

**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE TRUJILLO**

Facultad de Enfermería

*Escuela Académica Profesional de
Enfermería*

**“FACTORES BIOSOCIOCULTURALES Y NIVEL DE
INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO
A TÉRMINO EN PRIMIGESTAS, MOCHE- 2013”**

AUTORAS : Br. NIETO POLO SALINAS, MARIA SUSANA

Br. ÑIQUE GARCIA, LUCIA CAROLINA

ASESORA : MS. FLOR MARGARITA MARQUEZ LEYVA

*Trujillo – Perú
2013*

SUMARIO

	Pág.
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODO	15
III. RESULTADOS.....	25
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	31
V. CONCLUSIONES	47
VI. RECOMENDACIONES	48
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	56

“FACTORES BIOSOCIOCULTURALES Y NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO A TÉRMINO EN PRIMIGESTAS, MOCHE - 2013”

*Nieto Polo Salinas, María Susana¹
Ñique García, Lucía Carolina¹
Márquez Leiva, Flor Margarita²*

RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo correlacional, se realizó con primigestas, con la finalidad de determinar la relación entre los factores biosocioculturales: edad, grado de instrucción, unión conyugal, zona de procedencia y el nivel de información sobre los cuidados del recién nacido a término de las primigestas atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Lucía de Moche, 2013. El universo muestral estuvo constituido por 68 primigestas, a las cuales se les aplicó el test de “Nivel de información sobre cuidados del recién nacido a término”. Los resultados fueron procesados en SPSS versión 19 y presentados en tablas simples y dobles con frecuencias numéricas y porcentuales. Para el análisis estadístico se aplicó la prueba Chi cuadrado de independencia de criterios, con un nivel de significación del cinco por ciento. Los resultados obtenidos reflejan que el 55.9 por ciento de primigestas estudiadas son mayores de 20 años, el 45.6 por ciento tiene un grado de instrucción superior, el 69.1 por ciento no cuenta con una pareja, el 60.3 por ciento proceden de la zona rural y un 54.4 por ciento tienen un nivel de información bajo; resultados que muestran que existe relación entre los factores de edad y zona de procedencia con el nivel de información sobre los cuidados del recién nacido a término de las primigestas en estudio.

Palabras claves: Primigesta, factores biosocioculturales, cuidados del recién nacido.

¹ Autoras: Bachilleres de Enfermería egresadas de la Universidad Nacional de Trujillo.

² Asesora: Docente auxiliar del Departamento en Salud de la Mujer y el Niño de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.

BIOSOCIOCULTURALES FACTORS AND INFORMATION LEVEL ON THE NEWBORN'S CARE TO TERMINO IN PRIMIGESTAS, MOCHE - 2013

*Nieto Polo Salinas, María Susana¹
Ñique García, Lucía Carolina¹
Márquez Leiva, Flor Margarita²*

ABSTRACT

This descriptive correlational research was carried out with primigravida, in order to determine the relation of biosocioculturales factors: age, education level, marital union and area of origin and level of information on care of the newborn at term of primigravida attending the Maternal and Child Health Center Santa Lucia de Moche, 2013. The sample universe consisted of 68 primigravida, to which they applied the test of "Level of information about newborn care term." The results were processed in SPSS version 19 and presented in simple tables and double numerical frequencies and percentages. For statistical analysis we applied the chi-square test of independence of criteria, with a significance level of five percent. The results show that 55.9 percent of first pregnancies studied are older than 20 years, 45.6 percent have a superior- instruction grade, 69.1 percent haven't a partner, 60.3 percent come from the rural area and 54.4 percent of first pregnancies have a hushed information level, results show relation between factors of age and area of origin with the level of information about care of the newborn at term of the primigravida.

Keywords: primigravida, biosocioculturales factors, care of the newborn.

¹ *Authors: Bachelors nursing left of Trujillo's University Nacional.*

² *Advisor: the Woman's Teaching helper at the Department of Woman and Child Health, Faculty of Nursing, National University of Trujillo.*



I. INTRODUCCION

Por razones prácticas, administrativas y estadísticas, se designa como recién nacido a todo niño menor de 28 días, pudiendo ser clasificados en recién nacido a término (RNT) a aquellos nacidos con 37 o menos de 42 semanas de gestación, recién nacido prétermino (RNPR) a los nacidos con menos de 37 semanas y recién nacido postérmino (RNPT) a aquellos nacidos con más de 42 semanas de gestación (OPS, 2009).

El recién nacido es considerado como un individuo inmaduro, que no puede satisfacer sus necesidades por sí mismo, lo que le hace además estar calificado como totalmente dependiente. A pesar de lo antes mencionado la mayoría de los recién nacidos sanos (aquellos producto de un embarazo de duración normal, sin enfermedad ni complicación, cuyo parto es de evolución normal con características anatómicas y fisiológicas en el momento de nacer normales) no necesitarán de cuidados especiales, pero sí, de cuidados básicos como alimentación, baño, curación del muñón umbilical, vestido, sueño, estimulación temprana y administración de vacunas (Muñoz y col, 2005).

Según el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, cada año se registran en todo el mundo cerca de 75 millones de nacimientos, la mayoría de los cuales se producen en naciones pobres. (UNFPA, 2001).



Actualmente, la mortalidad perinatal es uno de los mayores problemas de salud pública, especialmente en países en vías de desarrollo, donde ocurre el 98% de ellas, debido a que el recién nacido es un individuo extremadamente dependiente, que debe ser manipulado con atención y cuidado; pues durante esta etapa suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de su vida (Farnetani, 2002).

A nivel de Latinoamérica, nacen aproximadamente 12 millones de niños al año, de los cuales 400.000 mueren antes de cumplir los 5 años; 270.000 antes del primer año y 180.000 durante el primer mes de vida (OMS, 2008).

En el Perú, la mortalidad neonatal corresponde a 13.86 por mil nacidos vivos y se estima que cada año nacerán 335 mil niños. Además, se conoce que las dos terceras partes de las muertes infantiles ocurren en el primer mes de vida, de éstas las dos terceras partes se presentan en la primera semana; y de éstas las dos terceras partes se presentan en las primeras 24 horas. El riesgo de que un bebé muera en el primer mes de vida es 15 veces mayor que en cualquier otro momento (ENDES, 2004).

Entre las principales causas de mortalidad en el periodo neonatal durante el año 2007, se tiene en primer lugar a las infecciones neonatales con un 23.9 por ciento, seguidas por asfixia y trauma con un 16 por ciento; mencionando sólo a aquéllas estrechamente relacionadas con el



cuidado del recién nacido, las cuales ya en conjunto representan aproximadamente un 40 por ciento (MINSa, 2010_a).

En la región La Libertad, la tasa de mortalidad neonatal corresponde a 18 por mil nacidos vivos. Mientras que, entre las regiones de país que muestran mayores tasa de mortalidad neonatal están Puno, Loreto y San Martín, cuyos valores son entre 3 y 5 veces superiores a los presentados en las regiones con menor mortalidad, como son Lima y Madre de Dios (MINSa, 2010_a).

A nivel local, en la Micro Red de salud Moche, el informe de morbilidad del año 2010, expresa que del total de consultas externas según grupo etáreo un 41 por ciento corresponde a los niños, y de éstas las principales enfermedades son las infecciones respiratorias agudas seguidas de las infecciones diarreicas agudas (Novafis, 2012).

En cuanto al cuidado del recién nacido, desde el siglo XV hasta el XVIII, estuvo a cargo de las comadronas, nodrizas, matronas y/o amas de cría, sin embargo es recién a partir del siglo XIX que se considera que la responsabilidad del cuidado del recién nacido, deberá ser exclusivamente de la madre, quien debe atender todas las necesidades básicas de su hijo, pues la madre constituye un elemento indispensable en la vida del niño, especialmente durante el primer año de vida. Es también la responsable de enseñarle a que se cuide y que adopta medidas adecuadas para su salud (Aguayo y col, 2004; Cosoi, 2001).



En la actualidad existe un alto porcentaje de mujeres que están gestando por primera vez (primigestas), la mayoría de ellas son madres adolescentes, quiénes a su corta edad asumirán el rol de madres y necesitarán apoyo, comprensión y ayuda, ya que están sensibles, inseguras y desvalorizadas; es por ello que para comprender como asumen su nuevo rol, se debe tener en cuenta que los cambios psicológicos, estarán condicionados por su historia de vida, por la relación de pareja, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal (Diccionario médico, 2010; Jiménez, 2004).

