva se torna indispensable considerando los cambios por los que atraviesan, que afecta la salud y bienestar de las madres y sus niños.

El estudio fue motivo, de las experiencias vividas en nuestras prácticas pre-profesionales, ya que en ellas pudimos estar en contacto con la realidad que pasan muchas familias; donde evidenciamos que existe gran porcentaje de adolescentes que se convierten en madres a temprana edad, traduciéndose su estado en preocupación y/o problema, por diferentes factores tanto familiares, económicos, sociales, etc. Sin embargo es importante resaltar que este problema es producto al inicio temprano de las relaciones sexuales sin protección y/o poca comunicación con sus padres. Por lo cual es muy difícil que las adolescentes se conviertan en madre, aun cuando no ha terminado de ser hija, ya que asumir una responsabilidad tan grande como esta va asociada a problemas como

desesperación, angustia, frustración, maltrato, morbilidad y mortalidad tanto de la madre como del bebé.

Además las madres adolescentes traen al mundo a sus hijos sin tener la menor idea de cómo es o será el cuidado de sus hijos al nacer, como la alimentación, la fragilidad que presentan, temor a hacerles daño sin quererlo, dificultad para cargarlos, complicaciones al momento del baño del recién nacido, sumado a las creencias y mala técnica de dar de lactar, entre otros. Además se ven o sienten estar solas, ya que gran parte de ellas asumen esta responsabilidad sin ayuda de la pareja o la familia, a esto se une la deficiente educación, ya que la mayoría no concluyen la secundaria, no cuentan con un trabajo que satisfice sus necesidades fundamentales y rechazan su estado de maternidad, sin embargo al conocer todo esto permitirá promover estilos de vida saludables y prevenir el problema, apoyar y dar la orientación necesaria para que las adolescentes madres aprendan y conozca cómo cuidar de su bebé en esta etapa difícil donde tendrá que aprender con su recién nacido y crecer junto a él . Es así que al precisar los factores socioculturales que limitan la capacidad de establecer un adecuado cuidado al recién nacido de término; ayudará a educar a las madres adolescentes que a temprana edad se involucraron en la compleja tarea de la maternidad.

Por lo anterior mencionado, se realizamos el presente trabajo de investigación a fin de contribuir con nuevos conocimientos y proporcionar las herramientas necesarias para realizar las intervenciones en mejora del nivel de conocimiento de los profesionales de la salud y de las madres en el cuidado que se brinda al recién nacido a término, ya que en este contexto el profesional Obstetra, atiende a la madre desde la gestación y debe identificar y tratar las respuestas humanas a los problemas reales y potenciales de las personas. Fortaleciendo entre las funciones a su cargo el de ser consejera, porque ayuda a reconocer y enseñar un buen cuidado del recién nacido, para contribuir de esta manera a disminuir las tasas de morbi-mortalidad infantil.

1.5. Problema:

¿Qué relación existe entre los factores socioculturales con el conocimiento sobre el cuidado del recién nacido a término en madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, agosto - diciembre 2017?

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General:

Determinar la relación de los factores socioculturales con el conocimiento sobre el cuidado del recién nacido a término en madres adolescentes atendidas en el II-2 Tarapoto, agosto - diciembre 2017.

2.2. Objetivos específicos:

1. Identificar los factores socioculturales: edad – etapa de la adolescencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación, religión, procedencia, fuente de información primaria, lengua materna, atención de salud y alimentación del niño en madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.
2. Identificar la fuente de información en salud de las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.
3. Conocer el lugar de atención de las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto.
4. Establecer el nivel de conocimiento sobre cuidados del recién nacido de término en madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.
5. Identificar la relación estadística entre los principales factores socioculturales y el nivel de conocimiento en madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.

2.3. Hipótesis de Investigación

Hi: Existe relación entre los factores socioculturales y el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido a término en madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, agosto - diciembre 2017.

Ho: No Existe relación entre los factores socioculturales y el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido a término en madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, agosto - diciembre 2017.

2.4. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores sociales	Son aquellos elementos o circunstancias que se dan en un contexto social que pone al ser humano desde su nacimiento con otros seres humanos de los cuales depende para conservar su vida, y que contribuyen, junto con otras cosas, a producir un resultado.	Son elementos o características propias de la madre adolescente aprendidas a lo largo de su vida y de su práctica social y que determinan sus modos o formas de interactuar o de comportarse frente al recién nacido de término.	Etapa de la adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> - Inicial o temprana (10 a 13 años) - Media (14 a 16 años) - Tardía (17 a 19 años) 	Nominal
			Grado De Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Illetrada - Primaria Incompleta - Primaria Completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Superior 	
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Divorciada - Conviviente 	
			Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> - Estudiante - Ama de casa - Empleada pública - Independiente - Otro 	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Factores culturales	Son aquellos elementos del conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad se manifiesta. como tal incluye lenguaje, costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta, religión	Son aquellos elementos del conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales la madre adolescente se comporta frente al recién nacido de una u otra forma.	Fuentes de información	<ul style="list-style-type: none"> - Amigos - Familiares - Personal de salud - Radio, Tv, Internet, - Periódicos o revistas. 	Nominal
			Religión	<ul style="list-style-type: none"> - Católico - Evangelista - Ateo - Otros 	
			Lengua Materna	<ul style="list-style-type: none"> - Español - Quechua 	
			Lugar de procedencia	<ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Rural - Urbano marginal 	
			Lugar de atención de la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de salud - Curandero - Automedicación 	

