

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECCION SEGUNDA ESPECIALIDAD
CUIDADOS INTENSIVOS – NEONATOLOGIA



FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE MADRES ADOLESCENTES
RELACIONADOS CON EL BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO
HOSPITAL “DANIEL ALCIDES CARRION” HUANCAYO

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
CUIDADOS INTENSIVOS - NEONATOLOGIA

AUTORA: Lic. SOLDEVILLA BALBINANA MARIA

ASESORA: Ms CHUNGA MEDINA JANET

HUANCAYO –PERÚ

2012

DEDICATORIA:

A DIOS:

Por haberme dado la fortaleza y
el valor para continuar estudiando

A mi Esposo y a mis Hijos:

EDUARDO, ANITA Y REMY

Quienes con tanta perseverancia, paciencia me brindaron
su apoyo, incentivándome a seguir adelante.

AGRADECIMIENTO:

A La Asesora:

Ms. Janet Chunga Medina

Por su invaluable apoyo, que bajo su dirección y su solida experiencia me ha facilitado culminar el presente trabajo.

A las Madres Adolescentes:

Brindo mi agradecimiento muy especial a cada una de las madres adolescentes, que sin la colaboración sincera y desinteresada no hubiera sido posible llevar adelante este trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	24
III. RESULTADOS.....	37
IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN.....	46
V. CONCLUSIONES.....	68
VI. RECOMENDACIONES.....	69
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
VIII. ANEXOS.....	76

FACTORES BIO-SOCIOCULTURALES DE MADRES ADOLESCENTES RELACIONADOS CON EL BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO HOSPITAL “DANIEL ALCIDES CARRION” HUANCAYO.

AUTORAS:

Lic. ANA MARIA SOLDEVILLA BALBIN¹.

MS. JANET CHUNGA MEDINA².

RESUMEN

El presente estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal correlacional. Se realizó durante los meses de Enero a Marzo del 2011 en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, con el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores bio-socio culturales de las madres adolescentes con el bajo peso del recién nacido, en el Servicio de Neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión–Huancayo. La muestra estuvo constituida por 120 madres adolescentes de recién nacidos de bajo peso que cumplieron con los criterios de inclusión, para la recolección de los datos se utilizó dos instrumentos: un cuestionario sobre factores Bio socioculturales de madres adolescentes (CFBSCMA), una ficha de identificación del bajo peso del recién nacido (FIBPRN). Para hallar el análisis estadístico se utilizó la prueba estadística de *Chi cuadrado de Independencia de criterios* (X^2). Los datos fueron presentados en tablas de simple y doble entrada. Los resultados obtenidos demuestran que existe una relación directa y significativa entre los factores Bio-socioculturales de las madres adolescentes y el bajo peso del recién nacido. Siendo las madres de 17 a 19 años de edad, de procedencia rural y de ocupación amas de casa las que alcanzaron una relación alrededor de 60 %, de *las variables en estudio*. Los recién nacidos de bajo peso estudiados constituyen el porcentaje mayoritario con 85,00% en relación a los recién nacidos de muy bajo peso.

PALABRAS CLAVES: Factores bio-socioculturales, de las madres adolescentes. Recién nacidos de bajo peso.

1 Licenciada en Enfermería, trabajadora del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo.

Solmar_315@hotmail.com

2 Profesora auxiliar del Departamento de Salud de la Mujer y el Niño. Facultad de Enfermería – UNT- Maestría en Salud Pública mención Planificación y Gestión jajuchm@gmail.com

BIOSOCIOCULTURAL FACTORS OF MOTHERS ASSOCIATED WITH LOWWEIGHT BIRTHS NEWBORN HOSPITAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN" HUANCAYO -2011.

AUTHORS:

Lic. ANA MARIA SOLDEVILLA BALBÍN¹
MS. JANET CHUNGA MEDINA.²

ABSTRACT

This research study is a quantitative, descriptive and cross-sectional correlational. It was performed in the Daniel Alcides Carrion Hospital of Huancayo during the months of January to March 2011 with the objective of determining the relationship between bio-socio-cultural factors of adolescent mothers with lowweight births in the Neonatology Service of Hospital Daniel Alcides Carrión-Huancayo. The sample consisted of 120 mothers of lowweight birth infants who met the inclusion criteria. For data collection two instruments were used: a questionnaire about Biosociocultural factors of teenage mothers (QBSCFTM) and a low birth weight infant's identification card (LBWIIC). In order to find the significance range of the sample it was used the statistic method called "chi square" (X^2). The data were presented in simple tables and tables with two entrances. After the analysis of the results it reaches' to the following conclusions: the results demonstrate a direct and significant relation between the Biosociocultural factors of teenage mothers and low birth weight: mothers which were between 17-19 years, from rural precedence and in occupation housewives, reached a ratio about 60% of the variables under study. In addition the lowweight newborns studied are the majority share with 85%, in relation to newborns with very low weight.

KEYWORDS.

Bio-social factors, cultural teenage mothers. Lowbirth weight.

1 Bachelor in Nursing, Daniel Alcides Carrion Hospital of Huancayo. Solmar_315@hotmail.com

2 Assistant Professor, Women and Child Health Department Nursing School of The National University of Trujillo Master's in Public Health in Planning and management. jajuchm@gmail.com

I. INTRODUCCIÓN

Cada año a nivel mundial, más de novecientas mil mujeres (4 de cada 10) quedan embarazadas sin haber cumplido 20 años. Cerca del 40 por ciento de las madres adolescentes tienen menos de 18 años. Solo 4 de cada 10 madres menores de 18 años finalizan la educación secundaria. Casi el 80 por ciento de los padres no se casa con la joven madre de su hijo. Solo perdura un 30 por ciento de los matrimonios de madres adolescentes contraídos tras el nacimiento del niño. Es más probable que las madres adolescentes terminen el embarazo con neonatos de bajo peso o sean prematuros, lo cual incrementa el riesgo de muerte infantil, ceguera, sordera, trastornos respiratorios crónicos, dislexia, hiperactividad, parálisis cerebral, retraso mental y otras disfunciones psíquicas(Burns,Y Scott, 2002).

En América Latina la maternidad en adolescentes va en aumento, así lo afirma La Directora regional de la federación internacional de planificación familiar. Por lo tanto el mayor incremento de madres adolescentes se da en Sud América donde se halla nuestro País, y tácitamente nuestra región está dentro de ese incremento (Barrso, 2008).

En el Perú el 13 por ciento de las adolescentes se encuentran embarazadas o ya son madres de familia, según revela el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2007). Esta cifra se elevó desde el 2006, en donde la cifra alcanzaba el 12 por ciento. La incidencia de embarazo adolescente alcanza casi el 14 por ciento en el país Andino.

La mayor cantidad de adolescentes gestantes, se encuentran en la capital, con un 6 por ciento de mujeres de 15 a 19 años que ya son madres, y aún existe un 2 por ciento en proceso de gestación, los datos nos muestran la diferencia de adolescentes de zona rural (incluyendo la selva) con mayor porcentaje de madres adolescentes 9 por ciento, 3 puntos por encima de las de zona urbana. El nivel de educación y la fecundidad a tan temprana edad, se presentan como inversamente proporcionales, pues el porcentaje de aquellas que tienen estudios superiores es menor que de las adolescentes que ya son madres y no tienen ningún nivel de educación (el 3 por ciento y el 9 por ciento respectivamente) (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES, 2000).

La pobreza y la discriminación de género también son factores que coadyuvan a gestaciones tempranas, del mismo modo la violencia sexual y la interculturalidad de los adolescentes hace que se resistan al uso de anticonceptivos o las decisiones sobre fecundidad, a pesar de

haber más información sobre métodos anticonceptivos el número de embarazos adolescentes es cada vez mayor(INEI,2004).

A nivel de la región Junín, la población adolescente alcanza los 66,880 habitantes, de ellos, la mayor concentración se localiza en la ciudad de Huancayo con 62,091 habitantes adolescentes lo cual representa el 37por ciento. Cifras proporcionadas por el (INEI) de los Censos Nacionales 2007 (XI de población y VI de vivienda) (INEI, 2007).En Junín el embarazo adolescente sigue manteniéndose en cifras preocupantes, uno de cada once adolescentes de 15 a 19 años, es madre o está embarazada. La Gerencia Regional de Salud, registró en 2009 la atención de 254 gestantes adolescentes entre 10 y 14 años y 5326 adolescentes entre 15 y 19 años, del mismo modo la Gerencia Regional de Salud de Junín registró en 2009 que el número de gestantes adolescentes de 10 a 19 años atendidas, representa el 22,6por ciento en relación al total de gestantes atendidas. . En Huancayo, se tiene un 14,8 por ciento de madres adolescentes y en las provincias de Satipo y Chanchamayo un 7,8 por ciento respectivamente Siendo las mujeres de las zonas rurales y amazónicas las más vulneradas (ENDES, 2008).

Por otro lado, la mortalidad neonatal en nuestro país es de 18,3 por mil nacidos vivos actualmente el bajo peso es una de las causas de muerte de los niños menores de un año. En el Hospital San Bartolomé la

mortalidad perinatal fue de 13 por mil nacidos vivos en el año 2000. La prematuridad y el RNBP son los índices predictivos más importantes de la mortalidad infantil por su asociación al mayor riesgo de morbilidad, mortalidad y secuelas neurológicas(MINSA, 2001).

El bajo peso, es uno de los factores responsables del 60 por ciento de las muertes en lactantes, constituyéndose un problema de salud pública sobre todo en países subdesarrollados el cual ascendía al 19 por ciento, frente a cifras muy inferiores en países desarrollados: Estados Unidos se sitúa alrededor del 4 por ciento, en el Reino Unido 3 por ciento y en España en torno al 4 por ciento. Estas cifras de RN con bajo peso al nacer en Latinoamérica son diversas; en el 2005 Argentina registraba un 8,3 por ciento, Ecuador 12 por ciento y República Dominicana 14 por ciento. Uruguay 8 por ciento y Panamá 8,9 por ciento en Chile 6.5 por ciento Paraguay 5,3 por ciento y Bolivia 12 por ciento (Organización Panamericana de la Salud:OPS, 2005).