Las madres aprenden por ensayo y error, y a pesar de dedicar lo mejor de sí mismas, el cuidado de su recién nacido muchas veces no será el adecuado, ya que éste está en relación al conocimiento que ella posea, influenciado a su vez por diversos factores como: edad, grado de instrucción, unión conyugal y zona de procedencia (Maddaleno, 2000).

La edad materna, es importante para determinar si la madre tiene experiencia y está preparada para criar a un recién nacido, por consiguiente con madres muy jóvenes los recién nacidos están expuestos a diversos peligros por negligencia sin que ellas se percaten; se observa también mayor incidencia de retraso en el desarrollo físico, intelectual y educativo en los niños que nacen de madres adolescentes; en el Perú, el 86 por ciento de las primigestas son adolescentes, es necesario reconocer que la mayor mortalidad neonatal se produce en



hijos de mujeres menores de 20 años (15 por mil nacidos vivos).
(Chapilliquen, 2009; Ministerio de Salud, 2005)

Así mismo las madres que se encuentran con una pareja estable, van a realizar un mejor cuidado al recién nacido gracias al apoyo económico y emocional que van a recibir por parte del conyugue, manteniendo así la solidez familiar (Salaverry, 2004)

En América Latina, un gran porcentaje de las madres adolescentes crían a su hijo sin apoyo familiar y un gran porcentaje de ellas desconocen aspectos relacionados al cuidado de su hijo recién nacido, unido a esto el hecho de que los jóvenes con su primer hijo a temprana edad tienen inestabilidad con la pareja, no alcanzan un alto nivel educativo y a lo largo de su vida tienen un ingreso económico reducido que no les permite satisfacer las necesidades básicas de su hijo. (Hernández y Martínez, 2004)

El grado de instrucción es otro de los factores que están asociados con el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre prácticas sanitarias adecuadas, es un factor vital en el ser humano que permite examinar los conocimientos que ha adquirido durante el transcurso de su vida y así llegar a la toma de decisiones de manera consciente y responsable, porque al adquirir nuevos conocimientos ayudan a modificar el trato y cuidado de sus hijos lo que hace un cambio de actitud (Henriquez y Guillen, 2002).



Se observa que las madres con bajo grado de instrucción desconocen aspectos sobre crecimiento y desarrollo del niño restando importancia a los cuidados que requiere. Por el contrario, a mayor grado de instrucción materno, la madre será más propensa a obtener información en los servicios de salud, y en otros medios para cumplir mejor su rol y brindar a su niño cuidados de calidad (Papalia, 2005).

En el Perú, existe una asociación inversa entre el nivel de educación y la mortalidad infantil, es decir que en medida que aumenta el nivel de educación la mortalidad infantil disminuye; esto se evidencia en una mortalidad neonatal de 20 por mil nacidos vivos en mujeres sin educación y de 9 por mil nacidos vivos en mujeres con educación superior. (INEI, 2009_a).

Otro factor condicionante para el adecuado cuidado del recién nacido es la procedencia materna, que guarda relación con las creencias y costumbres que encuentran profundamente arraigadas en las personas que viven en distintas regiones, las misma que son adquiridas a través de sus antecedentes y/o medios de comunicación y, a la vez, influyen en los hábitos alimentarios, en tipo de atención en problemas de salud, la aceptación o no de vacunas, prevención y tratamiento de enfermedades, entre otros (Gonzales y Silva, 2006).

Cabe mencionar que las comunidades rurales y urbano marginales se ven afectadas por el ambiente de pobreza, hacinamiento,



delincuencia y difícil acceso a la educación y servicios de salud; es así que en el Perú la mortalidad neonatal, en la zona urbana es menor que en la rural (8 y 11 por mil nacidos vivos respectivamente). (Bianchi, 2001; INEI, 2009_b).

Se entiende así, que las madres se implican en los cuidados del recién nacido, formando parte prioritaria de los mismos y participando en las decisiones respecto a su hijo. Como sus cuidadoras naturales, forman parte del equipo de cuidadores; por lo que el personal de enfermería les debe ofrecer información con un lenguaje claro y sencillo (Ministerio de Sanidad y Política Social-España, 2010).

Entre los cuidados mediatos del recién nacido, los más importantes son: Curación del muñón umbilical; que es un tubo largo y grueso que mide entre 30 a 100 cm. Aproximadamente, su diámetro mide 2 cm., está formado por dos arterias y una vena, se forma a partir de la cuarta o quinta semana de embarazo y permiten que se produzca el intercambio de oxígeno, anhídrido carbónico y sustancias nutritivas entre la placenta y el feto. La sustancia que lo envuelve recibe el nombre de “gelatina de Wharton” que le hace ser muy flexible y maleable, lo que impide que el bebé se enganche en él. Cuando es cortado el cordón umbilical, queda un muñón de aproximadamente 3 cm. que va cambiando de color, de amarillo a marrón o negro, hasta que se seque y se desprenda completamente entre los 7 y los 14 días. Es normal que en la base del ombligo haya cierta humedad y secreción amarillo-fibrinosa lo



que lo hace un medio excelente para el crecimiento bacteriano, por ello, se debe curar con alcohol al 70 % con torundas de gasa o algodón tres veces al día mínimo (Bada, 2007)

Antes de bañar al recién nacido se debe hacer hincapié en el equipo necesario y en la necesidad de adoptar medidas de seguridad sobre todo en relación con la temperatura del agua y con la vigilancia del lactante en todo momento, el cual debe estar en posición de decúbito ventral, colocado sobre la palma de la mano izquierda, y lavar con la mano derecha; la frecuencia del baño debe ser diaria y la duración no debe exceder de 10 minutos. (Ballabriga, 2002).

La limpieza debe efectuarse en dirección céfalo caudal. Se empleará un paño para lavar al bebé y se le dará la vuelta en cada pasada, de modo que siempre toque la piel una parte limpia. La limpieza de los ojos debe efectuarse con cuidado, desde la parte interna hacia la externa. A continuación se limpia la cara y se inspecciona con detalle las narinas en busca de posibles secreciones costrosas, seguidamente se limpia el cuero cabelludo; con un jabón suave. El resto del cuerpo debe mantenerse cubierto mientras; la cabeza debe secarse enseguida para evitar la pérdida por evaporación, las orejas deben limpiarse con el extremo doblado del paño y no con un hisopo, el cual, si se inserta en el canal, puede dañar el oído; el resto del cuerpo debe lavarse de forma similar; sin embargo, ciertas zonas, como los pliegues del cuello, las axilas y las arrugas de las articulaciones, requieren una atención especial,



el área que rodea al cuello es especialmente propensa a presentar erupciones cutáneas por regurgitación del alimento se debe lavar y secar con cuidado (Poblete, 2010).

Otro cuidado muy importante, es el fomento la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, ya que contiene las cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas, grasas, enzimas digestivas, minerales, vitaminas, hormonas y los anticuerpos de la madre que ayudan al bebé a contrarrestar las infecciones. El recién nacido debe lactar a libre demanda, es decir cada vez que desee pero es necesario saber que el tiempo entre lactadas no debe exceder de dos a dos y media horas; la duración y frecuencia de las mamadas durante la primera semana de vida es de aproximadamente 20 a 30 minutos en cada pecho, sin embargo poco a poco la succión se hará más vigorosa por lo tanto irá disminuyendo el tiempo que necesita para satisfacer su hambre, tal es así que el tiempo de succión será de 10 a 15 minutos en cada pecho. (Ballabriga, 2002).

Respecto al cambio de pañal, es un conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los padres. Es una parte esencial del cuidado del recién nacido, hasta que el niño aprende a usar el baño que es generalmente a los 3 años de edad, se calcula que un bebé usa entre seis y diez pañales por día, por ello la necesidad de darles una buena educación a los padres para que lo realicen con rapidez y facilidad a fin de evitar las irritaciones de la piel como la dermatitis de pañal que es un



cuadro frecuente y ocurre prácticamente en todos los recién nacidos, puede ser muy leve y mejorar con medidas generales como el cambio frecuente de pañales. La forma de prevenir esta irritación es mantener al recién nacido seco. (Muñoz, 2005; Salomón, 2000).

Otro punto importante es cómo vestirlo, se recomienda de acuerdo con el clima y teniendo en cuenta que el niño es muy susceptible a las temperaturas extremas. Es aconsejable el uso de ropas holgadas, amplias y en lo posible desprovistas de botones, ganchos o broches que lo puedan molestar. La ropa debe ser de material suave y no alergénicos como el algodón (Correa, 2000).