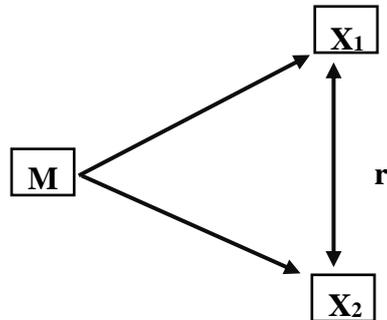
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE Conocimientos en el cuidado del recién nacido a término	Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos y/o inexactos que tienen las madres adolescentes acerca del cuidado en aspectos físicos y estimulación temprana del recién nacido para satisfacer sus necesidades básicas y orientado a favorecer su crecimiento y desarrollo.	Información acumulada que tiene la Madre adolescente acerca de los cuidados del recién nacido en el aspecto físico y en la Estimulación temprana.	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Alimentación - Frecuencia de la lactancia - Técnica - Posición - Duración 	Nominal
			Higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia del baño - Duración del baño - Ropa - Limpieza de la zona perianal - Frecuencia del cambio de pañal 	
			Cuidado del cordón umbilical	<ul style="list-style-type: none"> - Forma de limpieza - Materiales a utilizar para la limpieza - Frecuencia de la limpieza. 	
			Termorregulación	Forma de pérdida del calor corporal.	
			Sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de sueño. - Posición para dormir 	
			Signos de alarma	Reconocimiento de signos de alarma: Calentura, Llanto débil, piel azulada, diarreas, Asfixia, piel amarilla, Convulsiones, Hipotonía	
			Crecimiento y Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> - Vacunas - Forma de Estimular las áreas: táctil, auditiva, visual, olfatoria, gustativa y social 	

III. MATERIALES Y METODO

3.1. Tipo de estudio

Estudio cuantitativo descriptivo correlacional, transversal, con recolección prospectiva de los datos.

3.2. Diseño de investigación



M = Muestra, madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.

X₁ = Variable independiente, factores sociales y culturales de madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto

X₂ = Variable dependiente, conocimientos sobre el cuidado del recién nacido a término de madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.

r = relación entre variables

3.3. Universo, Población y Muestra

Universo

Estuvo conformado por todas las madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.

Población

Estuvo constituido por 50 madres adolescentes de recién nacidos a término, atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, según datos de la oficina de estadística del Hospital.

Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico, intencionado conformado por 50 madres adolescentes que representa el 100% que cumplen con los criterios de inclusión.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Madres adolescentes con recién nacido de término sano atendidas en Hospital II-2 Tarapoto.
- Madres adolescentes con buen estado de salud física y mental.
- Madre adolescente que acepten voluntariamente participar en la investigación (consentimiento informado).

3.3.2. Criterios de exclusión

- Madres adolescentes de recién nacido con complicación de otras enfermedades, incluidas VIH/SIDA y/o muerte neonatal.
- Madres adolescentes referidas de otro establecimiento de salud.
- Madres adolescentes con complicaciones post parto.

3.4. Procedimiento:

- Se elaboró el proyecto de investigación y se presentó ante la Facultad Ciencias de la Salud de la UNSMT para su revisión y aprobación correspondiente.
- Posteriormente se procedió con la validación del instrumento de recolección de datos para su posterior aplicación.
- Se solicitó el permiso pertinente a la Dirección del Hospital II-2 Tarapoto, para que se nos permita aplicar nuestros instrumentos de investigación en los ambientes del Hospital II-2 Tarapoto según criterios de inclusión y exclusión respectiva.
- Se coordinó con el personal de salud responsable del Hospital II-2 Tarapoto para garantizar el apoyo y el mejor acceso a los pacientes.

- Se realizó la identificación de las madres adolescentes con su recién nacido de término, así como a las que acuden a su control de crecimiento y desarrollo en el Hospital II-2 Tarapoto.
- Se procedió a la aplicación del instrumento de investigación, y para el mismo se contó con el apoyo de un encuestador.
- Se procedió luego a la organización, análisis e interpretación de nuestros resultados y su respectiva formulación de los cuadros estadísticos.
- Se realizó la elaboración del informe final, de acuerdo a la estructura establecida por la facultad de ciencias de la salud.

3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.

Se utilizó como método la entrevista, la cual permitió aplicar la técnica de encuesta con el instrumento cuestionario dirigido a madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto. Para la aplicación del instrumento se usó el consentimiento informado.

El cuestionario consta de las siguientes partes: la primera parte comprende la introducción, las instrucciones y los datos generales. Y la segunda parte consta de los datos específicos correspondientes a las preguntas con alternativas múltiples acerca de los conocimientos que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido.

Para la obtención de puntaje y diagnóstico del conocimiento se saca un puntaje final que se obtiene sumando los puntos asignados a cada categoría valorada. Se clasifica en tres categorías que permiten derivar de las capacidades de autocuidado:

- Baja conocimiento de autocuidado : Puntaje: menor a 17
- Mediana capacidad de autocuidado : Puntaje: 18 – 27
- Alta capacidad de autocuidado: : Puntaje: 28 -38

Baja capacidad de autocuidado del Recién Nacido: Puntaje: menor a 34 puntos.

Se define como aquella madre que no es capaz de satisfacer en forma adecuada las necesidades básicas del Recién Nacido, poniendo en grave riesgo el crecimiento y

desarrollo del niño y su salud. Por lo cual esta madre tiene un gran requerimiento de apoyo educativo, haciendo necesario el uso de todos los recursos humanos y materiales en implementar planes educativos con el fin de lograr que la madre logre satisfacer las necesidades de su hijo y proporcione los cuidados apropiados a su hijo.

Mediana capacidad de autocuidado del Recién Nacido: Puntaje de 35 – 40 puntos.

Se define como aquella madre que no es capaz de satisfacer algunas de las necesidades básicas del recién nacido; interfiriendo sus conductas en el óptimo crecimiento y desarrollo del niño. Debido a esto, la madre requiere un mediano apoyo educativo, requiriendo refuerzo de aquellos cuidados que realiza correctamente, corrigiendo aquellas conductas que realiza en forma errónea y resaltando y aclarando la importancia para el niño de las conductas que fueron omitidas.

Alta capacidad de autocuidado del Recién Nacido: puntaje de 41 - 53 puntos.

Se define como aquella madre que es capaz de satisfacer necesidades básicas del Recién Nacido. Sus conductas son favorecedoras del crecimiento, desarrollo y mantención de la salud del niño. Requiriendo un mínimo de apoyo educativo; reforzando aquellas conductas que la madre realiza correctamente, y corrigiendo aquellas que realizó en forma errónea o que fueron omitidas.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos.

Luego de concluir con la recolección de los datos, la información recolectada se procesó de forma manual con el programa Excel, elaborando una tabla Matriz, cuyos valores para el nivel de conocimiento serán procesado a través del paquete estadístico SPS V13. Se presentaran los resultados a través de tablas o gráficos estadísticos.