En la población general, los problemas peri-neonatales han emergido como la principal causa de mortalidad en menores de 5 años en la Región de las Américas. El mayor número de muertes, se atribuyen a complicaciones y problemas surgidos durante la gestación, representando el 41 por ciento de estas, por causas peri-neonatales. Así también son consideradas la principal causa de morbilidad al inicio de la vida el bajo

peso, pudiendo afectar el crecimiento y desarrollo posterior del niño en forma definitiva; el bajo peso, constituye un factor de riesgo para la mayor incidencia y gravedad de episodios de enfermedades durante la infancia; si a esto le agregamos un factor de riesgo más como es ser adolescente, estas estadísticas pueden aumentar (Sánchez,1998).

Considerando que la salud reproductiva es parte de la salud integral del ser humano, el embarazo en cualquier edad constituye un hecho bio-psicosocial muy importante, pero en el caso de la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo y constituirse un problema de salud que no debe ser considerado solamente en términos del presente sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

En el Hospital Daniel Alcides Carrión-Huancayo de acuerdo a los datos estadísticos recientes del servicio de Neonatología, se ha atendido madres adolescentes, con embarazos no deseados, complicaciones de pre eclampsia, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, falta de control pre natal , problemas que acarrearón un embarazo, parto y puerperio de mayor riesgo de muerte materna y perinatal muchos de estos casos terminaron en cesárea y de ellos algunos con muerte neonatal o recién nacidos con bajo peso.

Además de los problemas socio económicos de estas Madres adolescentes, también truncaron sus estudios e incluso no alcanzaron la madurez física ni mental y encontrándose a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlas y protegerlas. Razón muy importante o muy relevante por lo que se ha visto necesario identificar cuáles son los factores bio-socioculturales de las madres adolescentes que coadyuvan precisamente en el bajo peso de los recién nacidos atendidos en dicho nosocomio, cuyo resultado permitirá al profesional de enfermería conocer la problemática en este campo para mejorar y plantear el desarrollo de programas específicos de promoción, protección y de prevención efectivos y eficaces para la ejecución de políticas serias de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etario lo que garantizara un mejor proyecto de vida tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

Por lo expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre los factores biosocio-culturales de madres adolescentes: edad, ocupación, procedencia, estado civil, grado de instrucción, nivel de conocimiento sobre cuidados del embarazo, con el bajo peso del Recién nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión –Huancayo 2011?

MARCO CONCEPTUAL:

La Adolescencia es el Proceso de transición entre la infancia y la adultez, periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad Conceptuar la adolescencia implica definir criterios polifacéticos en el aspecto biológico, psicológico y social de un fase vital del hombre y la mujer, en la cual se deja atrás la infancia en la búsqueda del camino hacia la adultez. Se divide en tres etapas: maduración física, psíquica y sexual, que marca la transición entre la infancia y la adultez. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud abarca el periodo entre los 10 y 19 años de edad(Mongrut, 2000).

La adolescencia en un proceso de maduración, física, psíquica y sexual, es una etapa de crecimiento que marca la transición entre la infancia y la adultez, en la cual el joven enfrenta cambios tanto físicos como psicológicos, los cuales llevan a un reajuste de conducta, como consecuencia de esto tiene que definir su posición dentro de la familia y comunidad, ,comienzan a independizarse de los padres, a relacionarse con otros adolescentes y a adquirir una responsabilidad básico (Báez y Velásquez, 1995).

Según la OMS, se acepta que la adolescencia se divida en tres etapas: Adolescencia Temprana (10 a 13 años). Es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Se

aprecia preocupación y curiosidad por los rápidos cambios corporales y por la normalidad del proceso de maduración sexual y crecimiento corporal. Estos cambios físicos juegan un papel importante en el proceso de la imagen corporal, está incierto aún de su propio físico y del resultado final del proceso de crecimiento y maduración(OMS.2002).

Psicológicamente el (la) adolescente, siente la necesidad de amor, de comprensión, de apoyo y de protección por parte de sus padres y de sus familiares, Es una etapa de tensión y de conflictos familiares por causa del / la adolescente, quien busca apoyo en amigos, generalmente en forma aislada y no en grupos. Respecto a su identidad se aprecia que se va perdiendo la “identidad del niño”, es decir, este rol claramente definido que le permitía saber concretamente lo que podía y debía hacer. Ahora está sin status claro y está comenzando el desarrollo de su plena identidad. Sin embargo, el fantaseo normal de esta etapa es una expresión de que se está iniciando; aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla su impulso y se plantea metas vocacionales irreales. Por ello idealizan personajes, como figuras, modelos que juegan un papel importante en su propia identificación. Surge la necesidad de privacidad y el/la adolescente emprende su búsqueda. La autoestima está afianzándose siendo susceptible a la crítica. Así mismo, su vivencia es muy existencial ligada al presente y volcada sobre sí misma, habiendo un marcado narcisismo (admiración exagerada que siente alguien por sí mismo),(OMS, 2002).

La escala de valores comienza a tener predominio, los principios inculcados por parte de la familia comparándolo con la de sus amigos, es Asíque el adolescente va formando su propia escala de valores. La programación del futuro a estas edades aún no se ha establecido, ni tampoco se tiene una visión clara del futuro, son irreales, idealistas, cambiante (OMS, 2000).

Adolescencia Media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha, es cuando se está completando prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, Los caracteres secundarios se han establecido, está declinando o terminando. Lo que hace que el / la adolescente muestre menos preocupación; pero la imagen corporal aún no está plasmada por lo que hace que traten de ser más atractivos, buscando ser atendidos por el sexo opuesto. Todo esto demuestra incertidumbre respecto a su físico y a su apariencia (Donas, 2000).

Psicológicamente; es el periodo de máxima relación con sus amigos, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres; se reduce el interés por los asuntos familiares y por alternar con sus miembros. Se producen mayores conflictos familiares por esa indiferencia y por qué la rebeldía es mayor y más desafiante, hay menor control paterno; hay intentos y deseos más claros de emancipación. La identidad está mejor desarrollada, ya que la identificación con el grupo contribuye a

reafirmar la identidad personal. El narcisismo disminuye suele producir una sensación de “omnipotencia intelectual”, creyéndose capaces de “saberlo todo”, pero al conocer sus limitaciones proclives a reducir su autoestima, a la depresión, a la rebeldía y al resentimiento. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas de riesgo (Donas, 1997).

En la escala de valores, el proceso está más avanzado, por el desarrollo del pensamiento abstracto; sin embargo, todavía no se ha establecido definitivamente un código de valores porque reciben gran influencia por parte de sus amigos, al que tiende a imitar y asumir conductas de otros, aún cuando se opongan a los principios inculcados dentro de la familia. La programación del futuro debido al mayor desarrollo intelectual y a la capacidad abstracta, en esta etapa se advierten intereses académicos específicos por ciertas áreas del conocimiento, por profesiones u ocupaciones, que es importante en el proceso de madurez vocacional. Surge capacidad de proyección al futuro, pero no muy definida, percibiéndose aún la vivencia existencial del presente (OMS, 2002).

Adolescencia Tardía (17 a19 años). Los adolescentes en esta son biológicamente inmaduros, habiendo terminado su desarrollo sexual y su crecimiento. La imagen corporal debe estar plasmada y la aceptan, y el

joven despreocupado y satisfecho con su físico. El arreglo personal es menos compulsivo y ansioso. La sensación de autonomía debe haberse completado y ser satisfactorio. Vuelve el interés por los padres y por los asuntos familiares, se reintegra a la familia y se restablecen relaciones maduras y sin conflictos, a menos que la evolución de este proceso no haya sido satisfactoria. El adolescente mayor se convierte en una entidad separada de su familia paterna que le permite apreciar plenamente la importancia de sus valores y de sus consejos. Las relaciones familiares adquieren mayor compañerismo. Disminuye o desaparece la “dependencia” del grupo de amigos manteniendo sus amistades, las relaciones son más libres e independientes (Donas, 2001).

La identidad personal y la autoestima deben haber logrado su maduración completa y ser satisfactoria para el individuo. En esta etapa final, debe haberse producido con mayor refinamiento la concepción de valores morales, éticos, políticos, etc., habiéndose establecido su escala de valores. Debe poseer una perspectiva orientada al futuro, los planes vocacionales y de trabajo deben ser claros, delineados y/o en plena ejecución. Es la parte final de la educación secundaria y los inicios de educación superior, se inicia el proceso hacia la estabilización socioeconómica y cultural, propia del adulto (Menacho, 2010).

En lo social, la autoafirmación le determina necesidades como la

búsqueda de su independencia y autoestima. Necesita comprensión para descifrar sus dudas y temores; y es la familia (sobre todo los padres, los primeros que deben dársela) buscan ser tratados como adultos y ansían ser aceptados. En la escala de valores; buscan modelos y están llenos de ideales, creen en la pureza de ellos. Por esta razón es muy peligroso, que tengan modelos negativos o que estos lo puedan defraudar, porque terminan rebelándose o retrayéndose en su mundo interior. Necesita actuar conforme a los valores; si en el medio social y cultural en que vive; no se encuentra en directa relación, o no está en contacto con valores o ideales y tampoco cuenta con un hogar con modelos a seguir, el adolescente será insensible a dichos valores y puede ser atraído por grupos que desarrollan comportamientos negativos, en los que prevalecen la delincuencia, el pandillaje, el alcoholismo y la drogadicción. Además de la familia, existen otros modelos y valores positivos que el adolescente puede observar y seguir (OMS, 2000).

La madre adolescente tiene que cumplir una importante tarea, brindar cuidados y bienestar a su feto, los cuales van a influir en el desarrollo de su futuro lactante, guiando y modelando las vicisitudes de su crecimiento, probablemente éstas prácticas se ven modificadas por algunos factores Biosocioculturales de la madre adolescente, los cuales van a implicar cambios en su conducta. Dentro de estos Factores tenemos: la Edad, Grado de Instrucción, Ocupación, Procedencia, Estado

Civil, Nivel de conocimiento sobre cuidados durante el embarazo(Rabczak, 2007).

La edad en los individuos permite establecer distintas etapas de la vida humana, que comienza con la gestación y finaliza con la muerte. La persona, a lo largo de su vida, recorre el siguiente camino de etapas: niñez, pubertad, adolescencia, juventud, juventud adulta, adultez y ancianidad o vejez es la etapa de la vida de las personas: las cuatro edades del hombre son: infancia, juventud, madurez y vejez (Admin, 2009).

Grado De Instrucción es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos (Bugada, 2005).