Respecto al sueño, los recién nacidos que estén bien y se sientan cómodos en general dormirán la mayor parte del tiempo y se despertarán y llorarán sólo cuando tengan hambre o se sientan incómodos. Algunos duermen hasta 20 de las 24 horas (aunque esto varía en forma considerable de uno a otro niño). Su sueño no es profundo como el del adulto, más bien los recién nacidos se mueven mucho, se estiran y a intervalos despiertan en forma momentánea (Rush University Medical Center, 2010)

Por otro lado, el recién nacido es capaz de ver, oír, oler, degustar y sentir; por lo que debe ser estimulado en todas estas áreas para favorecer el desarrollo psicomotriz. La estimulación visual se basa en mostrarle a 30 cm. de distancia de los ojos, móviles en color blanco y



negro, al igual que las figuras geométricas. La estimulación auditiva se basa en hablarle, cantarle, hacerle escuchar música suave o clásica. La estimulación olfativa se refiere a pasarle un recipiente con leche materna por ambas fosas nasales, así como sustancias de olor dulce. Finalmente la estimulación táctil se basa en la aplicación de masajes de piel a piel con diferentes texturas (Behrman, 2004).

La asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo del niño, es importante, pues es allí donde se evalúa el estado nutricional, utilizando parámetros como edad, peso y talla; se realiza el examen físico completo detectando cualquier alteración que pueda ser perjudicial para su salud, se brinda consejería y orientación sobre el estado actual del niño, haciendo énfasis en aspectos preventivo promocionales; además se administran las vacunas para reforzar su sistema inmunitario, previniendo así muchas enfermedades; por ello el recién nacido debe recibir las vacunas HvB y BCG (Bacilo de Calmette – Guerin); que lo protegen contra la Hepatitis B y las formas graves de tuberculosis respectivamente (MINSA, 2010b).

En relación a los antecedentes sobre el presente estudio, existen los siguientes trabajos:

Quiroz y Rodríguez (2006), realizaron una investigación en el hospital Tomas Lafora de Guadalupe sobre los factores socioculturales maternos que influyen en el cuidado del niño menor de un año,



demostrando que la edad, el grado de instrucción y la procedencia de la madre influyen en el cuidado materno al niño menor de un año.

Alvitres y Gálvez (2008), realizaron una investigación en el hospital de apoyo de Chepén, sobre factores biosocioculturales y nivel de información sobre cuidados del recién nacido a término en madres primíparas, demostrando que el grado de instrucción y la procedencia de la madre influyen en el nivel de información sobre cuidados del recién nacido.

Paredes y Ruiz (2008), realizaron una investigación en el hospital Leoncio Prado de Huamachuco sobre los factores socioculturales y el nivel de conocimientos de las madres primíparas sobre cuidado del recién nacido, demostrando que la edad, el grado de instrucción y la ocupación influyen significativamente en el nivel de conocimientos maternos sobre cuidados del recién nacido.

Llanos y Malca (2010), realizaron una investigación en el hospital de apoyo Chepén sobre los factores sociodemográficos y su relación con el nivel de información sobre cuidados del recién nacido en madres adolescentes, demostrando que el factor fuentes de información influye en el nivel de información materna.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado y observando durante las prácticas pre profesionales que un gran número de madres que se enfrentaban a la experiencia de tener un hijo por primera vez, no poseían



los conocimientos necesarios para el cuidado óptimo de su recién nacido, es que surge la inquietud por determinar el nivel de información que tiene las primigestas respecto al cuidado del recién nacido a término y si guardan relación con algunos factores biosocioculturales de las madres como la edad, grado de instrucción, unión conyugal y zona de procedencia.

De esta manera, el presente trabajo de investigación pretende valorar las necesidades educativas de este grupo poblacional, a fin de orientar y/o mantener con eficacia acciones educativas en los programas de educación para la salud y que participe el equipo multidisciplinario de salud entre ellos principalmente el profesional de enfermería, quien por la naturaleza de su trabajo posee la posibilidad de establecer relaciones no sólo de tipo asistencial, sino también de carácter educativo mediante el ejercicio de su rol docente.

Por lo que nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación que existe entre los factores biosocioculturales: edad, grado de instrucción, unión conyugal y zona de procedencia y el nivel de información sobre el cuidado del recién nacido a término en primigestas, Moche – 2013?



OBJETIVOS:

GENERAL:

Establecer la relación que existe entre los factores biosocioculturales: edad, grado de instrucción, unión conyugal y zona de procedencia y el nivel de información sobre los cuidados del recién nacido a término en primigestas, Moche – 2013.

ESPECIFICOS:

Identificar los factores biosocioculturales: edad, grado de instrucción, unión conyugal y zona de procedencia de las primigestas, Moche – 2013.

Determinar el nivel de información sobre el cuidado del recién nacido a término en primigestas, Moche – 2013.



II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal (Polit y Hungler, 2000), se realizó con las primigestas atendidas en los establecimientos de salud del Distrito de Moche, durante los meses de Abril a Mayo del 2013.

2.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO:

2.2.1 Universo Muestral:

La muestra estuvo conformada por 68 primigestas, inscritas en el módulo de atención integral de la mujer de los Establecimientos de Salud pertenecientes al Distrito de Moche, según reporte de la unidad de estadística de dicha Micro Red.

2.2.2 Unidad de Análisis:

La unidad de análisis estuvo conformada por cada una de las primigestas, que se atendieron en los establecimientos de salud del Distrito de Moche durante los meses de Abril a Mayo del 2013 y que cumplían con los criterios de inclusión.



2.2.3 Criterios de Inclusión:

- Primigestas pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Materno Infantil Santa Lucia de Moche.
- Primigestas que realizaron al menos un control prenatal en los establecimientos de salud del Distrito de Moche: Centro de salud Materno Santa Lucia de Moche, Puesto de Salud Alto Moche, Puesto de Salud Las Delicias, Puesto de Salud La Campiña y Puesto de Salud Curva de Sun.
- Primigestas sin alteraciones cognitivas o enfermedades graves.
- Primigestas que participaron voluntariamente en la investigación.

2.3. INSTRUMENTO:

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento de carácter anónimo: Test del Nivel de Información sobre Cuidados del Recién Nacido a Término; elaborado por Alayo y Capristán (1995) y modificado por las autoras, que consta de 25 ítems distribuidos en dos secciones:

- A. Datos de Identificación, los que incluyen: edad, grado de instrucción, unión conyugal y procedencia.



B. Nivel de Información sobre cuidados del recién nacido a término, el que consta de 21 ítems, cada uno conformado por cuatro alternativas. Estos ítems fueron calificados con puntaje de dos si la respuesta fue correcta y cero si la respuesta fue incorrecta.

Para valorar en nivel de información materno sobre cuidados del recién nacido, se calificó según la siguiente categorización:

- **Nivel de información bajo** : 0 - 21 puntos
- **Nivel de información mediano** : 22 - 32 puntos
- **Nivel de información alto** : 33 - 42 puntos

2.4. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS:

2.4.1 Prueba piloto:

La prueba piloto fue aplicada a 40 gestantes del distrito La esperanza, por contar con similares características sociodemográficas a la población en estudio. La aplicación de esta prueba permitió evaluar la redacción, comprensión, practicidad y tiempo de aplicación del instrumento; proporcionando a la vez las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.



2.4.2 Validez:

El instrumento fue validado con el Coeficiente de Correlación de PEARSON y significancia (la correlación de Pearson es significativa cuando tiene valor ≥ 0.3 y se considera con alta significancia cuando el valor es ≥ 0.01).

La validez del instrumento utilizado en la investigación se detalla a continuación:

Valor de Coeficiente de Correlación de Pearson	Probabilidad "p"	Significación
0.698	0.00	Altamente significativa

Si es válido el Test

2.4.3 Confiabilidad:

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la prueba estadística Alpha de Cronbach. Esta prueba se considera significativa cuando el valor es ≥ 0.7 .

La confiabilidad del instrumento aplicada a la prueba piloto se detalla a continuación:

Valor de la Prueba Alfa de Crombach	N° Casos	N° Item
0.7976	40	21

Si es confiable el Test



2.5. PROCEDIMIENTO:

El estudio se realizó previas coordinaciones con el Gerente y los jefes de los establecimientos de Salud pertenecientes al Distrito de Moche, así como con el personal de enfermería y de obstetricia.

Se realizó la identificación de las primigestas mediante coordinaciones con el personal responsable del Módulo de Atención Integral de la Mujer, con la finalidad de obtener acceso al registro de datos de las primigestas.

Posteriormente se visitó a las gestante en sus respectivos domicilio y se procedió a aplicar el instrumento con previo consentimiento y respetando los principios éticos.