IV. RESULTADOS:

Tabla 01: Factores socioculturales de madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.

Características	Fi (n=50)	%
Edad		
10 – 13 años	--	---
14 – 16 años	21	42,0%
17 – 19 años	29	58,0%
Grado de instrucción		
Ilustrada	--	---
Primaria incompleta	05	10,0%
Primaria completa	07	14,0%
Secundaria incompleta	18	36,0%
Secundaria completa	17	24,0%
Superior	03	6,0%
Estado Civil		
Soltera	18	36,0%
Casada	--	---
Divorciada	01	2,0%
Conviviente	31	62,0%
Ocupación		
Estudiante	15	30,0%
Ama de casa	31	62,0%
Empleada pública	--	---
Independiente	04	8,0%
Religión		
Católica	26	52,0%
Evangélico	20	40,0%
Ateo	02	4,0%
Otro	02	4,0%
Lengua materna		
Español	50	100,0%
Quechua	--	---
Lugar de procedencia		
Rural	20	40,0%
Urbano	28	56,0%
Urbano-marginal	02	4,0%

Fuente: Encuesta realizada a madres adolescentes. Hospital II-2 Tarapoto. Agosto – Diciembre 2017.

Evidenciamos que la mayoría de las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, tienen edad entre 17 a 19 años en 58,0%, nivel

secundaria el 60%, el 62,0% son convivientes y ama de casa respectivamente, el 52,0% religión católica y el 100,0% tienen como lengua materna el español. Asimismo, el 56,0% proceden de la zona urbana y el 40,0% de la zona rural.

Tabla 02: Fuente de información que tiene las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.

Fuentes de información	fi	%
Amigos	01	2,0%
Familiares	40	80,0%
Personal de salud	07	14,0%
Radio, TV o internet	02	4,0%
Periódico o revistas	--	---
Total	50	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a madres adolescentes. Hospital II-2 Tarapoto. Agosto – Diciembre 2017.

Referente a la fuente de información en salud sobre el cuidado del recién nacido a término en madres adolescentes, refieren que fueron los familiares (80,0%), seguido en un bajo porcentaje del personal de salud (14,0%) y radio, TV o internet (4,0%).

Tabla 03: Lugar de atención de las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.

Lugar de atención	fi	%
Servicio de salud	49	98,0%
Curandero/partera	01	2,0%
Automedicación/casa	---	---
Total	50	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a madres adolescentes. Hospital II-2 Tarapoto. Agosto – Diciembre 2017.

Observamos que el 98% de las madres adolescentes utilizan los servicios de salud para su atención y solo el 2,0% lo realiza en el curandero o partera.

Tabla 04: Nivel de conocimiento sobre cuidados del recién nacido de término en madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.

Conocimiento	fi	%
Alto (41 – 53 ptos.)	16	32,0%
Medio (35 – 40 ptos.)	10	20,0%
Bajo (00 – 34 ptos.)	24	48,0%
Total	50	100,0%
$\Sigma = 1\ 894$ ptos. R = 23 – 45 ptos.	$X = 37,88$ ptos. Desv. est = 4,749	

Fuente: Encuesta realizada a madres adolescentes. Hospital II-2 Tarapoto. Agosto – Diciembre 2017.

Se aplicó la prueba de stones para categorizar la variable conocimiento. Los resultados permiten observar que el 48,0% se ubican en un nivel de conocimiento Bajo (24 casos), el 20,0% en el nivel de conocimiento Medio (10 casos) y el 32,0% (16 casos) en un nivel de conocimiento Alto.

Tabla 05: Relación estadística entre los factores socioculturales y el nivel de conocimiento en madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.

Factores socioculturales	Conocimiento								X ² p<0,05
	Alto		Medio		Bajo		Total		
	fi (n=16)	%	fi (n=24)	%	fi (n=10)	%	fi (n=50)	%	
Edad									
10 – 13 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	X ² = 4,091 p = 0,1290
14 – 16 años	06	12,0%	08	16,0%	07	14,0%	21	42,0%	
17 – 19 años	10	20,0%	16	32,0%	03	6,0%	29	58,0%	
Grado de instrucción									
Letrada	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	X ² = 5,521 p = 0,7010
Primaria incompleta	01	2,0%	03	6,0%	01	2,0%	05	10,0%	
Primaria completa	02	4,0%	02	4,0%	03	6,0%	07	14,0%	
Secundaria incomp.	05	10,0%	09	18,0%	04	8,0%	18	36,0%	
Secundaria completa	06	12,0%	09	18,0%	02	4,0%	17	24,0%	
Superior	02	4,0%	01	2,0%	0	0,0%	03	6,0%	
Estado Civil									
Soltera	07	14,0%	08	16,0%	03	6,0%	18	36,0%	X ² = 4,590 p = 0,3320
Casada	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Divorciada	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	01	2,0%	
Conviviente	09	18,0%	16	32,0%	06	12,0%	31	62,0%	
Ocupación									
Estudiante	07	14,0%	06	12,0%	02	4,0%	15	30,0%	X ² = 4,216 p = 0,378
Ama de casa	07	14,0%	16	32,0%	08	16,0%	31	62,0%	
Independiente	02	4,0%	02	4,0%	0	0,0%	04	8,0%	
Religión									
Católica	09	18,0%	09	18,0%	08	16,0%	26	52,0%	X ² = 11,304 p = 0,0620
Evangélico	04	8,0%	14	28,0%	02	4,0%	20	40,0%	
Ateo	01	2,0%	01	2,0%	0	0,0%	01	2,0%	
Otro	02	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	02	4,0%	
Lugar de procedencia									
Rural	04	8,0%	07	14,0%	09	18,0%	20	40,0%	X ² = 15,012 p = 0,0050
Urbano	12	24,0%	15	30,0%	01	2,0%	28	56,0%	
Urbano-marginal	0	0,0%	02	4,0%	0	0,0%	02	4,0%	

Fuente: Encuesta realizada a madres adolescentes. Hospital II-2 Tarapoto. Agosto – Diciembre 2017.

Al aplicar la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p < 0,05$, encontramos que el lugar de procedencia tiene una relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado del recién nacido a término ($X^2 = 15,012$; $p = 0,0050$). La religión muestra también una relación estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,07$ ($X^2 = 11,304$; $p = 0,0620$).