El Grado de Instrucción, es un elemento facilitador que permite a las madres adquirir información y tener cuidados, sin embargo su capacidad puede verse limitada por el trabajo fuera de casa, dedicando menor tiempo, así mismo. Un alto nivel de instrucción permite a la madre informarse sobre el cuidado integral durante el embarazo, permitiendo actitudes favorables; por el contrario las madres con bajo nivel de instrucción tienen menos capacidad de decisión, no toman la atención

necesaria, durante su periodo de gestación, condicionando problemas nutricionales, y complicaciones que pueden llevar a aumentar las tasas de morbimortalidad, por lo tanto el grado de instrucción de una persona influye en la modificación de los hábitos y prácticas de salud (Llorca, 2002).

Ocupación es "Aquella faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social La ocupación puede constituir un vehículo o forma de dar sentido, significado a la existencia, incidiendo, por tanto, en el bienestar psicológico y quizá también espiritual del ser humano" (Miralles 2002).

Otro de los factores estudiados es la Procedencia, la cual es un elemento clave para identificar el control del embarazo, debido a que las madres de la zona rural tendrán acceso limitado a los centros de salud por las distancias existentes entre dichos lugares y la poca confianza en la realización de estas actividades, debido a sus costumbres y creencias; en cambio las madres que residen en zonas urbanas por tener mayor acceso

a los centros de salud , estarán mejor informadas sobre los cuidados que debe tener en el proceso del embarazo (Cueva y Martínez, 1999).

Estado civil o conyugal, es el estado personal del individuo, es decir, es la situación que tiene la persona en relación con las leyes o costumbres del país sobre el matrimonio. Que establece ciertos derechos y deberes(Diccionario Manual de la Lengua Española, 2007).

El estado civil es un indicador básico en la fecundidad y en la estabilidad familiar. En el país, de acuerdo a las leyes y costumbres se identifica 5 categorías: conviviente, separado, casado, viudo, divorciado y soltero (Diccionario Manual de la Lengua Española).

Nivel de conocimiento sobre cuidados durante el embarazo. La adolescente embarazada para tener orientación de los riesgos durante el embarazo analiza las facultades cognitivas y su capacidad de captar la realidad en sus diversas manifestaciones es más que una disciplina filosófica general, esta no se ocupa de una verdad particular de algún campo de la ciencia, sino que se ocupa del cuerpo de las verdades cognoscibles. Por tanto, el conocimiento en la adolescencia debe partir del principio que por su explicación sistemática se determina el modo de conocer los aspectos de la realidad en su salud reproductiva, el cual abarca desde su reflejo superficial hasta el dominio de las leyes que rigen

sus fenómenos a través del conocimiento (López, 2007).

El recién nacido amerita una vigilancia estricta de su crecimiento y desarrollo en todos los aspectos, donde la madre es la protagonista de ese proceso. Dicho cuidado requiere de una persona adulta y de un esfuerzo considerable, con una entrega total, no solo de su cuerpo para el embarazo y de sus pechos para la lactancia, sino también de su tiempo y la postergación temporaria de su proyecto de vida distinto de la maternidad (López, 2000).

Todo esto requiere que la joven madre adopte actitudes de auto cuidado hacia su salud y la del niño, las cuales en la mayoría de los casos no son las adecuadas contribuyendo al aumento de la morbilidad en el período neonatal, lo que podría evitarse si se entrenara a las futuras madres adolescentes durante su embarazo, dándoles las herramientas o conocimientos sobre los cuidados del recién nacido en cuanto a: alimentación, hábito evacuatorio, cordón umbilical, aseo personal, cambio de pañales, descanso, uso del chupón, vestimenta, inmunizaciones, estimulación precoz y otros aspectos que realizados correctamente pueden contribuir con el normal crecimiento y desarrollo del niño y además estimular y fortalecer el vínculo madre – hijo, ya que los cuidados se pueden ofrecer en cualquier momento del día (Valdivia, 2000).

La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir su propio cuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán, de allí que modificar el estilo de vida de la adolescente embarazada sea una decisión personal y una forma particular de vivir de la persona, la cual puede estar determinada por las circunstancias ambientales. La elección del estilo de vida determinará en el individuo el comportamiento a seguir con respecto a sus hábitos alimentarios, de recreación, tabáquicos, alcohólicos, y de relaciones interpersonales. De tal manera que cada individuo asume según su decisión su comportamiento el cuidado de su salud. Manual de Salud Reproductiva Programa de Atención Integral de salud para el Adolescente (Minsa, 2.001).

Recién nacido o neonato es el niño proveniente de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina. Se considera período perinatal al comprendido entre la semana 22 de gestación y los 7 días de vida postnatal. El recién nacido según la edad gestacional tiene ciertas características físicas y neurológicas que nos permiten valorar con precisión la edad gestacional lo que permite clasificar al recién nacido en

las siguientes categorías: Recién nacido pre término (RNPT) Antes de 37 semanas de gestación. Recién nacido a término (RNAT) De 37 a 42 semanas de gestación. Recién nacido pos término (RNPT) Más de 42 semanas de gestación. Según el peso al nacer, se clasifica en: Recién nacido de bajo peso cuando el peso es menor de 2500 gramos. Recién nacido de muy bajo peso cuando el peso es menor de 1500 gramos. Recién nacido de extremado bajo peso cuando el peso es menor de 1.000 gr. (Taucher y Lofre, 2001).

El bajo peso del recién nacido constituye un hecho biológico, ocurrido como consecuencia de las influencias de factores fisiopatológicos tanto maternos como fetales; siendo importante conocer las causas y factores condicionantes que prevalecen o agravan este hecho, constituyendo un importante problema de salud perinatal que implica una necesidad de primer orden el conocer cuáles son estos factores de riesgo y lograr prevenir los nacimientos de bajo peso, ya que estos se están configurando como una de las causas que favorecen la elevada tasa de morbimortalidad perinatal existente (Bortman, 2005).

El bajo peso de un recién nacido es un indicador valioso que refleja la realidad objetiva de la situación de salud de la población, en especial de las mujeres en etapa de gestación. El bajo peso del recién nacido es uno de los grandes problemas de salud pública, puesto que es un

predicador de morbimortalidad y representa la segunda causa de mortalidad perinatal, se usa como indicador de la salud del neonato, permitiendo predecir sobrevida y desarrollo, y la capacidad reproductiva de la madre (Guyer, 1999).

Los recién nacidos que nacen con bajo peso suelen tener serios problemas de salud durante los primeros meses de vida y es mayor el riesgo de que sufran discapacidades con efectos de duración prolongada. Aunque los avances en la atención médica neonatal han reducido considerablemente la tasa de mortalidad asociada con estos problemas (Becerra, 2002).

MARCO EMPIRICO:

Valdivia (2000),” Conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados maternos del recién nacido”, estudio realizado en Venezuela, Autor que llego a la conclusión que las madres adolescentes que fueron parte de este trabajo de investigación en porcentajes de 48.4% y 45.2% se encuentran en edades entre 14 y 16 años y 17 a 19 años respectivamente.

Balza (2002), trabajo titulado “Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo para adolescentes embarazadas sobre cuidados pre natal”, realizado en Venezuela, Los resultados señalan la edad predominante es 64% comprendida entre 17-19 años, ocupación de las madres, 96% en oficios del hogar y nivel de conocimiento sobre cuidados pre natal 48%.

Flores, Vargas y Henao (2003-2004), en su estudio “Fecundidad Adolescente Incidencia, Conocimiento, Tendencias y Determinantes”, trabajo realizado en Colombia quienes concluyeron que la mayor proporción de madres adolescentes procedían de zona rural con 53,40% que en la urbana.

Romano y Blanc (2005 – 2006). En la Ciudad de Corrientes, Argentina; país en que realizaron la investigación titulada: Factor de Riesgo en madres adolescentes para Bajo Peso al Nacer y Prematurez ; quienes concluyeron que del total de gestantes adolescentes el 8,27 por ciento tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer; y el 15,8 por ciento tuvieron recién nacidos prematuros.

Atalaya, (2006). República Dominicana, lugar donde se desarrolló el trabajo de investigación titulado: “Incidencia del embarazo en la Adolescencia”, autor que concluyó en que la situación económica y la falta de orientación en los adolescentes es la principal causa de este mal. Además, el promedio de edad para el comienzo de la actividad sexual está situado sobre los 16 años, la pobreza empeora las repercusiones psicosociales de los adolescentes el hijo padece alteraciones del desarrollo.

Abreu (2007), investigación titulada “Características de las embarazadas adolescentes en la comunidad de Rio de salud” ubicado en el Municipio de Sucre Caracas Venezuela cuyo resultado fue que del grupo etareo de adolescentes embarazadas de un total de 138 adolescentes 53.6% corresponde a madres entre 16-19 años.

Matos (2000), realizó el trabajo de investigación en la ciudad de Talara-Perú, Titulado: "Estudio del embarazo en adolescentes de Talara" quien concluyó que, el 11% de los partos fueron madres adolescentes, con un promedio de edad de 16 a 19 años, 63% de las adolescentes tuvieron estudios incompletos, concluyendo que es importante ayudar a las adolescentes embarazadas prepararlas para el parto e instruir las en cuidados del infante.

Chapilliquen (2009), "Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en cuidados del recién nacido en el Instituto Materno Perinatal, mayo – noviembre, 2007", trabajo realizado en la ciudad de Lima – Perú, cuyo resultado fue de 50.4% (58) madres presentan un nivel medio de conocimiento.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Establecer la relación que existe entre los factores biosocio-culturales de las madres adolescentes: edad, ocupación, procedencia, estado civil, grado de instrucción, nivel de conocimiento sobre cuidados del embarazo y el bajo peso del recién nacido, en el Servicio de Neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión –Huancayo 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los factores biosocio-culturales de las madres adolescentes: edad, procedencia, estado civil, ocupación, grado de instrucción, nivel de conocimiento sobre cuidados del embarazo, en el Servicio de Neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión –Huancayo 2011.
2. Determinar el bajo peso del recién nacido, en el Servicio de Neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión –Huancayo 2011.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y ÁREA DE ESTUDIO.