El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos mediante la entrevista, luego se educó brevemente sobre los cuidados del recién nacido.

Se realizó el control de calidad de llenado del instrumento, que consistió en verificar que todos los ítem tengan respuesta y ésta sea única.

Terminada la investigación se proporcionó una copia de los resultados al gerente la Micro Red Moche.



2.6. PROCESAMIENTO DE DATOS:

Para la presente investigación el procesamiento de datos se realizó empleando el paquete estadístico SPSS versión 19 WINDOWS. Los resultados se presentan en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual. Así mismo utilizó una hoja de cálculo de Excel para la presentación de los resultados.

Para determinar si existe relación entre las variables de estudio, se utilizó la prueba de independencia de “Chi cuadrado” que mide la relación entre dos variables, pues existen evidencias suficientes de significación estadística si la probabilidad de equivocarse es menor a 5 por ciento ($p < 0.05$).

2.7. CONSIDERACIONES ETICAS:

Para la realización de la presente investigación se tuvo en cuenta los principios éticos:

- **Consentimiento Informado:** Se solicitó autorización de las primigestas, para la realización del estudio, explicándoles previamente la finalidad de la investigación.
- **Privacidad:** Se tuvo en cuenta el anonimato de las primigestas por lo cual no se registró su nombre en las encuestas.



- **Confidencialidad:** Los datos obtenidos fueron totalmente confidenciales, conocidos solo por las investigadoras y utilizados solo para fines de la investigación.
- **Beneficencia:** Se tomará en cuenta todas las precauciones necesarias para evitar en las primigestas daños físicos y/o psicológicos, además de protegerlas de la utilización de su colaboración en la investigación para otros fines.

2.8. DEFINICION DE VARIABLES:

2.8.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

➤ FACTORES BIOSOCIOCULTURALES

- **Definición nominal:** Lo biosociocultural supone una íntima relación entre lo biológico, social y cultural interrelacionados e interdependientes de tal manera que se habla de una nueva realidad; donde lo social es el conjunto de relaciones que se establecen entre las personas; la cultura, se define como el conjunto de valores, hábitos y costumbres, formas de expresarse, comunicarse y relacionarse que tienen las personas de una comunidad (Moguer, 2007).



- **Definición operacional:** En el presente estudio se consideró los siguiente factores:

1. EDAD

Definición nominal: Tiempo transcurrido desde el nacimiento (Salaverry, 2004)

Definición operacional:

≤ 20 años : madre adolescente

>20 años : madre adulta

2. GRADO DE INSTRUCCION

Definición nominal: Es el nivel educativo alcanzado. Referido a estudios realizados por las madres en una institución educativa hasta la fecha en que se aplicó la encuesta (Llorca, 2002).

Definición operacional: Se consideró:

Sin Instrucción : Sin grado de estudio aprobado.

Primaria : Cuando la madre aprobó algún grado de educación primaria.



Secundaria : Cuando la madre aprobó algún grado de educación secundaria.

Superior : Cuando la madre tiene título de educación superior.

3. UNION CONYUGAL

Definición nominal: Es la situación de convivencia de todo ser humano en relación con la pareja (Papalia, 2002).

Definición operacional: Se clasificó como:

Con pareja : Madre que vive con pareja en condición de casada o conviviente.

Sin pareja : Madre que vive sin pareja en condición de soltera, separada o viuda.

4. PROCEDENCIA

Definición nominal: Es el lugar de nacimiento de las madres y/o el lugar donde vivieron la mayor parte de su vida. (Salaverry, 2004)



Definición operacional: Se consideró según la región geográfica, registrándose como:

Zona Rural : Cuando residen en el campo.

Zona Urbana : Cuando residen en la ciudad.

2.8.2 VARIABLE DEPENDIENTE

➤ NIVEL DE INFORMACION MATERNA SOBRE EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO A TERMINO:

- **Definición nominal:** Se refiere a las nociones, conocimientos y/o experiencias que la madre haya adquirido sobre el cuidado del recién nacido (Whaley, 1999).
- **Definición operacional:** Se consideró la siguiente clasificación:

NIVEL DE INFORMACIÓN	PUNTAJE
Bajo	0 -21 puntos
Mediano	22 -32 puntos
Alto	33 -42 puntos



III. RESULTADOS

TABLA 1

FACTORES BIOSOCIOCULTURALES: EDAD, GRADO DE INSTRUCCIÓN, UNIÓN CONYUGAL Y ZONA DE PROCEDENCIA DE LAS PRIMIGESTAS, MOCHE – 2013.

FACTORES BIOSOCIOCULTURALES		
EDAD	Nº	%
≤ 20 años	30	44.1
> 20 años	38	55.9
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
Sin instrucción	11	16.1
Primaria	8	11.8
Secundaria	18	26.5
Superior	31	45.6
UNION CONYUGAL	Nº	%
Sin pareja	21	30.9
Con pareja	47	69.1
ZONA DE PROCEDENCIA	Nº	%
Rural	41	60.3
Urbano	27	39.7
TOTAL	68	100%

Fuente: Información obtenida por T.N.I.S.C.R.N.T.



TABLA 2
NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO A
TÉRMINO EN PRIMIGESTAS, MOCHE – 2013.

NIVEL DE INFORMACIÓN	Nº	%
Bajo	37	54.4%
Mediano	28	41.2%
Alto	3	4.4%
Total	68	100%

Fuente: Información obtenida por T.N.I.S.C.R.N.T.



TABLA 3
RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO EN
PRIMIGESTAS, MOCHE – 2013.

FACTOR BIOSOCIOCULTURAL	NIVEL DE INFORMACIÓN							
	BAJO		MEDIANO		ALTO		TOTAL	
EDAD	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤ 20 años	24	80	6	20	0	0.0	30	100
> 20 años	13	34.2	22	57.9	3	7.9	38	100

Fuente: Información obtenida por T.N.I.S.C.R.N.T.

$X^2: 14.68$

$p = 0.0007$

Altamente significativo



TABLA 4
RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCION Y EL NIVEL DE
INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO A
TÉRMINO EN PRIMIGESTAS, MOCHE – 2013.

FACTOR BIOSOCIOCULTURAL	NIVEL DE INFORMACIÓN							
	BAJO		MEDIANO		ALTO		TOTAL	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin instrucción	5	45.5	6	54.5	0	0	11	100
Primaria	8	100	0	0	0	0	8	100
Secundaria	10	55.6	8	44.4	0	0	18	100
Superior	14	45.2	14	45.2	3	9.6	31	100

Fuente: Información obtenida por T.N.I.S.C.R.N.T.

X^2 : 11.23

$p= 0.0816$

No significativo



TABLA 5
RELACIÓN ENTRE LA UNION CONYUGAL Y EL NIVEL DE
INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO A
TÉRMINO EN PRIMIGESTAS, MOCHE – 2013.

BIOSOCIOCULTURAL	NIVEL DE INFORMACIÓN							
	BAJO		MEDIANO		ALTO		TOTAL	
UNION CONYUGAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin pareja	12	57.1	9	42.9	0	0.0	21	100
Con pareja	25	53.2	19	40.4	3	6.4	47	100

Fuente: Información obtenida por T.N.I.S.C.R.N.T.

X^2 : 1.40

$p = 0.4959$

No significativo



TABLA 6
RELACIÓN ENTRE LA ZONA DE PROCEDENCIA Y EL NIVEL DE
INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO A
TÉRMINO EN PRIMIGESTAS, MOCHE – 2013.

BIOSOCIOCULTURAL	NIVEL DE INFORMACIÓN							
	BAJO		MEDIANO		ALTO		TOTAL	
ZONA DE PROCEDENCIA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rural	28	68.3	11	26.8	2	4.9	41	100
Urbano	9	33.3	17	63	1	3.7	27	100

Fuente: Información obtenida por T.N.I.S.C.R.N.T.

X^2 : 8.87

p= 0.0119

Significativo



IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN

Según la última encuesta demográfica y de salud familiar, en el Perú, la mortalidad neonatal corresponde a 13.86 por mil nacidos vivos y se conoce que las dos terceras partes de las muertes infantiles ocurren en el primer mes de vida, de éstas las dos terceras partes se presentan en la primera semana; y de éstas las dos terceras partes se presentan en las primeras 24 horas.

La mortalidad neonatal va a depender mucho del cuidado que se brinde al recién nacido, siendo la madre la principal proveedora de estos cuidados debemos tomar en cuenta que actualmente existe un alto porcentaje de mujeres que están gestando por primera vez (primigestas), y necesitarán apoyo, comprensión y ayuda en esta nueva etapa, y que su desempeño podría estar condicionado por muchos factores biológicos, sociales y culturales.