V. DISCUSION:

El cuidado del recién nacido por parte de sus madres es de suma importancia para su desarrollo en las primeras semanas de vida según la OMS. Sin embargo el estudio de Chapillquen (2007) pone de relieve que la mayoría de las madres mientras son más jóvenes presentaran un nivel inadecuado de conocimiento sobre los cuidados del recién nacido, llevando a regular patrones de crianza, entendido como poco desarrollo psicosocial pudiendo limitar el potencial del niño y el vínculo afectivo madre- hijo, lo que pone en riesgo la salud física del neonato y por lo tanto un aumento del riesgo de morbilidad neonatal.

El estudio en la tabla N° 01, nos muestra los factores socioculturales de las madres adolescentes con recién nacido a término, la mayoría tienen edad entre 17 a 19 años, nivel secundaria, son convivientes y son amas de casa, de religión católica, tienen como lengua materna el español y proceden de zona urbana.

Resultado que guarda relación con Jiménez M. (2003), predomina el grupo etario entre 14 y 19 años de edad, en el cual el 43,8% tienen de 0 a 2 paridad y el 42,2% posee primaria incompleta. También se relaciona con Carrillo J, Quispe C. (2013), quienes encontraron que el 34% de las madres primíparas tienen edades comprendidas en el intervalo de 15 a 19 años, el 66% trabaja dentro del hogar, el 50% cuenta con la secundaria como grado de instrucción, el 46% es conviviente.

Por lo mencionado podemos deducir que las madres adolescentes con recién nacidos a términos en su mayoría se caracterizan por corresponder a la adolescencia tardía, tener educación secundaria, tener unión estable, amas de casa, de religión católica, tener lengua materna el español y proceder de zona urbana. Condiciones que permiten intervenir oportunamente con la educación materna para evitar el deficiente cuidado del recién nacido y así reducir la morbilidad y mortalidad neonatal.

En el estudio la tabla 02, nos muestra las fuentes de información que tiene las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, refieren que fueron los familiares en 80,0%, seguido del personal de salud en 14,0% y radio, TV o internet 4,0%.

Resultado que se relaciona con lo encontrado por Jiménez M. (2003), quienes mencionan que existen muchas fuentes de información para la madre, pero hay dos que tienen mayor importancia en impartir los cuidados del recién nacido, las madres y el personal de salud. También se relaciona con Chapilliquen J. (2009), quien concluye que las madres adolescentes necesitan ser orientadas, guiadas por el personal de salud, para brindar cuidados a sus recién nacidos y de esta manera garantizar el bienestar del nuevo ser.

Por lo analizado podemos mencionar que las principales fuentes de información de las madres adolescentes son los familiares y el personal de salud, por lo tanto nos queda revertir esta condición considerando que la mejor información y educación la debe recibir la madre del equipo multidisciplinario de salud.

La tabla N° 03, nos muestra el lugar de atención de las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, donde el 98% de las madres adolescentes utilizan los servicios de salud para su atención y solo el 2,0% lo realiza en el curandero o partera.

En relación a otros estudios y la literatura revisada se resalta que la condición de procedencia se relaciona directamente con el lugar de atención, en la zona rural donde no existe establecimiento de salud las madres adolescentes acuden primero al curandero o partera, sin embargo la mujeres de la zona urbana acuden al establecimiento de salud. Esta condición nos permite entender que el personal de salud está más cerca a la madre y debe fortalecer la condición la educación en el cuidado del recién nacido.

En la tabla N° 04, se muestra el nivel de conocimiento sobre cuidados del recién nacido de término en madres adolescentes, donde la prueba de stones evidencia que el 48,0% se ubican en un nivel de conocimiento Bajo, 20,0% tienen nivel de conocimiento medio y el 32,0% tienen nivel de conocimiento alto.

Resultado que se relaciona con Jiménez M. (2003), quien concluye que las madres tienen poco conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, inmunizaciones, desarrollo psicomotor e higiene del recién nacido. También se relaciona con Riera Z, Tene S. (2011), quienes obtuvieron que el conocimiento y la actitud que adopta las madres adolescentes primíparas son inadecuadas que perjudican un óptimo cuidado en el recién

nacido. Igualmente se relaciona con Moya M. (2011), quienes encontraron que las madres adolescentes evaluadas antes de la aplicación de la técnica convencional, presentaron el 85% como conocimiento incorrecto, desconocen totalmente el 13% y sólo un 2% presentaron un conocimiento correcto. Así mismo Zalazar R. (2009), encontró que la mayoría de las adolescentes primíparas tienen un nivel de conocimiento regular. También Hualpa S. (2016), encontró que el nivel de conocimiento sobre el cuidado básico del recién nacido en un 57,9% (44) de las madres fue nivel medio. También se relaciona con Esteban D. (2016), encontró las pacientes puérperas presentaron un nivel de conocimiento “adecuado” de 54,3% (38) y el 45,7% (32) obtuvo un conocimiento “no adecuado” en el cuidado del recién nacido. A su vez se relaciona con Chapilliquen J. (2009), quien concluye que la mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento.

Por lo mencionado podemos definir que el nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado del recién nacido es bajo, si esto lo relacionamos con la principal fuente de información que son los familiares lógicamente el conocimiento se mantiene deficiente ya que los familiares comúnmente educan en función a su cultura y costumbres, por lo tanto es importante fortalecer la educación que debe brindar el equipo de salud a la madre adolescente desde el embarazo y después del nacimiento.

La tabla N° 05, evidencia que al aplicar la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p < 0,05$, encontramos que el lugar de procedencia tiene una relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado del recién nacido a término ($X^2 = 15,012$; $p = 0.0050$). La religión también muestra una relación estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,07$ ($X^2 = 11,304$; $p = 0.0620$).