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal correlacional. Se consideró a las madres adolescentes que tuvieron un parto con su recién nacido de bajo peso en el Servicio de Neonatología del Hospital “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, en el periodo comprendido de Enero a Marzo año 2011.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

El universo muestral estuvo constituido por 120 madres adolescentes de recién nacidos, con bajo peso menor de 2500 gr. atendidas en el Servicio de Neonatología del Hospital Daniel A. Carrión” de Huancayo, periodo comprendido de Enero a Marzo, año 2011.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres adolescentes que alumbraron en el Hospital “Daniel A. Carrión” de Huancayo durante los meses de enero –marzo, año 2011.
- Recién nacidos de bajo peso en los meses de Enero – Marzo, año 2011.

- Madres adolescentes de procedencia urbana y rural.
- Madres adolescentes que sepan leer y escribir.
- Madres que no deseen participar.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Recién Nacidos con otras patologías.
- Madres adolescentes que no fueron atendidas en el Hospital Daniel. Alcides. Carrión de Huancayo.

2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS:

La unidad de análisis del presente estudio de investigación estuvo constituida por cada una de las madres adolescentes con su recién nacido de bajo peso que cumpla con los criterios de inclusión.

2.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Los instrumentos utilizados en el presente trabajo de investigación fueron dos:

A: Cuestionario sobre factores Bio Socio Culturales de madres adolescentes (CFBSCMA) (Anexo 1) dicho instrumento fue elaborado por la autora Soldevilla (2011), teniendo como fundamento teórico la referencia bibliográfica de Meneghello,

1997- Martínez y Martínez 2005, y tomando en cuenta las variables en estudio, distribuidos en dos secciones:

I. Datos informativos maternos:Consta de cinco ítems que incluye: edad, procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil.

II. Nivel de conocimiento de madres adolescentes sobre cuidados en el embarazo (NCMACE), que consta de 15 ítems; diseñado en una lista de cotejo, donde tenemos dos alternativas de respuestas: SI y NO. (Ver anexo N° 02).

- SI, equivale a 2 puntos.
- NO, equivale a 1 punto.

El nivel de conocimiento fue clasificado en:

- Bueno = De 23 – 30
- Regular = De 16 – 22
- Deficiente = De 0 – 15

B:Ficha de identificación del bajo peso del recién nacido (FIBPRN) (Anexo 2).

El Servicio de Neonatología cuenta con Historia clínica Neonatal para la atención del recién nacido la que también se usó para la obtención de datos elaborado por el Personal del Servicio de neonatología dirigido por Porras (2010).

La ficha servirá para obtener los datos del Recién nacido con bajo peso, se considera 3 parámetros:

BPRN:	Bajo Peso del Recién Nacido
MBPRN:	Muy Bajo Peso del Recién Nacido
EBPRN:	Extremo Bajo Peso del Recién Nacido

2.5. CONTROL DE CALIDAD DEL INSTRUMENTO:

• Prueba piloto:

El instrumento fue sometido a una prueba preliminar, realizado en el Hospital el Carmen de la Ciudad de Huancayo, en la que participaron 20 madres con características semejantes a la unidad muestral, quienes no participaron en el trabajo de investigación.

• Validez:

La validez del instrumento fue realizada a través del juicio de expertos (Ver anexo 3).

• Confiabilidad:

La confiabilidad del instrumento Nivel de conocimiento de madres adolescentes sobre cuidados durante el embarazo, se determinó a través del coeficiente Alpha de Crombach, dando como resultado un valor de $\alpha=0,760$ (Ver anexo 5) valor considerado satisfactorio quedando por consiguiente apto para su aplicación.

2.6. PROCEDIMIENTO.

Para iniciar el proceso de recolección de datos de la presente investigación se realizó teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- Se coordinó con el Director del Hospital “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo para la autorización de la ejecución del proyecto de investigación.
- Se coordinó con el Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Daniel A. Carrión de Huancayo.
- Se coordinó con la Jefa de enfermeras de Servicio de Neonatología para que brinde las facilidades para la ejecución del proyecto.
- Se realizó la identificación de las madre adolescente con su recién nacido de bajo peso, se le explicó el propósito del estudio a fin de lograr su participación voluntaria, asegurándole el respeto de los principios éticos de confidencialidad, seguidamente se le explicó el procedimiento y se le solicitó su consentimiento para dicha entrevista, se procedió a la aplicación del cuestionario, Factores Biosocio-culturales de madres adolescentes de nacidos de bajo peso, con un tiempo promedio de 15 minutos por cada madre, una vez concluida la entrevista se le agradeció y se le brindó consejería.
- Terminada la investigación se dejará una copia del informe al

Hospital para que quede constancia de haberse realizado la investigación y fines que crea conveniente la institución.

2.7. PROCESAMIENTO DE DATOS.

Los datos obtenidos mediante el instrumento descrito, fue ingresada y procesada a través del paquete estadístico SPSS (TheStatisticalPackageforthe Social Sciences) versión 20 para Windows, para luego presentar los resultados en gráficos y tablas estadísticas de dos entradas.

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi cuadrado de Independencia de Criterios X^2 , considerando que la relación es significativa si la probabilidad de equivocarse es menor al cinco por ciento ($p < 0.05$) con los siguientes criterios de significación:

Si $p > 0,05$ no existe relación significativa.

Si $p < 0,05$ existe relación significativa.

Si $p < 0,01$ existe relación altamente significativa.

2.8. CONSIDERACIONES ÈTICAS:

Para la realización de la investigación se respetaron los Principios de anonimato, libre participación y confidencialidad:

Anonimato: Este derecho es respetado al no incluir ningún dato de identificación de los participantes al presentar el informe final.

Libre Participación: Este derecho es protegido directamente al solicitar a la madre su participación voluntaria, explicándoles el objetivo del estudio.

Confidencialidad: Puesto que los datos obtenidos fueron utilizados sólo para efectos de la investigación. Cumplido el cometido serán destruidos.

2.9. DEFINICIÓN DE VARIABLES:

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Factores bio-socioculturales:

Definición Conceptual:

Destaca las características Biológicas, Sociales y Culturales de las madres que pueden influenciar positiva o negativamente en el bajo peso del recién nacido. (Edad, Ocupación, Estado Civil, Procedencia, Grado de Instrucción y nivel de información sobre cuidados en el embarazo) (Flores y Alva, 2000).

Definición Operacional:

Son las características biológicas, sociales y culturales de la madre. En el presente trabajo de investigación se consideró.

Edad:

Definición Conceptual:

Es el tiempo que una persona ha vivido a partir del nacimiento, es la cantidad de años cumplidos de la madre en el momento de aplicar el instrumento. (Alayo y Capristán, 2002).

Definición Operacional:

Para la presente investigación la edad de la madre se operacionalizó.

- Adolescente Intermedia: 14 - 16 años
- Adolescente Tardía: 17 - 19 años

Ocupación:**Definición Conceptual:**

Es el trabajo, profesión u oficio que realizan las madres dentro y fuera del hogar (Arango, 1998).

Definición Operacional: se consideró:

- Ama de casa
- Trabajadora
- Estudiante

Estado civil:**Definición Conceptual:**

Es la condición o situación de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles. (Ponce, 2002).

Definición Operacional: Se consideró los siguientes parámetros:

- Soltera

- Casada.
- Conviviente.

Procedencia:

Definición Conceptual:

El lugar de origen de la madre es un factor predisponente que influye en la estructura psicológica de la personalidad, contenidos y características propio de un grupo socio-cultural, para el cuidado del Recién nacido prematuro. (Botero, 2000).

Definición Operacional: Se clasificó en:

Urbana. Si el lugar en el que vive es la ciudad.

Rural. Si el lugar en el que vive es el campo.

Grado de instrucción:

Definición Conceptual:

Es el nivel educativo alcanzado. Referidos a estudios realizados por las madres en una institución educativa hasta la fecha en que se aplicó la encuesta. (Curo, 2000).

Definición Operacional: Se clasificó en:

- **Analfabeta:** cuando no sabe leer ni escribir o no ha culminado el nivel primario.

- **Primaria:** si recibió educación del primero al sexto grado de educación primaria o no ha culminado la educación secundaria.
- **Secundaria:** si recibió educación hasta el quinto año de educación secundaria y no ha culminado los estudios superiores.
- **Superior:** Incluye superior completa.

Nivel de conocimiento sobre Cuidados del Embarazo:

Definición Conceptual:

Consiste en la medición de la información que posee la madre, acerca de los factores que predisponen al nacimiento de un niño con bajo peso. Medida a través de la aplicación de un test basado en las medidas preventivas dados por el Ministerio de Salud (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Definición Operacional:

Para la presente investigación el nivel de conocimiento se operacionalizó en:

- ✓ Bueno = De 23 – 30
- ✓ Regular = De 16 – 22
- ✓ Deficiente = De 0 – 15

B. VARIABLE DEPENDIENTE:

BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO:

Definición Conceptual:

Se define como recién nacido de bajo peso (RNBP) al niño que nace con cifras inferiores a los 2,500 gramos, y ésta es uno de las causas más importantes de la mortalidad infantil y Perinatal. (Taucher y Lofre, 1997).

Definición Operacional:

Se considerara según el peso al nacer y se clasifica en:

- Recién nacido de bajo peso-----1.500 – 2.500g.
- Recién nacido de muy bajo peso-----1.000–1.499 g.
- Recién nacido de extremado bajo peso---- menor de1.000 g.

III- RESULTADOS

TABLA 1
MADRES ADOLESCENTES SEGÚN LOS FACTORES
BIOSOCIOCULTURALES, HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRION, HUANCAYO – 2011

Edad	Nº	%
14 -16 años	48	40,00
17-19 años	72	60,00
Total	120	100,00
Ocupación		
Ama de casa	36	30,00
Trabajadora	64	53,33
Estudiante	20	16,67
Total	120	100,00
Procedencia		
Rural	79	65,83
Urbana	41	34,17
Total	120	100,00
Estado civil		
Soltera	73	60,83
Casada	12	10,00
Conviviente	35	29,17
Total	120	100,00
Grado de Instrucción		
Analfabeta	12	10,00
Primaria	36	30,00
Secundaria	54	45,00
Superior	18	15,00
Total	120	100,00
Nivel de conocimientos		
Bueno	37	30,83
Regular	71	59,17
Deficiente	12	10,00
Total	120	100,00

Fuente: Cuestionario sobre factores Biosocioculturales de madres adolescentes: CFBSOMA) n=120

TABLA 2

**BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO HOSPITAL
"DANIEL ALCIDES CARRION"
HUANCAYO –2011**

Recién Nacido de bajo peso	Nº	%
R. N. de bajo peso	102	85
R. N. de muy bajo peso	18	15
R.N. de bajo peso extremo.	0	0
Total:	120	100

Fuente:Ficha de identificación del bajo peso del recién nacido (FIBPRN); n=120

TABLA 3

BAJO PESO DELRECIEN NACIDO SEGÚN EDAD DE LA MADRE
 ADOLESCENTE. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION,
 HUANCAYO -2011

R.N. de	Edad				Total	
	14 – 16		17 – 19		Nº	%
Bajo peso	Nº	%	Nº	%		
R. N. de bajo peso	34	28,33	68	56,67	102	85,00
R. N. de muy bajo peso	14	11,67	4	3,33	18	15,00
R.N. de bajo peso extremo	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total:	48	40,00	72	60,00	120	100,00

Fuente: CFBSCMA y FIBPRN n=120

$\chi_c^2 = 12,593g$. L= 1p=0,001 Significativo.