La Tabla 1 evidencia la edad de las primigestas de la jurisdicción de Moche, observando que el 55.9 por ciento son mayores de 20 años, y el 44.1 por ciento son menor de 20 años.

Esto puede deberse a que en los últimos años la promoción de la salud ha jugado un papel importante en la prevención de embarazos precoces, brindando mayor acceso a la información y los recursos que evitan un embarazo no deseado; por otro lado, el crecimiento económico acelerado en el Perú en estos últimos 5 años ha conllevado a que la



población económicamente activa y en edad fértil decida posponer el embarazo hasta después de haber adquirido un nivel económico rentable, en las últimas décadas se han adoptado nuevos roles de la sociedad en su conjunto, y sobre todo, a que cada vez existe mayor participación de la población femenina en la actividad laboral, así como también por el incremento del nivel educativo.

Chapillequen (2009) afirma que, la edad materna es importante para determinar si la madre tiene experiencia y está preparada para criar a un recién nacido, ya que se considera que con madres muy jóvenes los recién nacidos están expuestos a diversos peligros por negligencia sin que ellas se percaten.

Los resultados hallados difieren de los hallados por Chunga (2002), en su estudio realizado en el centro poblado menor de Miramar – Alto Moche sobre “Factores condicionantes básicos y su relación con el cuidado dependiente del Recién Nacido en mujeres primíparas”, que reportó que el 65.2 por ciento corresponde al grupo de menores de 20 años. Esto se puede deber a que el Puesto de Salud Alto Moche, es solo uno de los cinco establecimientos pertenecientes al Distrito de Moche, y a pesar de compartir ciertas características, la población ahora en estudio resulta más amplia.

En relación al factor materno grado de instrucción, se encontró que del total de primigestas estudiadas, el 45.6 por ciento presentan un



grado de instrucción superior; el 26.5 por ciento cuenta con educación secundaria, el 16.2 por ciento no tienen instrucción y el 11.8 por ciento cuenta con educación primaria.

Esto puede estar relacionado con que en los años recientes se han logrado progresos considerables a nivel nacional en el campo de la educación, ya que esta, es considerada fundamental para el desarrollo de los pueblos; y es considerada de gran importancia en las mujeres por ser ellas, en la mayoría de casos, quienes dirigen el hogar y velan por el bienestar de los hijos. Además se debe tener en cuenta que a pasar que el distrito de Moche cuenta con un área urbana y otra rural, estas no se encuentran muy distanciadas, lo cual podría también contribuir y facilitar una mejor accesibilidad a la educación; a diferencia de otras áreas rurales.

El grado de instrucción de la madre influyen en la salud del niño, ya que esta al tener mayor accesibilidad a las fuentes de información, amplía sus conocimientos, enriquece su cultura, modifica sus hábitos, mejorando con ello su nivel de vida, lo que repercute en el cuidado del niño (OPS, 2000).

Según Hakim (2005), el nivel superior y/o secundario asegura los conocimientos de salud básicos, principalmente sobre los cuidados que se brindan al recién nacido.



Los Hallazgos del presente estudio difieren de los encontrados por Alvitrez y Gálvez (2008), en su estudio realizado en el Hospital de Apoyo de Chepén sobre “Factores biosocioculturales y nivel de información sobre cuidados del recién nacido a término en madres primíparas”, que reportó que el 78 por ciento tiene grado de instrucción secundaria y superior sólo el 14 por ciento. Resultados similares a los obtenidos por Paredes y Ruiz (2008), en su investigación realizada en Huamachuco con madres primíparas, donde predominó el grado de instrucción secundaria con un 59.4 por ciento, seguido del grado superior con un 18.8 por ciento. Al igual que en el estudio realizado por Lezama y Meléndez (2005) donde el grado de instrucción secundaria y superior obtuvieron 57.5 y 20 por ciento respectivamente.

Estos datos se sustentan con los reportados por el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (2006), en la que se evidencia un mejoramiento del nivel educativo de la mujer peruana, pues disminuyó la tasa de analfabetismo a un 7.1 %, según la última encuesta nacional de hogares.

Respecto a la unión conyugal de las primigestas de la jurisdicción de Moche, se observó que el 69.1 por ciento se caracteriza por tener pareja, mientras que un 30.9 por ciento no.

Esto se puede deber a que en el presente estudio no se hizo diferencia alguna entre las primigestas convivientes o casadas,



considerando a ambas con pareja, así mismo según los resultados del último censo (2007), el número de convivientes se ha incrementado progresivamente mientras que el porcentaje de casados ha disminuido en forma acentuada.

Al respecto Salaverry (2004), señala que las madres que se encuentran con una pareja estable, van a realizar un mejor cuidado al recién nacido gracias al apoyo económico y emocional que van a recibir por parte del conyugue, manteniendo así la solidez familiar.

Así mismo la Organización Panamericana de la Salud (2005), sostiene que un niño/a que mantiene fuertes lazos con su padre será más sociable, tendrá mayor seguridad, manejará mejor la frustración, será responsable y tendrá más posibilidades de convertirse en una persona adulta sana y comprensiva.

Estos resultados coinciden con los hallados por Lezama y Meléndez (2005), en su estudio realizado en el distrito de La Esperanza sobre "Factores Biosocioculturales y Nivel de Información Materna sobre Cuidados del Recién Nacido", que reportó que el 77.5 por ciento corresponde al grupo de madres que se encuentran unidas a una pareja estables. Así mismo en el estudio de Llanos y Malca (2010), que reporto que el 67.6 por ciento de las madres se encuentran unidas a su pareja, formando una familia, sea en condiciones de casadas o en situación de convivientes.



En cuanto a la procedencia, se evidencia que el 60.3 por ciento de las primigestas proceden de una zona rural y el 39.7 por ciento de la zona urbana. Estos Resultados no pueden ser contrastados con otros estudios por no existir esta variable de estudio en trabajos similares.

La zona de procedencia materna es un factor condicionante para el adecuado cuidado del recién nacido, ya que guarda relación con las creencias y costumbres que encuentran profundamente arraigadas en las personas que viven en distintas regiones, las misma que son adquiridas a través de sus antecedentes y/o medios de comunicación y, a la vez, influyen en los hábitos alimentarios, en tipo de atención en problemas de salud, la aceptación o no de vacunas, prevención y tratamiento de enfermedades, entre otros (Gonzales y Silva, 2006).

De la tabla que se está analizando se puede inferir que más de la mitad de primigestas atendidas en los establecimientos del Distrito de Moche, se caracterizan por ser mayores de 20 años, una población apta para adoptar comportamientos que son específicos de la madre y que exige modificaciones intra e interpersonales, ellas podrían enfrentar los cambios que se desarrollan en forma gradual, continua, y que son un proceso dinámico, que incluye, identificarse su nuevo papel y con las nuevas expectativas, así como desarrollar habilidades.

Además en su mayoría, presentan un grado de instrucción superior y cuentan con una pareja estable, factores que condicionan un



buen desarrollo de su nuevo rol, ya que cuentan con una red de apoyo más grande que se asocia con un mayor nivel educativo, mayores conocimientos y con la presencia de una pareja a lo largo del embarazo, todos ellos agentes protectores que favorecerían el cuidado del niño durante el primer mes de vida.

La Tabla 2 presenta la distribución de las primigestas en estudio según el nivel de información que posean sobre el cuidado del recién nacido e término, observando que el 54.4 por ciento presenta un nivel de información bajo, seguido del 41.2 por ciento con nivel mediano y un 4.4 por ciento con un nivel de información alto.

Los resultados del presente estudio pueden deberse a que mayormente las madres se ocupan de adquirir recursos materiales para la atención del recién nacido y es evidente en la mayoría de los casos que los preparativos humanos a nivel cognitivo que se proveen para el cuidado de este nuevo ser son muy escasos.

La conducta relacionada con la atención del recién nacido está basada en un conocimiento y una información adecuada para garantizar que reciban atención en salud cuando corresponda, ya que el tratamiento de las enfermedades en sus etapas iniciales puede impedir que estas se agraven. En este sentido, las prácticas de cuidado de las madres para con sus hijos deben basarse en una buena información y conocimientos



sólidos, estar libre de prejuicios y percepciones culturales erróneas (Madaleno, 2000).

Los resultados mencionados anteriormente son similares al estudio realizado por Alvitres y Gálvez (2008), en el hospital de apoyo Chepén sobre “Factores biosocioculturales y nivel de información sobre cuidado del Recién Nacido a término en madres primíparas”, que reportó que el 50 por ciento de las madres primíparas tenían un nivel de información bajo.