Resultado que se relaciona con Baquero C, Rivera J. (2012), quienes concluyen que existe mucha confusión aun en las adolescentes sobre el cuidado de los recién nacidos sin embargo reconocen la importancia y buscan conocer sobre este aspecto. También se relaciona con Hualpa S. (2016), quien concluye que el conocimiento de nivel medio tiene relación con las actitudes positivas frente al cuidado básico del recién nacido por la madres adolescentes. Igualmente se relaciona con Esteban D. (2016), quien concluye que los factores socioculturales y familiares pueden influir en los conocimientos previos de las puérperas. También se relaciona con Carrillo J, Quispe C. (2013), quien concluye las

variables: edad, ocupación y nivel de instrucción, y vínculo afectivo presentan relación altamente significativa con el nivel de conocimiento de las madres adolescentes. A su vez se relaciona con Rojas V, Pinedo M. (2013), quienes entre el nivel de conocimiento y factores socio - culturales encontraron que existe relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de conocimiento ($X^2 = 16,309$; $p=0,01200000$). Al aplicar la prueba estadística chi cuadrado, encontramos que existe relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento ($X^2 = 25,562$; $p=0,004000000$).

Por lo mencionado existe relación entre los factores socioculturales y el nivel de conocimiento de las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido, el estudio nos demuestra que el lugar de procedencia y el grado de instrucción son los principales factores, ya que el aspecto urbano así como la mayor educación contribuyen al mejor acceso a la información y educación en los servicios de salud por el equipo multidisciplinario.

VI. CONCLUSIONES:

1. Los factores socioculturales de las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto fueron: edad entre 17 a 19 años, secundaria incompleta, son convivientes, son amas de casa, de religión católica, tienen como lengua materna el español y proceden de zona urbana.
2. Las fuentes de información que tiene las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, fueron los familiares en 80,0%, seguido del personal de salud en 14,0% y radio, TV o internet 4,0%.
3. El lugar de atención de las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, fue: el 98% utilizan los servicios de salud y solo el 2,0% lo realiza en el curandero o partera.
4. El nivel de conocimiento sobre cuidados del recién nacido de término en madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, fue: el 48,0% nivel de conocimiento bajo, 20,0% nivel de conocimiento medio y el 32,0% nivel de conocimiento alto.
5. Existe relación significativa entre los factores socioculturales y el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido, la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p < 0,05$, lugar de procedencia y nivel de conocimiento de las madres adolescentes ($X^2 = 15,012$; $p = 0.0050$). La religión muestra también una relación estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,07$ ($X^2 = 11,304$; $p = 0.0620$).

VII. RECOMENDACIONES:

- Al equipo de salud, tener presente los factores socioculturales de las madres adolescentes con recién nacido a término atendidas para una adecuada educación en el cuidado del recién nacido y contribuir a la reducción de la morbimortalidad infantil.
- Al equipo de salud, revertir la condición que sean los familiares los primeros informantes sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes, ya que somos el primer contacto y la educación puede iniciarse tempranamente desde el embarazo.
- Al equipo de salud de los servicios urbanos y rurales, tener presente el acceso a los servicios de salud es prioritario para las madres adolescentes, sin embargo la educación que se brinda aun es deficiente y debe ser fortalecida permanente desde la gestación y no solo a la mujer sino a la pareja y familiares.
- Al equipo de salud y en especial al de seguimiento y visita domiciliaria, mejorar el nivel de conocimiento sobre cuidados del recién nacido de término en madres adolescentes que fue bajo, para lo cual se propone usar la metodología de educación para adultos bajo sesiones educativas que aseguren un buen aprendizaje, lógicamente adaptándose a la realidad local.
- A los investigadores considerar al estudio como base para otras investigaciones de índole cualitativa para conocer la percepción de las madres adolescentes y sus familiares y así desarrollar una mejor intervención y proponer políticas publicas acordes a la realidad.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos 2011. Acceso: 13 de abril de 2017. URL disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31792&Itemid=270&lang=es
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Acceso: 13 de abril de 2017. URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cada día mueren 7000 recién nacidos a pesar de los progresos en la supervivencia infantil. Nota de Prensa. 2017. Acceso el 13 de abril de 2017. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/daily-newborn-deaths/es/>
4. INEI. Estado de la población Peruana 2015. Acceso 25 de mayo de 2017. URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf
5. INEI. Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050, Boletín de Análisis Demográfico N°36. Perú: 2001. Acceso: 13 de abril de 2017. URL disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0466/Libro.pdf
6. Organismo Andino de Salud. Diagnóstico de situación del embarazo en la adolescencia en la subregional Andina. Asesoría realizada el 2017. Acceso: 25 de Abril de 2017. Recuperado de: http://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/diagnostico_ea_andina_al_29_03_17nmn-ilovepdf-compressed_0.pdf
7. Radio Programas del Perú Noticias (RPP). INEI: Embarazo adolescentes en Perú sube al 14,6%. Publicación en Línea 09-07-2015. Lima, Perú Acceso: 24-Mayo-17. Recuperado de: <http://rpp.pe/peru/actualidad/inei-embarazo-adolescente-en-peru-sube-al-146-noticia-815582>

8. Hurlock E. Psicología de la adolescencia. 1ra ed. Ed. Paidós. México: Revista de Psicología. Vol. XXVI(2); 2008. Acceso: 15 de Mayo de 2017. URL disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/download/1060/1024>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS): Desafíos de Salud Reproductiva en el siglo XXI: Maternidad adolescente y mortalidad neonatal. España: 2010. Acceso: 16 de abril de 2017. URL disponible en: http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf
10. Martínez, R. La salud del niño y del adolescente. 3ra ed. Ed. México: Masson Salvat; 1995.
11. Auchter, M. et al. El impacto del embarazo en adolescentes menores de 19 años. Experiencia en la Ciudad de Corrientes. Rev. de Enfermería del Hospital Italiano. Argentina, 2002. Acceso: 17 de abril de 2017. URL disponible en: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-111_Falta%20Corregir.pdf
12. Gómez, C. y Díaz M. Tratado de Enfermería de la infancia y de la adolescencia. 3ra ed. Ed. España: MacGraw- Hill Interamericana; 2009. Acceso: 25 de abril de 2017. URL disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-la-infancia-y-la-adolescencia/bibliografia>.
13. Aracena M., et al. Necesidades en Padres Varones con Parejas Adolescentes. Chile 2003 Acceso: 20 de mayo de 2017. URL disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17667/18429>
14. Alcazar L. Consecuencias socioeconómicas de la maternidad adolescente: Constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos. Lima, Perú: Rev. electrónica: Instituto Nacional de Estadística. Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE); 2006.
15. Stoutt, G. El primer mes de vida. Una guía para los padres sobre el cuidado del recién nacido. 2da. Ed. Chile, 2009.