TABLA 4

BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO SEGÚN PROCEDENCIA DE
LA MADRE ADOLESCENTE HOSPITAL "DANIEL ALCIDES
CARRION", HUANCAYO- 2011

R.N. de	Procedencia				Total	
	Rural		Urbana		Nº	%
Bajo peso	Nº	%	Nº	%		
R.N.debajo peso	62	51,67	40	33,33	102	85,00
R. N. de muy bajo peso	17	14,67	1	0,83	18	15,00
R.N.de peso extremo	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	79	65,83	41	34,17	120	100,00

Fuente: CFBSCMA y FIBPRN n=120

$\chi^2_c = 6,283$ g. L= 1 p=0,012 Significativo.

TABLA 5

BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO SEGÚN ESTADO CIVIL DE
LAMADRE ADOLESCENTE. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION
HUANCAYO- 2011

R.N. de	Estado civil						Total	
	Soltera		Casada		Conviviente		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bajo peso								
R. N. de bajo Peso	57	47,50	12	10,00	33	27,50	102	85,00
R. N. de muy bajo peso	16	13,33	0	0,00	2	1,67	18	15,00
R .N. de peso Extremo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	73	60,83	12	10,00	35	29,17	120	100,00

Fuente: CFBSCMAy FIBPRN; n=120

$\chi^2_c = 7,225$ g. l. = 2 p=0,027 Significativo.

TABLA 6

BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO SEGUN OCUPACION DE LA
MADRE ADOLESCENTE. HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRION, HUANCAYO- 2011

R.N. de Bajo peso	Ocupación						Total	
	Ama de casa		Trabajadora		Estudiante		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
R. N. de bajo peso	24	20,00	59	49,17	19	16,67	102	85,00
R. N. de muy bajo peso	12	10,00	5	4,17	1	0,00	18	15,00
R. N. de peso Extremo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	36	30,00	64	53,33	20	16,67	120	100,00

Fuente:CFBSCMA y FIBPRN; n=120

$\chi^2_c = 13,652$ gl.= 2 p=0,001 Significativo.

TABLA 7

BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO SEGUN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE ADOLESCENTE. HOSPITAL DANIEL ALCIDESCARRION, HUANCAYO- 2011

R.N. deBajo peso	Grado de instrucción								Total	
	Analfabeta		Primaria		Secundaria		Superior			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
R. N. de bajo peso	3	2,50	27	22,50	54	45,00	18	15,00	102	85,00
R. N. de muy bajo peso	9	7,50	9	7,50	0	0,00	0	0,00	18	15,00
R .N. de peso Extremo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	12	10,00	36	30,00	54	45,00	18	15,00	120	0,00

Fuente: CFBSCMA y FIBPRN; n=120

$\chi^2_c = 49,412$ g. l.= 3 p=0,000. A.Significativo.

TABLA 8

BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE ADOLESCENTE SOBRE CUIDADOS DURANTE LA GESTACION. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION, HUANCAYO- 2011

R.N. deBajo peso	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Deficiente		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
R. N. de bajo peso	37	30,83	61	50,83	4	3,33	102	85,00
R. N. de muy bajo peso	0	0,00	10	8,33	8	6,67	18	15,00
R.N. de peso extremo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	37	30,83	71	59,17	12	10,00	120	100,00

Fuente: CNCMACE y FIBPRN; n=120

$\chi^2 = 31,700$ g.l.= 2 p=0,000A. Significativo.

IV- ANALISIS Y DISCUSION

En la Tabla 1: Se presenta la distribución de las 120 madres adolescentes según los Factores Bio-socioculturales, observándose que 60,00% de la población en estudio se encuentra en el grupo etareo entre los 17 a 19 años de edad, y un 40,00% corresponde a las edades de 14 a 16 años de edad. En el factor procedencia la mayoría 65,83 % de las madres adolescentes proceden de la zona rural y el 34,17% restante proceden de la zona urbana. Con respecto al estado civil de las madres adolescentes en estudio, 60,83% son madres solteras, el 29,17% se encuentran en condición de convivientes y solo el 10,00% están casadas. Se observa también que en el factor ocupación, el 53,33% de las adolescentes trabajan fuera de su hogar, el 30% son amas de casa y el 16,67% aún están estudiando. En cuanto al grado de instrucción se obtuvo que el 45,00% hayan cursado el nivel secundario, el 30,00% concluyeron educación primaria, el 15,00% han estudiado educación superior incompleta y sólo el 10,00% son analfabetas. En lo que refiere al nivel de conocimientos sobre cuidados durante en el embarazo, el 59,17% obtuvieron un nivel regular, el 30,83% tiene un nivel bueno y sólo el 10% presenta un nivel deficiente en el nivel de conocimientos.

De éstos resultados podemos inferir, que en el factor : Edad el grupo mayoritario (60%) de madres adolescentes tiene de 17 a 19 años de edad, por ello probablemente, carecen de instrucción académica sobre sexualidad responsable, así como el inicio precoz de las relaciones sexuales y alteraciones en los factores psicológicos relacionados con las adolescentes, así mismo el embarazo en la adolescente tiene implicaciones médicas y sociales es considerado en la actualidad como un embarazo de alto riesgo por su inmadurez física y mental, falta de control pre natal o tardío, deficiente alimentación, soltería o ausencia de apoyo familiar, por lo que la madre adolescente no puede asumir su nuevo rol de la maternidad, ya que aún no ha logrado una identidad personal y una madurez emocional, situación que puede generar trastornos de la personalidad conclusión que corrobora Uzcatgui (1999).

Los resultados de la presente investigación al ser contrastados con otros estudios realizados a nivel nacional son similares a los del MIMDES(2010), Uno de los principales problemas de salud sexual y reproductiva de las mujeres es la problemática de embarazo adolescente, que de acuerdo al Censo del año 2007 señala que de un total de 2 millones 203 mil 348 adolescentes de 12 a 19 años de edad: son madres el 7,27% Las madres de 12 a 14 años de edad representan el 2,80%, mientras que de 15 a 19 años de edad representan el 97,20%. Los departamentos de la selva son los que presentan

mayores porcentajes de madres adolescentes. La maternidad adolescente limita el acceso a la educación y disfrute de otros derechos en las adolescentes, trastocando las dinámicas de socialización, ocio, educación propios de este grupo de edad.

De igual manera en otros países como Venezuela, Abreu (2007), llegó a la conclusión que el grupo etario de adolescentes embarazadas de 16 a 19 años de edad predominó con un 53,60%, en el área de salud de Río de Janeiro durante los años 2003-2006. resultado que es similar a la presente investigación.

Moreno (2002), considera a la Edad como un factor sociocultural que representa el grado de madurez de las madres relacionada con el nivel de conocimiento sobre el cuidado que ella pueda desarrollar durante su embarazo a favor de sus hijos, se menciona que las jóvenes no siempre están identificadas con su rol materno, y aún no están capacitadas para la crianza de los niños comparado con las madres adultas que tienen una madurez emocional más estable, y son conscientes de sus responsabilidades, lo cual les permite adoptar mejores actitudes y decisiones favoreciendo su embarazo y el cuidado de su futuro bebé.

Se concluye que el embarazo en el grupo etario de 17-19 años se da por la falta de madurez física, psicológica de la adolescente, trae

un sin número de efectos adversos tanto a la madre como al niño, entre los que tenemos los riesgos de labor del parto prolongado, las adolescentes tienen quizá menos capacidad de tener hijos saludables y pueden sufrir más traumas durante el parto. Los hijos de las madres adolescentes tienden a tener mala salud, pues éstas en su mayoría se hallan menos preparadas para buscar y recibir la atención prenatal adecuada y están menos aptas psicológicamente y materialmente para cuidar a sus hijos.OPS/OMS (2001).

Con respecto al factor Biosocio-cultural: Procedencia, el mayor porcentaje lo ocupan las madres adolescentes que provienen de la Zona Rural un 65,83%. Ello probablemente porqueno tienen facilidades de acceso a los servicios de salud y no pueden adquirir información,que les permita llevar un embarazo adecuado y/o les ayude en la modificación de sus hábitos, costumbres y creencias erróneas sobre la atención a su persona durante su embarazo, de tal manera que todos los consejos obtenidos y puestos en práctica conlleven a un favorable proceso de gestación.Martínez (1999).

Contrastando el resultado son similares a otras investigaciones como Flores, Vargas y Henao (2003-2004)en su estudio “Fecundidad Adolescente en Colombia: Incidencia, Conocimiento, Tendencias y Determinantes, siendo mayor la proporción de madres adolescentes en

la zona rural con 53,40% que en la urbana. Por ejemplo, en la zona rural de Medellín un 23,00 % de las adolescentes de 17 años ya tiene un hijo, mientras que en la zona urbana este porcentaje es de sólo 9,00%.

Según Villalobos, Chiclayo (2003), después de realizar el estudio titulado “Factores asociados al embarazo en adolescentes”, en el P.J. San Antonio, encontró que la incidencia de embarazos adolescentes es de 63,31% en madres adolescentes que procedían de zona rural. Resultado similar al presente trabajo.

La zona de procedencia tiene relación con las creencias y costumbres, porque éstas se encuentran profundamente arraigadas en las personas, que viven en las distintas regiones, las mismas que son adquiridas a través de sus experiencias de vida, los medios de comunicación y el tipo de atención de los problemas de Salud, entre otros (Salas, 2005). De allí que las gestantes evitan o no tienen interés en asistir a su control pre natal situación que va traer como consecuencia el nacimiento del neonato con bajo peso o con mayores alteraciones de salud.