Llanos y Malca (2010), realizaron un estudio en el hospital de apoyo Chepén sobre “Factores Socioculturales y su relación con el nivel de información sobre cuidado del Recién Nacido en madres adolescentes”, el cual reportó que el 73.2 por ciento de las madres adolescentes tenían un nivel de información adecuado. Asimismo Paredes y Ruiz (2008), investigaron acerca del nivel de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido en madres primíparas, hallando que el 65.6 por ciento presentaba un nivel regular. Resultados que difieren de lo hallado en el presente estudio.

De la tabla se puede inferir que más de la mitad de las primigestas atendidas en los establecimientos del Distrito de Moche presentan un nivel de información bajo, es decir el saber materno es escaso y eso es preocupante, lo que influiría de manera negativa en el cuidado de su hijo por nacer, ya que la madre es quien en su mayoría



proveerá los cuidados a un ser que apenas termina de adaptarse al nuevo medio, por otro lado no le va a permitir un buen crecimiento, ni un buen desarrollo y en muchas ocasiones la madre no va a saber identificar o cómo actuar frente a una situación de riesgo.

En la Tabla 3, se presenta la relación entre el factor edad y el nivel de información de las primigestas sobre los cuidados del recién nacido a término, evidenciándose que en las gestantes menores de 20 años existe un predominio del nivel de información bajo, representado por un 80 por ciento, seguido del nivel mediano con el 20 por ciento restante; asimismo las gestantes mayores de 20 años, presentan un nivel de información mediano representado por un 57.9 por ciento, seguido de un nivel bajo con un 34.2 por ciento, llegando a alcanzar el 7.9 por ciento de ellas un nivel de información alto. La variable edad en las primigestas presenta una relación altamente significativa ($p=0.0007$) con el nivel de información que aquellas puedan tener.

Esto podría explicarse en que la mayoría de madres adolescentes primigestas no comprenden que el normal desarrollo de su hijo durante el primer mes de vida depende directamente de los cuidados y estimulaciones que debe darle. Es cierto que, independientemente de la edad que tengan, se enfrentan a la misma situación de dar a luz por primera vez y por este hecho se encuentran en las mismas condiciones para adquirir información de diversas fuentes sobre los cuidados de un



recién nacido, para ello debe estar preparada biológica, psicosocial y emocionalmente.

En la adolescencia temprana (menores de 14 años) la maternidad se cruza con el desarrollo de la pubertad que, como gira en torno de un pensamiento mágico y egocéntrico, relega a un segundo plano la conducta materna que termina siendo ejercida por los abuelos. En la adolescencia media (14 a 16 años) y tardía (18 a 21 años), la adaptación del papel maternal es mayor que en la etapa anterior, se hace evidente por las conductas de autocuidado hacia la salud propia y la del hijo. Pero muchas veces se sienten posesivas de su hijo y asumen la función más como una independencia de los padres. En la juventud habiendo alcanzado ya esa independencia es posible que la maternidad se lleve a cabo con menos problemas.

Según Cadwell (2005), las madres adolescentes tienen pocas posibilidades de proporcionar a su hijo los cuidados adecuados, así como un ambiente estable y estimulante. La joven gestante no está física ni intelectualmente madura, por lo que es incapaz de superar con éxito los problemas económicos y sociales que ocasionan la presencia del nuevo ser.

Igualmente, Williams (2001) y Viaggiu (2003) sostienen que a mayor edad, el porcentaje del nivel de conocimiento tiende a incrementarse, debido a que la Madre se orienta, reafirma y adquiere



nuevos conocimientos, mayor experiencia y cambios de patrones socioculturales, a la vez que asumen roles y responsabilidades, lo que le permite adoptar mejores actividades y firmes decisiones en el cuidado de la salud del Niño.

Al contrastar los resultados obtenidos con otros estudios, se encontró similitudes con los reportes de León y De la Cruz (1994), quienes hallaron que las madres menores de 20 años presentan un nivel de información bajo (89.5%), mientras que en las madres de 21 – 35 años y de 31 – 35 años predominó el nivel de información básico o mediano (68.2% y 50% respectivamente)

En la Tabla 4 se presenta la relación entre el grado de instrucción y el nivel de información de las primigestas sobre el cuidado del recién nacido, observándose que de las gestantes con educación superior tanto el nivel de información bajo como medio representan un 45,2 por ciento cada uno y sólo el 9.64 por ciento alcanza un nivel de información alto; en las primigestas con grado de instrucción secundaria predomina el nivel de información bajo con un 55.6 por ciento, seguido del mediano con un 44.4 por ciento; por otro lado el 100 por ciento de las madres con grado de instrucción primaria presentan un nivel de información bajo y en cuanto a las gestantes sin instrucción el 54.5 por ciento de ellas presentan un nivel de información mediano y 45.5 por ciento un nivel bajo.



Al someter los resultados a la prueba de independencia de criterios se encontró que estas variables no tienen significancia estadística ($p=0.0816$). Lo que pone de manifiesto que el grado de instrucción constituye un factor que no se relaciona significativamente con el nivel de información que las primigestas puedan poseer sobre el cuidado del recién nacido a término.

Los resultados se deben probablemente a que la experiencia del nacimientos implica la necesidad de adquirir nuevos conocimientos y aun aquellas madres que tienen un grado de instrucción básico o incluso superior deben presentar la disposición necesaria para enterarse de datos sobre el cuidados de su recién nacido. Esta motivación para el aprendizaje esta relacionada con la disposición individual que cada madre posea.

Al respecto se afirma que existe una estrecha relación entre el grado de instrucción y las tasas de mortalidad, observándose que las madres con bajo grado de instrucción restan importancia a los cuidados que el recién nacido requiere. Mientras que a mayor grado de instrucción materno, está más propensa a obtener información de diversas fuentes para cumplir mejor su rol (Papalia, 2005).

Por otro lado al contrastar los resultados obtenidos con los resultados de otras investigaciones se encontraron diferencias con Paredes y Ruiz (2008), quienes hallaron que el grado de instrucción



constituye un factor que se relaciona con el nivel de conocimientos ($p=0.000$), de la misma manera Chunga (2002) en su investigación sobre los factores condicionantes básicos y su relación con el cuidado dependiente del recién nacido en mujeres primíparas, encontró que el 100 por ciento de mujeres primíparas con nivel de instrucción superior poseen capacidad de cuidado y por el contrario el 100 por ciento de las madres sin instrucción no poseen la capacidad de cuidado.

En la Tabla 5 se presenta la relación entre el nivel de información sobre cuidados del recién nacido a término y la unión conyugal, se observa que de las primigestas sin pareja el 57.1 por ciento presentan un nivel de información bajo y el 42.9 por ciento presenta un nivel de información mediano; en cuanto a las primigestas con pareja el 53.2 por ciento poseen un nivel bajo de información, el 40.0 por ciento un nivel mediano y el 6.4 por ciento logra un nivel alto. Estas variables no tienen relación estadísticamente significativa ($p=0.4959$).

Cabe resaltar que sólo las primigestas con pareja lograron alcanzar un nivel de conocimientos alto, esto podría deberse a que ellas se ven favorecidas por la participación y apoyo del cónyuge, lo que les permite buscar mayor información para poder brindar mejores cuidados a su hijo por nacer. Para las primigestas con pareja, conviviente o casada, el embarazo fue una voluntaria, al contrario de primigestas sin pareja en las que el embarazo sobrevino accidentalmente experimentando sentimientos de culpa, soledad, preocupación relacionados con los



conocimientos limitados sobre la maternidad, inmunizaciones e incapacidad de adaptación a su rol materno.

Al respecto, Gonzáles (2004), menciona que las Madres con pareja les resulta un proceso lleno de expectativas, pues el embarazo para ellas fue una decisión libre y voluntaria y además por informarse sobre aspectos relacionados a la crianza de los hijos y brindar cuidados óptimos durante el periodo neonatal e infantil.

Al contrastar los resultados obtenidos con otros estudios, se encontró similitudes con los reportes que da Lezama y Meléndez (2005), quienes muestran que tanto en mujeres con pareja y sin pareja presentan un nivel de información medio con 71 y 55.6 por ciento respectivamente.