16. Dickason, S. Enfermería Materno Infantil. 2da ed. Ed. España: Mosby/ Doyma; 1995.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) –Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2001. Lima – Perú 2001. Acceso el 15 de Abril de 2017. URL Disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_ digitales/Est/Lib0500/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0500/Libro.pdf)
18. Reeder, S. et al. Enfermería Materno - Infantil. 17va ed. Ed. México: Harla; 1995.
19. Klaus, M. y Kennell, J. Crear vínculos materno-infantiles. 1ra ed. Ed. EE.UU: McGraw Hill Interamericana; 1995.
20. Peñafiel E. Creencias, actitudes y prácticas de las madres multíparas frente al cuidado del recién nacido, en el barrio de Atucucho, agosto-diciembre 2013. (Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería). Ecuador; 2013. Acceso 12 de setiembre de 2017. URL disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7232/8.14.001761.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
21. Baquero C, Rivera J. Análisis de conocimientos de madres primerizas sobre el cuidado de niños recién nacidos con la propuesta de la creación de un programa de televisión semanal. (Tesis para optar por el título de Licenciada en Comunicación Social). Ecuador: 2012. Acceso el 12 de setiembre de 2017. URL disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2168/1/TESIS%20BAQUERO%20-RIVERA.pdf>
22. Jiménez M. Nivel de conocimiento de las madres que acuden con sus hijos al control de niños sanos, sobre el cuidado integral del recién nacido en el Ambulatorio Urbano Tipo III”. (Tesis para optar el título de licenciada en enfermería) Argentina: 2003. Acceso 15 de mayo de 2017. URL disponible en: <http://rnii.oncti.gob.ve/repositorio/web/index.php?r=producto%2Fupdate&id=673406>.
23. Aguilar B, Chirinos A. Conocimiento de la madre sobre la importancia de los cuidados al Recién Nacido, unidades de maternidad GO1 GO4 Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda”. Venezuela: 2012. Acceso 25 de Mayo de

2017. URL disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TEGWS420DV4A382012.pdf>

24. Riera Z Tene S. Conocimiento de las madres adolescentes primíparas y su actitud frente al cuidado del recién nacido en el servicio de ginecología del Hospital Provincial General docente de Riobamba en el período enero a junio del 2010. (Tesina de grado previo a la obtención del título de licenciada en Enfermería). Ecuador: 2011.
25. Moya M. Eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados del recién nacido. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Lima: 2011.
26. Zalazar R. Nivel de conocimiento sobre cuidados del recién nacido y su relación con los factores socioculturales en madres adolescentes primíparas. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). Perú: 2009.
27. Hualpa S. Conocimiento y conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes, usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, 2016. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería). Perú: 2016. Acceso 19 Junio de 2017. URL disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/207/15.-INFORME-CUIDADO-RECIEN-NACIDO%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Esteban D. Nivel de conocimiento de puérperas en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Enero 2016. (Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano). Perú: 2016. Acceso de 15 de Junio de 2017. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4697/1/Esteban_md.pdf
29. Chapilliquen J. Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo – noviembre 2007. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería). Lima – Perú: 2009. Acceso: 06 de Junio de 2017. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/523/1/chapilliquen_pj.pdf.

30. Carrillo J, Quispe C. “Relación entre factores psicosociales y nivel del vínculo afectivo en madres primíparas y sus recién nacidos a término, Hospital Belén de Trujillo 2012. Trujillo - Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería. 2013.
31. Paucar L. Conocimientos de las madres adolescentes sobre el cuidado del recién nacido Hospital de Pampas provincia de Tayacaja Huancavelica-2012. (Trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología). Lima – Perú: 2014.
32. Rojas V, Pinedo M. Factores socio-culturales y su relación con el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva de madres de niños de 0 – 6 meses de edad atendidas en el Hospital II – 2 MINSAs -Tarapoto abril – julio 2013. (Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería). Tarapoto – Perú: 2013. Acceso 18 de Junio de 2017. URL disponible en: http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/512/1/Ver%C3%B3nica%20Milagros%20Rojas%20Becerra_Myly%20Pinedo%20Ruiz.pdf
33. CANDA. Psicología Pedagógica 2da edición México: Edit. Interamericana; 2007
34. González, G. La Adolescencia en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima 1994.
35. Eustat. Investigación científica y desarrollo tecnológico (I+D) en Biotecnología. Instituto Vasco de Estadística. Acceso 28 de Junio de 2017. URL disponible en: http://www.eustat.eus/estadisticas/tema_426/opt_0/tipo_3/ti_Investigacion_cientifica_y_desarrollo_tecnologico_ID_en_Biotecnologia/temas.html
36. Centro de Documentación, Información y Análisis. Código civil. Artículo 304. México. Acceso 22 de Junio de 2017. URL disponible en: <https://www.oas.org/dil/esp/Art%C3%ADculos%20301%20a%20323%20del%20C%C3%B3digo%20Civil%20Federal,%20art%C3%ADculo%2055.10%20Mexico.pdf>
37. Rodríguez, L. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y

- Reproductiva. Argentina 2008. Acceso 24 de mayo de 2017. URL disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>
38. Watson J. Enfermería Ciencias Humanas y Cuidado Humano. New York: Editorial Publicación Liga Nacional para Enfermería. Publicación N° 15; 1998.
39. Marriner A, RaileAlligood M. Modelos y teorías de Enfermería. 4ta ed. España: Editorial Harcourt Brace; 1999.
40. Nelson. Tratado de Pediatría. 17va ed. Ed. México: Interamericana. Volumen 1 y 2; 2000.
41. Bethea D. “Manual de enfermería materno infantil” Cuarta edición, México: Editorial interamericana; 1990. p.320 – 327.
42. Diccionario médico. Dr. Jorge Bello. Bogotá: editorial Intermedio; 2001
43. Perry P. Fundamentos de Enfermería. 5ta ed. Mosby: Editorial Harcourt; 2000.
44. Posada, A., Gómez, J. y Ramírez, H. El Niño Sano. 4ta edición. Bogotá-Colombia: Editorial Medica Internacional LTDA. 532 pág; 2005. Acceso el 18 de mayo de 2017. URL disponible en: https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_10_vin_4/1_jtw.pdf
45. Cunningham K, Leveno B, Stevn H, Gilstrap L, Katrarine W. “Obstetricia de Williams” 23ª edición. México; McGrawHill. 2011
46. The Free Dictionary. Factor Factores. Acceso 25 de Agosto de 2017. URL Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/factor>
47. Cifuentes, J. Ventura-Juncá, P. Recién nacido, concepto, riesgo y clasificación. Chile. Acceso 12 de Abril de 2017. URL disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnconcep.html>.