Con respecto al Estado Civil: El grupo que predomina son de las madres adolescentes solteras con 60,83%, situación en

que probablemente las adolescentes se sienten sin apoyo emocional, desprotegidas e inseguras y muchas veces sin apoyo económico de parte de su pareja, la gestante se siente sola en desconfianza por lo que le es difícil dedicarse al cuidado de su embarazo y peor aún si no posee los conocimientos necesarios para realizarlos.

Según Villalobos, (2003), investigación realizada en la ciudad de Chiclayo el 87,05% eran madres adolescentes solteras. Así mismo el estudio de Bonilla, O. (2009) nos dice que la muestra quedó distribuida en el grupo control con mayor proporción para el grupo de madres adolescentes solteras con 77,60 %, estudios que corroboran a lo obtenido en nuestros resultados.

Estudios señalan que una de cada tres mujeres en unión marital son convivientes, lo que constituye un problema desde el punto de vista de la estabilidad del hogar y de la protección a la gestante. Al tratar de satisfacer algunas necesidades básicas, la madre no realiza prácticas de cuidado de su embarazo que sean suficientes y ayuden a fortalecer su proceso. Considerando, por lo tanto, que la variable estado conyugal tiene importancia en la estabilidad emocional, económica, social y cultural de la familia (Lezama y Meléndez, 2002).

Tener que afrontar sola la maternidad, la preocupación de criar hijos y guiarlos es difícil, la madre gestante no siempre está en condiciones de satisfacer las necesidades emocionales que le demanda su hijo. El embarazo de una madre soltera, es un fenómeno que conlleva sus propios riesgos de presentar complicaciones, dentro de ellas las amenazas de parto prematuro, niños de bajo peso que afectará su bienestar y funcionamiento familiar. Casi todas las madres solteras, cualquiera sea su estrato social suelen afrontar conflictos respecto a la relación con sus padres, con el padre del niño, a su nueva competencia como madre y con las decisiones acerca de su propio futuro y el de su hijo (Menenghello, 2001).

Moreno (2002), refiere que un matrimonio feliz y sano guarda una meta superior, ya que a los niños les va mejor cuando crecen viviendo y compartiendo miles de situaciones con sus propios padres. Siendo ésta unión importante para los niños, proporcionando una lista asombrosa de beneficios como: seguridad, protección, desenvolvimiento al actuar, siendo más propensos de triunfar en la escuela y en situaciones sociales, además asarse y salir bien en sus propios matrimonios; mientras los niños criados fuera de una familia casada, sus posibilidades de triunfar son más bajas.

Estos resultados nos suponen inferir que las jóvenes madres adolescentes solteras no dan importancia ni responsabilidad a su estado

de gestación a su estabilidad familiar, marital, económica ni optan por el uso de métodos anticonceptivos. Blum (1998).

En relación con el Factor Biosociocultural: Ocupación el mayor porcentaje de Madres adolescentes lo ocupa el grupo de madres trabajadoras fuera de casa con 53,33% siendo el grupo de amas de casa, las que probablemente presten mejor cuidado a su embarazo, por estar dedicadas a actividades del hogar.

El estudio realizado por Villalobos, (2003) nos refiere que un 24,90% de las madres adolescentes embarazadas se encuentra trabajando, especialmente como empleadas del hogar, en el comercio al por menor, como vendedoras ambulantes y en la elaboración de productos alimenticios, resultado menor al encontrado en la presente investigación.

El INEI ejecuto el estudio "Perú: Situación social de las madres adolescentes, (2007). Madres adolescentes que trabajan según categoría de ocupación. Una tercera parte (32,60%) de las adolescentes madres tienen trabajos independientes, ya sea por cuenta propia o como empleador o patrono, el 48,40% son trabajadoras asalariadas (empleada, obrera o trabajadora del hogar) y 19,10% como trabajadora familiar no remunerada; mientras que entre las adolescentes no madres, un 63,90%

se encuentra en la condición de asalariada(empleada, obrera o trabajadora del hogar), resultado que se asemeja al encontrado en la presente investigación

En relación con el Factor: Grado de Instrucción. El mayor porcentaje está conformado por las madres adolescentes con grado de instrucción secundaria 45,00%, razón además para incidir en la necesidad urgente de apoyo a los adolescentes de ambos sexos, El INEI ejecutó el estudio "Perú: Situación social de las madres adolescentes, (2007). Donde más de la mitad (58,30%) de las madres adolescentes entre 12 a 19 años de edad alcanzaron a estudiar algún año de educación secundaria y cerca de una tercera parte (31,20%) tienen a lo más algún año de educación primaria; el resto, es decir, el 4,50% alcanzó a estudiar educación superior no universitaria incompleta, el 2,60% superior universitaria incompleta, resultados que corroboran los encontrados en nuestra investigación.

Los resultados de la presente investigación al ser contrastados con estudios a nivel nacional corroboran a los realizados por Lezamay Meléndez (2002), en madres adolescentes primíparas, donde predominó el Grado de Instrucción Secundaria con 57,70%, así también el estudio de Paredes y Ruiz (2008), predominó el Grado de Instrucción Secundaria con 59,40 %.

El grado de Instrucción, es un elemento facilitador que permite a las madres adquirir información y brindar cuidados, sin embargo su capacidad puede verse limitada por la poca dedicación, trabajo fuera de casa, dedicando menor tiempo al núcleo familiar. Un alto nivel de instrucción permite a la madre informarse sobre el cuidado integral de su embarazo, permitiendo actitudes favorables; por el contrario las madres con bajo nivel de instrucción tienen menos capacidad de decisión, no brindan la atención necesaria, condicionando problemas nutricionales, y complicaciones que pueden llevar a aumentar las tasas de morbimortalidad, por lo tanto el grado de instrucción de una persona influye en la modificación de los hábitos y prácticas de salud (Llorca,2002).

En lo que se refiere al Factor Nivel de información de la madre adolescente sobre cuidados durante el embarazo: un mayor porcentaje se encuentra en un nivel regular 59,17%, lo cual refleja en que sus conocimientos sobre salud reproductiva no son los adecuados, situación que hace que las adolescentes que carecen de ese conocimiento tengan mayor probabilidad de embarazarse, concordando con los resultados de Valdivia(2000) en su investigación Conocimiento de las madres adolescentes sobre cuidados maternos del recién nacido y el trabajo de López(1999) Programa de prevención y asistencia de embarazos en adolescentes.

Papalia(2005), nos refiere que un aspecto vital a poner interés, es examinar la información base, seleccionar datos importantes y llevar a cabo la toma de decisiones de una forma consciente y responsable. La adolescente adquiere conocimientos científicos y prácticos; el saber científico, está referido a los conocimientos técnicos adquiridos por medio de los profesionales de salud, medios televisivos u otros medios de comunicación social; y el saber práctico, aquel que las madres adquieren por medio del sentido común y/o de sus experiencias de vida como hija o como madre.

El mejor método de divulgación para modificar los valores y las costumbres son medios de difusión masiva. Los adolescentes son ávidos consumidores de publicidad y están extremadamente influenciados por ella. La preparación para la vida adulta se ha visto afectada en muchos padres por la pérdida o disminución de la orientación familiar y de la comunidad en la cuestión de la sexualidad. Bracho y Gonzales (1997)

Hay investigadores que han concluido en sus estudios que no están acorde los conocimientos que tienen los adolescentes con los que a ellos se hacen llegar, debido a que con los nuevos programas de estudio desde la Enseñanza Primaria se aborda el tema y en la Enseñanza Media ya se concluye el tema en el plan de estudio,

específicamente en Educación Cívica, además de que el resto de las asignaturas deben relacionarse con algún tema de salud.

En la tabla 2: Se presenta la información sobre el peso del recién nacido, observándose que en la variable bajo peso del Recién nacido, se encuentra el mayor porcentaje de recién nacidos con 85% y en el segundo parámetro de muy bajo peso tenemos el 15 %, no se tuvo ningún nacido con bajo peso extremo.

Los resultados de la presente investigación son similares a lo obtenido en la investigación de Auchter, Galeano, Zacarías (2004), en su trabajo titulado Maternidad Adolescente llegaron a la conclusión que la mayoría de los estudios muestran una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso, pareciendo ser el principal riesgo del hijo de madre adolescente y cuyas cifras alcanzan el 68,00%.

El bajo peso de nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. Dado que existe evidencia de que el embarazo temprano se asocia a una situación menos ventajosa en los niveles posteriores de bienestar de la familia y de los hijos de madres adolescentes y que el escaso control prenatal aumenta el riesgo biológico

de Prematurez, retardo de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Cardozo (1998).

El bajo peso al nacer de un neonato implica una serie de condicionantes: en salud propenso a contraer cualquier patología, baja expectativas de un crecimiento y desarrollo en rangos de lo normal, probablemente con baja capacidad intelectual lo que va condicionar su incapacidad para el estudio, y si no mantiene fuertes lazos con sus padres será menos sociable y presentará menor seguridad, quizá baja auto estima y más aun si la madre no le provee de ese amor, cariño que todo recién nacido necesita. Gonzales (1999).

En la tabla 3: Se muestra la relación entre el Recién Nacido y la Edad de la madre adolescente, al someter los resultados a la prueba estadística de independencia de criterios el valor de la Prueba Chi cuadrada es: $\chi_c^2 = 12,593$ para un grado de libertad (g.l.= 1), donde el valor $p=0,001$ es significativo, entonces se afirma que el nivel del Bajo peso de los 120 niños en estudio está asociado a la edad de las madres adolescentes, afirmación que se hace para un 95% de nivel de confianza.

Romano y Blanc(2006) en su investigación titulada: Madres Adolescentes: ¿Factor de Riesgo para bajo peso al nacer y Prematurez? Hospital “Ángela Llano” de la Ciudad de Corriente nos presenta como resultados que: De las 278 gestantes adolescentes

incluidas en la muestra, 23 tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer; 44 tuvieron recién nacidos prematuros; 19 de ellos reunieron ambos resultados perinatales adversos. De las 595 gestantes incluídas en el grupo control, 51 tuvieron recién nacidos de bajo peso, 80 tuvieron recién nacidos prematuros, 45 de ellos reunieron ambos resultados perinatales adversos. Resultados que difieren del obtenido en el presente trabajo.