Finalmente en la Tabla 6, presenta la relación entre el nivel de información sobre cuidados del recién nacido a término y la zona de procedencia, observando que el 68.3 por ciento de las primigestas procedentes del área rural presentan un nivel bajo de información, el 26.8 por ciento un nivel mediano y el 4.9 por ciento un nivel alto; mientras que de las primigestas procedentes del área urbana el 33.3 por ciento tiene un nivel bajo de información, el 63 por ciento tiene un nivel mediano y el 3.7 por ciento un nivel alto.

Al someter los resultados a la prueba de independencia de criterios se encontró que estas variables tienen significancia estadística ($p=0.0119$). Lo que pone de manifiesto que la zona de procedencia



constituye un factor que se relaciona significativamente con el nivel de información que las primigestas puedan poseer sobre el cuidado del recién nacido a término.

Los resultados obtenidos se deben probablemente a que la zona urbana, posee mayor accesibilidad tanto a los medios de comunicación como a la atención en salud; medios que permiten obtener información en diversos aspectos relacionados a la salud del recién nacido. Por el contrario en las primigestas procedentes de la zona rural, la información que poseen están relacionadas con las creencias y costumbres arraigadas y transmitidas que generación en generación, las cuales ponen en riesgo la salud y el bienestar del recién nacido.

Debe tenerse en cuenta que en las áreas rurales existe un intercambio de información entre sus pobladores que constituye un mecanismo de protección ante la escasez o menor tenencia de ciertos recursos, y que el individuo que posee conocimientos acerca de cuestiones de salud es muy bien valorado. En la ciudad, esa forma eficaz de transmisión se sustituye por el nivel educacional, puesto que ahí se empieza a depender de la información técnica y de los medios masivos de información. La “cultura de las enfermedades” está muy vinculada a las tradiciones y es más homogénea en el ambiente rural, en el que esos conocimientos forman parte de los temas de conversación y de los intereses más inmediatos, a la par que existe una presión social en ese sentido y hay más influencia del grupo sobre el individuo; en la ciudad el



individuo se separa más del grupo y es capaz de buscar información según la necesidad que tenga de la misma (Valdés, R. y Martínez, C.,2009)

Es por ello que, las comunidades rurales y urbano marginales se ven afectadas por el ambiente de pobreza, hacinamiento, delincuencia y difícil acceso a la educación y servicios de salud; es así que en el Perú la mortalidad neonatal, en la zona urbana es menor que en la rural (8 y 11 por mil nacidos vivos respectivamente). (Bianchi, 2001; INEI, 2009b).

Respecto a los resultados obtenidos en la presente investigación, estos no pueden ser contrastados con otros estudios por no existir trabajos similares con ambas variables. Sin embargo cabe mencionar que Alvitrez y Gálvez (2008) en la investigación realizada en el hospital de apoyo Chepén sobre “Factores biosocioculturales y nivel de información sobre cuidado del Recién Nacido a término en madres primíparas”, trabajaron con el factor zona de procedencia y la clasificaron como costa, sierra y selva. El estudio reportó que en las madres procedentes de la costa el nivel de información tanto bajo como medio obtuvieron el mismo porcentaje (41.5 por ciento), mientras que un 17 por ciento alcanzó un nivel alto. Asimismo las primíparas procedentes de la sierra presentaron un nivel de información bajo (88.9 por ciento) y sólo el 11.1 por ciento alcanzó un nivel de información alto. Concluyendo así que existe una relación significativa entre ambas variables ($p < 0.05$).



V. CONCLUSIONES:

Las conclusiones de la presente investigación son las siguientes:

- Las primigestas atendidas en los establecimientos del Distrito de Moche, durante los meses de Abril a Mayo del 2013, se caracterizan por ser mayores de 20 años (55.9 por ciento), la mayoría con un grado de instrucción superior (45.6 por ciento), cuentan con una pareja estable (69.1 por ciento) y proceden en su mayoría de la zona rural (60.3 por ciento).
- El nivel de información de las primigestas atendidas en los establecimientos del Distrito de Moche, durante los meses de Abril a Mayo del 2013, es bajo (54.4 por ciento).
- Al someter los resultados a la prueba de independencia de criterios “Chi cuadrado” se encontró que los factores de edad y zona de procedencia presentan una relación significativa con el nivel de información, sobre los cuidados del recién nacido a término, que presentan las primigestas atendidas en los establecimientos del Distrito de Moche, durante los meses de Abril a Mayo del 2013.



VI. RECOMENDACIONES:

Los resultados del presente estudio de investigación permiten hacer las siguientes recomendaciones:

- Implementar un programa educativo dirigido a madres primerizas, para fortalecer y modificar los conocimientos sobre los cuidados al recién nacido a término.
- Capacitar al personal de salud, en especial al personal de enfermería, para proporcionar una adecuada orientación sobre importancia del cuidado del recién nacido como parte de la ejecución de un plan de seguimiento y visita domiciliaria programada a primíparas durante el primer mes post parto.
- Incentivar al Profesional de Enfermería para realizar trabajos de investigación sobre este tema considerando otros factores (nivel económico, estado laboral, etc.) que pudieran influir en los conocimientos maternos sobre los cuidados al recién nacido. Así mismo determinar la influencia educativa del personal de enfermería.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguayo, J. y col (2004). Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Madrid.

Alayo, Z. y Capristán, L. (1995). Influencia de algunos factores maternos en el nivel de información sobre cuidados del recién nacido. Hospital de Apoyo Belén de Trujillo – Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

Alvítres y Gálvez (2008). Factores biosocioculturales y nivel de información sobre cuidados del recién nacido a término en madres primíparas. Hospital de apoyo de Chepén – Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

Bada, C. (2007). Mi Bebe Sano. Disponible en Internet desde: http://www.mibebesano.com/arch_reciennacido/ombbligo.shtml. [visitado el 09 de Febrero del 2013].

Ballabriga, A. (2002). “Alimentación del recién nacido normal”. En, Tratado de Pediatría. (8 ed), M. Cruz. Ergon.

Berhman, R. (2004). Tratado de pediatría. 15^{va} Ed. Mc Graw Hill. España.

Bianchi, I. (2001) Problemas del Perú contemporáneo. Módulo de aprendizaje. 4ta ed. Ed. Universidad Cesar Vallejo. Perú

Cadwell .J. (2005). La Educación Materna en la Mortalidad Infantil. 86,91.



Chapilliquen J.(2009) 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 por el grado de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú

Chunga, J. (2002). Factores condicionantes básicos y su relación con el cuidado dependiente del recién nacido en mujeres primíparas. Puesto de Salud Miramar – Trujillo. Trabajo de Habilitación Universidad Nacional de Trujillo.

Correa, A. (2000). Puericultura del Recién Nacido. [en línea] Disponible en Internet desde: <http://www.encolombia.com/pediatria34499-crianza.htm>. 2000. [visitado el 09 de Febrero del 2013].

Cosoi, P. (2001). Características clínicas de lactantes con eventos agudos amenazantes de la vida. Disponible en Internet desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-106200600200004 [visitado el 03 de Octubre del 2012].

Diccionario Medico (2010). Definición de primigesta. Disponible en Internet desde: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/primigesta.html> [visitado el 14 de Octubre del 2011].

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), (2004). Comunidad Saludable. Disponible en: [www.comunidadsaludable.org/doc/ESTUDIOS/ENDES%20CONTINUA%](http://www.comunidadsaludable.org/doc/ESTUDIOS/ENDES%20CONTINUA%20) [visitado el 14 de Febrero del 2013].



Farnetani, I. (2002), Los 1000 primeros días de tu bebé. Editorial Alfaomega-Everest. ISBN 970-15-0816-5

Gonzales, A.(2004). Educación a primíparas sobre cuidados del recién nacido. Tesis de Universidad Cayetano Heredia. Lima. pp. 5-6.

Gonzales, E.; Silva, C. (2006). Factores sociales que rodean el proceso de paternidad en padres adolescentes: un análisis cualitativo. Disponible en:<http://www.scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&lr=&cites=328Infant.a+adolesc2003> [visitado el 10 de Febrero del 2013].

Hakim, C. (2005) Modelos de familias en las sociedades modernas. 1° Ed. Edit. Madrid. España.

Hernández, S. y Martínez, D. (2004) Interacción Materno/ Paterno – Infantil en padres adolescentes. Comparación con otros cuidadores (abuelas). Tesis para optar por el grado de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional de Huancavelica. Perú 2004.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), (2009)_a. Estado de la población peruana: situación de la mujer. Lima. Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), (2009)_b. Mortalidad Infantil y sus diferencias por Departamento, Provincia y Distrito 2007. Lima. Perú.



Jiménez, A. (2004) Enfermería Psicosocial y salud mental. Disponible en: <http://www.google.com.pe/paternidadadolescente/boletin.htm.502> [visitado el 10 de Febrero del 2013].