IX. ANEXOS:

Anexo N°01: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

ESTUDIO: Relación entre factores socioculturales y nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido a término en madres adolescentes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, agosto - diciembre 2017

CUESTIONARIO

INTRODUCCION

Buenos días, somos estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín Tarapoto, estamos realizando un estudio con el objetivo de obtener información sobre lo que usted conoce acerca de los cuidados que debe recibir su bebé después del nacimiento. Este cuestionario es **ANONIMO** por lo que se solicitó a usted responder con la verdad a todas las preguntas, agradecemos anticipadamente su colaboración.

INSTRUCCIONES.

A continuación se le presenta una lista de preguntas, cada una de ellas con alternativas de respuesta, léalas detenidamente y luego responda marcando con una “X” la respuesta que Ud. considere correcta.

I. DATOS GENERALES:

- Edad:

10 a 13 años ()	14 a 15 años ()	17 a 19 años ()
------------------	------------------	------------------
- Grado de instrucción:

Iletrada ()	Primaria Incompleta ()	Primaria Completa ()
Secundaria Incompleta ()	Secundaria Completa ()	Superior ()
- Estado Civil:

Soltera ()	Casada ()	Divorciada ()	Conviviente ()
-------------	------------	----------------	-----------------
- Ocupación:

Estudiante ()	Ama de casa ()	Empleada Pública ()	Independiente ()	Otro ()
----------------	-----------------	----------------------	-------------------	----------
- Procedencia:

Rural ()	Urbana ()
-----------	------------
- Fuentes de información:

Amigos ()	Familiares ()	Personal de salud ()	Radio, TV o Internet ()
Periódico o revistas ()			
- Religión:

Católica ()	Evangélica ()	Ateo ()	Otro ()	Especifique:
--------------	----------------	----------	----------	--------------------

- Lengua materna:
Español () Quechua ()
- Lugar de procedencia:
Urbana () Urbano () Urbano marginal ()
- Lugar de atención:
Servicio de salud () Curandero () Automedicación ()

II. CONTENIDO.

1. Su recién 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 recién 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. Si su recién nacido recibe lactancia materna exclusiva debe brindársela en la posición:

- a) Sentada
- b) Acostada
- c) De pie
- d) A cuatro patas.

4. Si su recién nacido recibe lactancia materna exclusiva la técnica adecuada es:

- a) cabeza del niño alineada con el pecho de la madre
- b) La boca del bebé tiene que estar muy abierta.
- c) Ambos labios evertidos.
- d) Pecho muy adentro de la boca y pezón cerca del labio superior

5. Un beneficio de la lactancia materna para su recién 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.

6. La frecuencia con que debe bañar a su recién nacido es:

- a) Cada dos días
- b) Cada siete días
- c) Todos los días
- d) Cada 15 días

7. Para el baño de su recién 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.

8. La duración del baño de su recién nacido es de:

- a) 30 minutos
- b) 2 minutos
- c) Menos de 10 minutos
- d) 60 minutos.

- 9. La limpieza de los ojos de su recién 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.
- 10. Si su recién nacido presenta secreciones amarillo verdoso en ojos y nariz es necesario:**
- a) Limpiarlo con agua y jabón
 - b) Avisar inmediatamente al personal de salud.
 - c) Bañarlo más seguido
 - d) Evitar tocárselas, caen solas
- 11. La limpieza del oído de su recién 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.
- 12. La limpieza de la boca de su recién 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.
- 13. La boca de su recién 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.
- 14. El corte de uñas de su recién 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.
- 15. La limpieza del muñón 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.
- 16. 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.
- 17. El cordón umbilical de su recién nacido se limpia cada:**
- a) 2 días
 - b) 15 días
 - c) Todos los días
 - d) 5 días.
- 18. El cordón umbilical de su recién 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
- 19. En higiene de genitales del recién 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.
- 20. La higiene de genitales del recién 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).
- 21. 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.
- 22. El cambio de pañal de su recién 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.
- 23. el cambio oportuno del pañal y la limpieza de los genitales de su recién nacido es importante para:**
- a) Prevenir malos olores
 - b) Prevenir escaldaduras
 - c) Prevenir que el recién nacido llore
 - d) Prevenir que el recién nacido ensucie la ropa.
- 24. Su recién 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) Lloro demasiado.
- 25. Su recién 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.
- 26. La posición más adecuada para que su recién nacido duerma es:**
- a) Echado boca arriba
 - b) Echado boca abajo
 - c) De costado
 - d) En cualquier posición
- 27. El promedio de horas que su recién nacido debe dormir durante todo el día es:**
- a) 20 horas
 - b) 8 horas
 - c) 5 horas
 - d) 2 horas

- 28. Su recién nacido puede presentar algunos signos de alarma como:**
- a) Calentura, llanto débil, piel azulada, diarreas, Asfixia, piel amarilla, Convulsiones, flacidez.
 - b) Piel azulada, diarreas, Asfixia, Ictericia, Convulsiones, Hipotonía.
 - c) Hipertermia, llanto débil, piel azulada, diarreas, Convulsiones, Hipotonía.
 - d) Todas las anteriores
- 29. El recién nacido orina aproximadamente durante el día:**
- a) 6 a 8 veces
 - b) 1 vez
 - c) 10 veces
 - d) 15 veces.
- 30. La orina normal de su recién 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)
- 31. En los primeros días de vida su recién nacido hace deposiciones (caquita) de color:**
- a) Amarillo
 - b) Marrón
 - c) Anaranjado
 - d) Verde oscuro.
- 32. Su recién nacido defeca (hace caquita) aproximadamente durante el día:**
- a) 1 vez
 - b) 1 a 2 veces
 - c) 3 a 4 veces
 - d) 10 a 12 veces.
- 33. Luego de aproximadamente 3 días de vida su recién nacido hace deposiciones (caquita).**
- 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 líquida, sin olor.
- 34. La ropa que tiene contacto con la piel de su recién nacido debe estar hecha de:**
- a) Tela sintética
 - b) Cualquier tela
 - c) Tela de algodón
 - d) Lana gruesa.
- 35. 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.
- 36. La ropa de su recién nacido debe cambiarse:**
- a) Cada 7 días
 - b) Cada 2 días
 - c) Todos los días
 - d) Cada 15 días