Por lo que se traduce que las madres en edades de 17-19 años tienen más recién nacidos con bajo peso, resultado que nos permite decir que las madres adolescentes de nuestra región aún no han madurado, se sienten en conflicto o es que el proceso de la adolescencia no ha sido satisfactorio, no se ha establecido su escala de valores, no está definida su perspectiva al futuro, ni posee planes vocacionales claros ni definidos.

En la tabla 4: Los resultados muestran que existe relación entre el bajo peso del recién nacido y la Procedencia de la madre adolescente, que al someterlo a la prueba estadística de independencia de criterios el valor de la Prueba Chi cuadrada es: $\chi^2_c = 6,283$ para un grado de libertad (g.l.= 1), donde el valor $p=0,012$ es significativo, entonces se afirma que el nivel del Bajo peso de los 120 niños recién nacidos en el servicio de neonatología del Hospital "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo está asociado a la procedencia de las madres adolescentes, afirmación que se hace para un 95% de nivel de confianza.

El resultado de la presente investigación guarda relación con los Estudios del INEP (2002) sobre la población adolescente en la ciudad del Cuzco que fue de 21,00% entre los 15 y 19 años la TGF es de 56 por 1000 en zona urbana y 140 por 1000 en zona rural a predominio en zonas rurales.

Resultados que nos sugiere que es prioridad dar mayor énfasis en la atención a las madres adolescentes de la zona rural, con el profesional de salud, los equipos y los medicamentos que requiere para disminuir la tasa de recién nacidos de bajo peso.

El bajo peso del recién nacido de una madre adolescente de zona rural es uno de los grandes problemas de salud pública, puesto que es un predictor de morbilidad y representa la segunda causa de mortalidad perinatal, se usa como indicador de la salud del recién nacido, permitiendo predecir supervivencia y desarrollo, y la capacidad reproductiva de la madre (Guyer, 1999).

En la tabla 5: Se muestra la relación entre el recién nacido de bajo peso: Estado civil de la madre adolescente, al someter los resultados a la prueba estadística de independencia de criterios el valor de la Prueba Chi cuadrada $\chi^2_c = 7,225$ para un grado de libertad (g.l.= 2), donde el valor $p=0,027$ es altamente significativo, entonces se afirma que el nivel

del Bajo peso de los 120 niños en estudio está asociado al estado civil de las madres adolescentes.

La población de madres solteras que se encargan del cuidado de sus hijos sin el apoyo del padre, llega en Junín a 6,90% y en Huancayo a 7,90%. porcentajes que se encuentran en proporciones menores al encontrado en el presente trabajo El Plan concertado se propuso reducir a 5% la cifra de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en la región Junín para el 2012 y reducir la razón de mortalidad materna. (Plan Regional Concertado de Salud - Región Junín, 2005 – 2012).

El estado civil de adolescentes según el Censo del 2007, de los 33 mil 179 hombres de 12-17 años, que declararon ser convivientes, (30,1%) tiene 17 años y el 18,8% 16 años; mientras que de las 75 mil 885 mujeres convivientes, el 44,7% tiene 17 años y 26,3% 16 años observándose una prevalencia de mujeres convivientes. entre 16 y 17 años de edad. En el grupo de hombres casados, menores de 17 años, la proporción es mayor (72,8%) que en el grupo de mujeres casadas de la misma edad (60,0%), es decir, una diferencia de 12,8 puntos porcentuales. En el año 2007, de las mujeres jefe de hogar, el 43,7% está unida (22,6% casadas y 21,1% convivientes) y el 56, 3% corresponde a mujeres solas (21,1% viudas, 15,0% separadas, 18% solteras y 2,2% divorciadas). Censo Nacional (2007) XI de población y VI de vivienda

El embarazo de una madre adolescente soltera, es un fenómeno que conlleva sus propios riesgos de presentar complicaciones, dentro de ellas las amenazas de parto prematuro, niños de bajo peso que afectará su bienestar y funcionamiento familiar. Casi todas las madres solteras, cualquiera sea su estrato social suelen afrontar conflictos respecto a la relación con sus padres, con el padre del niño, a su nueva competencia como madre y con las decisiones acerca de su propio futuro y el de su hijo (Meneghello, 2001).

En la tabla 6: Muestra la relación entre el Recién nacido de bajo peso y la Ocupación de la madre, al someter los resultados a la prueba de Chi cuadrada de independencia $\chi^2 = 13,652$ para un grado de libertad (g.l.= 2), dado que el valor $p=0,001$ es significativo

En relación a los recién nacidos de bajo peso en madres que laboran fuera del hogar es mayor, lo cual concuerda con los resultados obtenidos por Valdivia (2000). Así como Balza (2001), en su trabajo diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo para madres adolescentes llego a la conclusión que según ocupación 96 por ciento fue para oficios fuera del hogar y estudiante 4 por ciento

De lo que se puede decir que el tipo de ocupación es también un factor condicionante para que los recién nacidos sean niños

saludables, razón importante para que el Gobierno Regional y Central de la Región Junín defina estrategias para disminuir embarazos en adolescentes así como crear centros de trabajo para adolescentes gestantes. De modo que puedan laborar y también ser controladas durante su proceso de gestación.

Ocupación es "Aquella faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social La ocupación puede constituir un vehículo o forma de dar sentido, significado a la existencia, incidiendo, por tanto, en el bienestar psicológico y, quizá también, espiritual del ser humano" Moruno Miralles (2003).

En la tabla 7: Nos indica la relación entre el Recién nacido y el grado de conocimiento, resultados dado por el valor de la Prueba Chi cuadrada de independencia entre las variables $\chi_c^2 = 49,412$ para un grado de libertad (g.l.= 3), y como el valor $p=0,000$ es altamente significativo.

Resultado corroborado por Balza (2004) En su trabajo de Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo para adolescentes embarazadas sobre cuidado pre natal, el grado de instrucción secundaria obtuvo un 48%.

El embarazo en la adolescencia también provoca el abandono de los estudios, ya que cuando estas quedan embarazadas deben asumir responsabilidades de madres a muy temprana edad, por lo general no pueden compartir con el estudio, o se les dificulta notablemente por lo que optan por tener a sus bebés y abandonar la escuela. La decisión hipoteca la vida de la joven para siempre, condenada a un presente deniña madre y un futuro con pocas expectativas profesionales y económicas. Ortiz (1998).

Salaverry,(2010) en su investigación titulada embarazo en adolescentes de Lima nos dice es generalmente aceptado que las madres adolescentes son en alto grado carentes de un nivel educacional adecuado; sin embargo nuestro estudio encuentra que el 97,00% de ellas tienen algún grado de educación. Esta situación es observada a pesar de que se ha estudiado a una población de nivel socio económico bajo, que se atiende en la Maternidad de Lima, lugar donde previamente Loli realizó un estudio encontrando que tan sólo el 82,00% de las madres adolescentes tenían algún nivel del educación, y que el 66,00% de las

madres adolescentes sólo tenían primaria. En nuestro estudio el 65,00% de las madres adolescentes tenían educación secundaria. De esto se deduce que si bien es cierto que el nivel educacional de las mujeres se ha incrementado en los últimos años, esto no ha producido una disminución de los embarazos en adolescentes.

Grado De Instrucción es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos. (Silvia Bugada). El nivel de educación y la fecundidad a tan temprana edad, se presentan como inversamente proporcionales, pues el porcentaje de aquellas que tienen estudios superiores es menor que el de adolescentes que ya son madres y no tienen ningún nivel de educación (el 3,00% y el 9,00%, respectivamente). (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES, 2000).

Estos mismos datos estadísticos reflejan en todas las regiones. Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación (37,00%), y entre aquellas que residen en la selva (26,00%) y en el área rural (22,00%) (ENDES, 2000).

En la tabla 8: Se muestra la relación entre el Recién nacido de bajo peso y el nivel de conocimiento de las madres adolescentes, al someter los resultados a la prueba estadística de independencia de criterios el valor de la Prueba Chi cuadrada $\chi^2_c = 31,700$ para un grado de libertad (g.l.= 2), y como el valor $p=0,000$ es altamente significativo

Resultado que es similar a lo obtenido por Balza (2001), quien encontró un 48 por ciento de nivel de conocimiento sobre cuidados durante la gestación. Valdivia (2000), con su trabajo Conocimiento de las madres adolescentes sobre cuidados maternos del recién nacido ha demostrado que con la creación de los consultorios médicos y su estrecha relación con la comunidad, se crea el marco propicio de confianzas, respeto y ayuda necesario para la modificación de valores y actitudes.

La OPS (2005), nos dice que: Uno de los mecanismos de mejora lo constituyen los grupos de apoyo entre los cuales, por supuesto no puede faltar el círculo de adolescentes. La constitución y funcionamiento sistemático. Así como su finalidad no solo de agrupar a los jóvenes, sino de ofrecerles una educación encaminada a esclarecer dudas, derribar tabúes y barrer mitos que tienen sobre sexualidad humana, son de gran importancia adjetivos que no se logran con la familia, la escuela, los medios de prensa y otros, encontramos la importancia ya mencionada del

binomio médico y enfermera de la familia.

Se ha demostrado la hipótesis de investigación: *“Existe una relación directa y significativa entre los factores biosocio-culturales de las madres adolescentes y el bajo peso de los niños recién nacidos en el servicio de neonatología del Hospital “Daniel Acides Carrión” de Huancayo 2011.*

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Auchter, Galeano, Zacarías (2004), en su trabajo titulado Maternidad Adolescente llegaron a la conclusión que La mayoría de los estudios muestran una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso, pareciendo ser el principal riesgo del hijo de madre adolescente y cuyas cifras alcanzan el 18%. El bajo peso de nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. Dado que existe evidencia de que el embarazo temprano se asocia a una situación menos ventajosa en los niveles posteriores de bienestar de la familia y de los hijos de madres adolescentes y que el escaso control prenatal aumenta el riesgo biológico de retardo de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.

V- CONCLUSIONES

De los resultados encontrados, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Del total de madres adolescentes el 60 por ciento tienen entre 17-19 años; el 53.3 por ciento trabajan fuera del hogar; el 60.8 por ciento son solteras, el 65.8 por ciento son de procedencia rural el 45 por ciento tienen instrucción secundaria y el 59.1 por ciento presentó nivel de conocimiento regular.
2. El 85 por ciento fueron recién nacido con bajo peso, el 15 por ciento presentó recién nacido con muy bajo peso y no se encontró recién nacido de Bajo peso extremo.
3. Los factores grado de instrucción y nivel de conocimiento de la madre adolescente, guarda relación estadística altamente significativa con el bajo peso del recién nacido. Los factores edad, ocupación,

procedencia y estado civil de la madre adolescente, guardan relación estadística significativa con el bajo peso del recién nacido.

VI- RECOMENDACIONES

1. Fomentar la creación de escuelas para padres en los colegios municipalidades y centros de salud con la finalidad de desarrollar programas educativos destinados a mejorar el nivel de comunicación de los padres con sus hijas/os y así puedan identificar problemas propios de los adolescentes, ayudándolos a resolver con conocimiento y responsabilidad.
2. A los establecimientos de salud, a través del Programa Materno Perinatal, organizar talleres exclusivos de control pre natal y nutricional, dedicado a las madres adolescentes embarazadas, cuyo objetivo sea disminuir las tasas de bajo peso en los recién nacidos.
3. Impulsar el programa de salud escolar y adolescente en los centros educativa a través de talleres, desarrollando actividades y estrategias de información, educación y comunicación sobre sexualidad

responsable en la adolescencia y su desarrollo incluyendo factores de riesgo tanto para la madre como para el futuro bebe.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Española, Diccionario de la lengua española, (2001). Vigésima segunda edición, Madrid, Real Academia Española (y por línea en <http://www.rae.es>, apartado "diccionario").

Alison, M. & Fraser M, & John E. (2002). Brockert, Ward. Association Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes. The New England Journal of Medicine.

Alva, L. & Jimenez, G. (2008). "Percepción de la Calidad de Atención de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes del Hospital de San Juan de Lurigancho de Octubre a diciembre 2007", Tesis Perú.

Auchter, & Galeano, H. (2003). "Embarazo adolescente". Riesgos para la madre y el niño. Centro Materno neonatal, ciudad de Corrientes". 1º Congreso de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste Corrientes.

Báez, A & Velázquez H. (2004). "Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. Rev. Cubana Enfermería".

Bazán, M. & Villanueva, K. (2005). "Relación entre el Uso de Métodos Anticonceptivos y el Embarazo no Planificado en Adolescentes". Tesis. Perú.

Bruno, S. (2008) "Adolescencia Latinoamericana Vol. 1 No.4, Porto Alegre, Brasil.

Bortman, M. (2005). "Factores de riesgo de bajo peso". Rev. Panamericana de Salud.

Bugeda, S. (2005)." Definición de Educabilidad " en www.Psicopedagogía.comBajado el 20 de junio.

Chirinos,J., Arredondo A.(2000)"La Calidad de Vida y el Proceso Salud – Enfermedad". Revista Peruana de Epidemiología. Vol. N°7.

Colmenares, Z. & Montero, L., Reina, R., González, Z. (2008). Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada, Universidad deNurcia, España.

Curo,N.,TedescoJ. (2000) "Las condiciones de Educabilidad de los niños y adolescentes en América Latina". Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación, versión preliminar, Buenos Aires.

Diccionario Enciclopédico Vox 1. © 2009 Larousse Editorial, S.L.

Donas, S. (1999). "Vulnerabilidad, Protección y riesgo". OPS/OMS, Caracas. Venezuela. Donas, S. "Marco Epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente" (versión actualizada) OPS/OMS, Caracas, Venezuela.

Fernández, L. & Carro E. & Oses D. & Pérez J. (2007).Caracterización de

la gestante adolescente. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología 30(2).

URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2004000200002&script=sci_arttext.

Israel L., & Lugones M. & Valdés L. (2004). "Algunos factores Maternos relacionados con el bajo peso al nacer". Rev. Cubana Obsté. Ginecología.

Manual de Salud Reproductiva. (2001) Programa de Atención Integral de salud para el Adolescente. Normas y Funciones. 2da. Edición. Caracas.

Schwartr & Cols. (1999). "Bajo Peso al nacer y morbimortalidad perinatal en maternidades de América Latina".

Miranda, R. (2005). "Factores Bio-psicosociales relacionados al Embarazo en Adolescentes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa El Salvador". Tesis. Perú.

Mongrut, A. (2000). "Tratado De Obstetricia", Ed. Sesator. Lima Perú.

Moruno, P. (2002). "Razonamiento clínico en terapia ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico". Tesis Doctoral. Departamento de Psicología Biología y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid.

Mustelier, R. & Valdespino F. (2001). La salud reproductiva en el adolescente. Algunas consideraciones importantes. La Habana: Centro Nacional Educación para la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). "Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la

salud. Serie de Informes Técnicos”, 572. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2001). “Briefing note 3 on adolescent health- Provision of health services. Briefing Notes on Selected Adolescent Health Issues” Geneva, World Health Organization, Department of child and Adolescent Health and Development.

Organización Panamericana de la Salud, (1995). “Salud del Adolescente”. OPS/OMS Washington P.

Organización Panamericana de la Salud, (2003). “BIREME y el Sistema Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud: hacia la biblioteca virtual en salud”. En: Packer A, Castro E, eds. Biblioteca virtual en salud. São Paulo: BIREME, BC Gráfica Editora.

Palacios, D., Castro, C., Reygadas D. (2004). “Calidad de Vida: Una Perspectiva Individual”. Monografía.

Romano, F., Blanc, L. (2005-2006). “Madres Adolescentes: ¿Factor de riesgo para bajo peso al nacer y Prematurez? Servicio de Tocoginecología y Obstetricia del Hospital “Ángela I Llano” de la Ciudad de Corrientes.

Ruoti, M. & Ruoti, A. (1999). Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de investigaciones de Ciencias de la Salud. Paraguay, Universidad de Asunción.

Schwartr, & Cols. (1999). “Bajo Peso al nacer y morbilidad perinatal en maternidades de América Latina”.

Villalobos, V. (2002). "Factores asociados al embarazo en adolescentes del P.J. San Antonio. Chiclayo (Perú).

VIII.ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

ANEXO 1

CUESTIONARIOSOBRE:FACTORES BIOSOCIO-CULTURALES DE
MADRES ADOLESCENTES(CFBSCMA).

Autora: Soldevilla (2011)

I. DATOS INFORMATIVOS MATERNOS

INSTRUCCIONES:

Señora el presente test es personal, Anónimo, y los resultados serán manejados en forma confidencial. Le agradecemos responder con sinceridad, marcando con una "X", en el casillero de la respuesta que crea correcta.

Edad:

- < – 13 años ()
14 – 16 años ()
17 – 19 años ()

Ocupación:

- Ama de casa ()
Trabajadora ()
Estudiante()

Procedencia:

- Rural ()
Urbana ()

Estado Civil:

- Soltera ()
Casada ()

económico y educativo.		
15. La posición más adecuada para revertir situaciones de bradicardia, palidez, náuseas, vómitos, sudoración es (decúbito lateral izquierdo).		

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACION DEL BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO (FIBPRN).

Se considera 3 parámetros: BPRN, MBPRN, EBPRN

Marque con una "X" en el casillero que corresponda al peso de su bebe.

PARAMETROS DE PESO	PESO
Recién Nacido de bajo peso de 1500 a 2500 gramos	
Recién Nacido de muy bajo peso de 1000 a 1499 gramos	
Recién Nacido de bajo peso extremo Menos de 1000 gramos	

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO FACULTAD DE ENFERMERIA

SEGUNDA ESPECIALIDAD DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Yo, Enfermera Especialista en Pediatría Edith Altamirano Melgarejo, que laboro en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, certifico la validez del Instrumento: *Cuestionario sobre: Factores Bio-socioculturales de Madres Adolescentes, Nivele de conocimiento de Madres Adolescentes sobre cuidados Durante el Embarazo y La ficha de Identificación del Bajo Peso al Nacer* del informe de Tesis Titulado “**Factores Bio-socioculturales de Madres Adolescentes Relacionados con el Bajo Peso del Recién Nacido – Hospital “Daniel Alcides Carrión” Huancayo, 2011**”, cuya autora es la Licenciada en Enfermería Ana María Soldevilla Balbín.

Se expide por lo tanto la presente constancia a solicitud de la interesada, para fines que ella estime conveniente.

Huancayo, 12 de Enero de 2012

Edith Altamirano

Lic. Enfermería Edith Altamirano Melgarejo

CEP. N° 10279

N° DE ESP. EN PEDIATRIA 3635

ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA


SEGUNDA ESPECIALIDAD DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Yo, Elba Luz Quintanilla Escalante, Enfermera Especialista en Neonatología que laboro en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, certifico la validez del Instrumento: *Cuestionario sobre: Factores Bio-socioculturales de Madres Adolescentes, Nivele de conocimiento de Madres Adolescentes sobre cuidados Durante el Embarazo y La ficha de Identificación del Bajo Peso al Nacer* del informe de Tesis Titulado “**Factores Bio-socioculturales de Madres Adolescentes Relacionados con el Bajo Peso del Recién Nacido – Hospital “Daniel Alcides Carrión” Huancayo, 2011**”, cuya autora es la Licenciada en Enfermería Ana María Soldevilla Balbín.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para fines que ella estime conveniente.

Huancayo, 12 de Enero de 2012


DISPONIBLE EN EL REGISTRO PÚBLICO
Quinrigio Daniel A. Carmon Hijo
Elba L. Quintanilla Escalante
CF: 14343

Lic. Enfermería Elba Luz Quintanilla Escalante

CEP. N° 14343

N° DE ESP. EN NEONATOLOGIA 3636

ANEXO 5



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA**

SEGUNDA ESPECIALIDAD DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Yo, Janet Julia Chunga Medina, profesora auxiliar a tiempo completo del Departamento Académico de la Mujer y el Niño de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo; mediante el presente certifico mi asesoramiento para la elaboración del informe de tesis titulado **FACTORES BIO-SOCIOCULTURALES DE MADRES ADOLESCENTES RELACIONADOS CON EL BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO** HOSPITAL “DANIEL ALCIDES CARRION” HUANCAYO”, de la Licenciada en Enfermería Soldevilla Balbín Ana María.

Se expide el presente documento a solicitud de la interesada, para los fines que estime conveniente.

Huancayo, Abril del 2012.

Ms CHUNGA MEDINA, Janet Julia

Código N°4853