37. Marque con un aspa (x) los signos que usted cree que indican riesgo la salud de su recién 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
- () Depositiones líquidas
- () Hipo
- () Convulsiones
- () Tono muscular débil

38. Marque sí o no con un aspa (x) según crea conveniente: su recién nacido necesita que:

- | | | |
|---|----|----|
| a) Le hablen mirándolo fijamente a la cara | Si | No |
| b) Le coloquen objetos colgantes móviles | Si | No |
| c) Le converse constantemente su mamá | Si | No |
| d) Le hablen mirándolo fijamente a la cara | Si | No |
| e) Le coloquen objetos colgantes móviles | Si | No |
| f) Le converse constantemente su mamá | Si | No |
| g) Le muestren figuras geométricas | Si | No |
| h) Tenga contacto piel a piel con su mamá | Si | No |
| i) Le hablen de forma pausada y lenta | Si | No |
| j) Eviten tocarlo siempre | Si | No |
| k) Le hagan mirar rostros humanos (de papá y mamá) | Si | No |
| l) Le hagan escuchar música | Si | No |
| m) Lo arrullen y lo mezan diariamente por unos minutos | Si | No |
| n) Evitar todo tipo de ruido | Si | No |
| o) Le realicen ejercicios de flexión y extensión en piernas y brazos | Si | No |
| p) Los objetos que se le muestran deben estar a una corta distancia del rostro del bebé | Si | No |

Gracias por su colaboración.

Anexo N° 02

MEDICIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO

Para la medición de la variable conocimiento se utilizó la escala de Estones y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías Bajo, Medio alto.

1. Se determinó el promedio:

$$\text{Promedio (X)} = \quad \quad \quad \mathbf{37,88}$$

2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$\text{DS} = \quad \quad \quad \mathbf{4,749}$$

3. Se establecieron los valores de a y b

$$\mathbf{a} = \quad \quad \mathbf{X} \quad - \quad \mathbf{0,75} \quad (\text{DS})$$

Reemplazando:

$$a = \quad 37,88 \quad - \quad 0,75 \quad (4,74900)$$

$$a = \quad 37,88 \quad - \quad 3,562$$

$$a = \quad 34,318 \quad \quad \quad = \quad \quad \mathbf{34}$$

$$\mathbf{b} = \quad \quad \mathbf{X} + \mathbf{0,75} \quad (\text{DS})$$

Reemplazando:

$$b = \quad 37,88 \quad + \quad 0,75 \quad (4,74900)$$

$$b = \quad 37,88 \quad + \quad 3,562$$

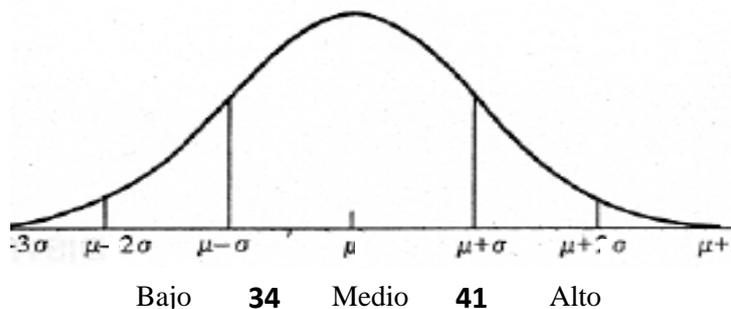
$$b = \quad 41,442 \quad \quad \quad = \quad \quad \mathbf{41}$$

Intervalos:

Alto : **41 - 53 puntos**

Medio : **35 - 40 puntos**

Bajo : **0 - 34 puntos**



Anexo N° 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitada a participar de la investigación sobre la “Relación entre factores socioculturales y nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido a término en madres adolescentes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, agosto – diciembre 2017”. Esta investigación será realizada por:

- Bachiller en Obstetricia: **NILDA MARLENI VÁSQUEZ QUISPE** (Cel. 964996994)
- Bachiller en Obstetricia: **DAVID DANIEL BURILLO TERREROS** (Cel. 995340614)

EL PROPÓSITO: Esta investigación tiene por propósito determinar la relación entre factores socioculturales y nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido a término en madres adolescentes. Se espera que en esta investigación participen 85 madres adolescentes atendidas en Hospital II-2 Tarapoto. Si acepta participar se le solicitará su colaboración para el llenado del cuestionario y dar su consentimiento para usar sus datos de forma anónima. Se le realizará una serie de preguntas que deberá contestar de manera clara, precisa y veraz. El cuestionario utilizado estará estructurado de la siguiente manera: La primera parte se le pedirá información sobre datos generales (nombre, edad, estado civil, etc.) y la segunda parte consta de 38 preguntas cerradas (que elegirá conforme a las alternativas planteadas).

RIESGOS Y BENEFICIOS: Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, mas puede causar incomodidad, por ende, para dar seguridad no se consignaran los nombres y apellidos de los participantes. El desarrollo de este estudio beneficiará a la institución.

CONFIDENCIALIDAD: Se guardará absoluta confidencialidad de los datos (sólo usted y los investigadores conocerán la información brindada) de los participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de los participantes incluidos.

DERECHOS: Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna duda o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con los investigadores responsables.

Al firmar el presente documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información que se manifiesta en esta hoja de consentimiento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE (P)

**FIRMA / DNI
 DEL APODERADO O TUTOR**

NOMBRES Y APELLIDOS (P): _____

N° DNI: _____

FECHA: ____/____/____