Llanos C. y Malca S. (2010). Factores Sociodemográficos y su relación con el nivel de información sobre cuidados del recién nacido en madres adolescentes. Hospital de apoyo Chepén – Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

Llorca, M. (2002). La práctica psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento. Málaga: Aljibe. Disponible en Internet desde: <http://www.terra.es/personal/psicomot/libpscmt.html>. [visitado el 10 de Febrero del 2013].

Maddaleno, M. (2000). La salud del adolescente y el joven. P.C:552. Washington D.C.OPS 252-255.

Martínez, F. y Martínez, R. (2005). La salud del niño y del adolescente. 5 Edit. Editorial el manual moderno S.A.- Mexico.

Mendoza, A. (2009). Asistencia inicial al recién nacido normal. [tesis en línea] Disponible en Internet desde: http://www.bibliotecadigital.uson.mx/bdg_tesisIndice.aspx?tesis=9156. [visitado el 28 de diciembre del 2012].

Ministerio De Salud (2005). Embarazo en adolescentes. Disponible en Internet desde: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/>



embarzoadolescente/archivos/estadisticas.pdf [visitado el 22 de febrero de 2011].

Ministerio De Salud (2010)_a. Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima – Perú.

Ministerio De Salud (2010)_b. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima – Perú.

Ministerio De Salud (2012). Novafis: Paquete estadístico de información. Lima – Perú.

Moguer, M (2007). Pensares y sentires. [En línea] URL disponible: <http://mjomog7.blogspot.com/2007/10/definicin-de-sociocultural.html> [visitado el 02 de enero de 2013].

Muñoz, J y Col (2005). Guía de cuidados del RN. Hospital Universitario: Reina Sofía. Córdoba – España.

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2012). El embarazo juvenil [En línea] Disponible en: <http://www.laprensa.hn/Secciones-Principales/Vivir/Salud/EI-11-de-nacimientos-en-el-mundo-son-de-madres-adolescentes#.URiRDR0mYI8> [visitado el 12 de febrero de 2013].

Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2009). Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. EE.UU.



Organización Mundial la Salud (2005). Acciones AIEPI en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. EE.UU.

Organización Mundial la Salud (2008). Guía para formular el Plan Operativo de Salud Infantil - La Estrategia AIEPI. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU.

Papalia D. (2005). Desarrollo humano. 8° Edic. Edit. Mc Graw Hill. Colombia

Paredes L. y Ruiz M. (2008). Factores Socioculturales y el nivel de conocimientos de las madres primíparas sobre cuidado del recién nacido. Hospital Leoncio Prado de Huamachuco– Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

Poblete, N. Cuidados del recién nacido [en línea] Disponible en Internet desde: http://www.padresok.com/paginas/ver_notas.cfm?TipoVisor=detalle&ObjectId=DD9567E8-5D75-11D4-B684005004064124. [visitado el 03 de abril del 2010].

Polit, D. y Hungler, B. (2000). Investigación científica en Ciencias de la Salud. 5° Ed. Edit. McGraw-Hill. México.

Quiróz, C. y Rodríguez, J. (2006). Factores Socioculturales Maternos que Influyen en el Cuidado del Niño Menor de un Año”. Hospital Tomas Lafora



de Guadalupe – Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

Rush University Medical Center, El recién nacido-los patrones de sueño [en línea] Disponible en Internet desde: <http://www.rush.edu/spanish/speds/newborn/behrslep.html>. [visitado el 06 de abril del 2010].

Salaverry, O. (2004), Causas y Consecuencias en Embarazos Adolescentes [en línea] Disponible en Internet desde: <http://www.angelifire.com/pe/actualidadpsi/embarazo/html>. [visitado el 03 de abril del 2010].

Salomón, M. (2000). Cuidados dermatológicos del recién nacido. p. 15-20. Lima-Perú.

Samaniego, C. (1995). Población, Trabajo y _Desarrollo, boletín impares.

UNFPA (2001). Informe del Estado de la Población Mundial, [en línea] Disponible en Internet desde: http://spanish.peopledaily.com.cn/spanish/200111/08/sp20011108_50240.html [visitado el 10 de Febrero del 2013].

Valdés, R. y Martínez, C (2009) Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos. La Habana. Cuba

Whalley, L. Y Wong, D. (1999). Enfermería Pediátrica. 4° Ed. Edit. Mosby/Doyma – Libros.



ANEXOS



ANEXO N° 1

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE TESIS

Yo, Ms. Flor Margarita Márquez Leiva, Docente auxiliar del Departamento de Enfermería en Salud de la Mujer y el Niño de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, identificada con código N°.....; me comprometo a brindar asesoría en el Proyecto de Investigación, titulado “LOS FACTORES BIOSOCIOCULTURALES Y EL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO EN PRIMIGESTAS, MOCHE – 2013”; de las Bachilleres de Enfermería:

- Nieto Polo Salinas, María Susana
- Ñique García, Lucia Carolina

Firmo el presente documento para los fines que estimen conveniente.

Trujillo..... de del 2013

Ms. Flor Margarita Márquez Leiva
Cód.....



ANEXO N° 2

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, con DNI N°, manifiesto que he sido informada sobre los beneficios que supone la participación en el trabajo de investigación, denominado **“FACTORES BIOSOCIOCULTURALES Y NIVEL DE INFORMACION SOBRE EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO A TERMINO EN PRIMIGESTAS, MOCHE – 2013”**, con el fin de comprobar la relación que existe entre estas variables.

He sido informada sobre la finalidad del trabajo y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo mi salud y bienestar. Además de haberseme aclarado que no haré ningún gasto, ni recibiré ninguna contribución económica por mi participación.

He sido también informada de que mis datos personales serán protegidos he incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 del 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para participar en dicha investigación.

Trujillo, de del 2013

Firma de Participante



ANEXO N° 3

CONFIABILIDAD ALPHA DE CROMBACH

Para obtener la confiabilidad de la presente investigación se utilizó la prueba estadística Alpha de Crombach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde:

k : Numero de Items

$\sum S_i^2$: Suma varianzas de c/item

S_T^2 : Varianza de los totales

Valor de la Prueba Alfa de Crombach	N° Casos	N° Item
0.7976	40	21

Si es confiable el Test



ANEXO N° 4

TEST DE NIVEL DE INFORMACION SOBRE CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO A TERMINO

AUTORAS: Alayo Zavaleta
Capristán León

Modificado por las autoras

A) Datos de identificación:

1.- Edad:

- a) \leq 20 años
- b) $>$ 20 años

2.- Grado de instrucción:

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

3.- Unión conyugal:

- a) Sin pareja
- b) Con pareja



4.- Zona de procedencia:

- a) Rural
- b) Urbana

B) Nivel de información:

5. ¿Con que debe alimentar al recién nacido?
- a) Leche materna exclusiva
 - b) Leche materna y leche artificial
 - c) Leche artificial o de tarro
 - d) No sabe/no contesta
6. ¿En qué momento luego del parto debe dar de lactar por primera vez al recién nacido?
- a) 6 horas después del parto
 - b) Inmediatamente después del parto
 - c) 24 horas después del parto
 - d) No sabe/no contesta
7. ¿Cada qué tiempo cree usted que debe dar de lactar al recién nacido?
- a) Cada 2 o 3 horas
 - b) A libre demanda
 - c) Cada vez que sus mama se llene de leche
 - d) No sabe/no contesta



8. ¿Qué tiempo debe succionar un recién nacido en una mama para pasar a la otra?
- a) De 5 a 9 minutos
 - b) De 10 a 15 minutos
 - c) Más de 20 minutos
 - d) No sabe/no contesta
9. ¿Qué es el calostro?
- a) Es un líquido amarillo que contiene defensas
 - b) Es la primera leche
 - c) Es la leche diluida
 - d) No sabe/no contesta
10. ¿Con que frecuencia se debe hacer eructar al recién nacido?
- a) De 6 a 8 veces
 - b) De vez en cuando, porque el recién nacido demora en eructar
 - c) Siempre después de recibir su lactancia
 - d) No sabe/no contesta
11. ¿Cómo debe de colocar al recién nacido para hacerlo eructar?
- a) Acostado boca arriba
 - b) Boca abajo con la cabeza de lado y/o colocándolo en el hombro
 - c) Boca arriba con la cabeza de lado
 - d) No sabe/no contesta



12. ¿Cuándo cree usted se debe realizar la higiene de pezones?
- a) Solamente una vez al iniciar el día
 - b) Antes y después de dar de lactar al niño
 - c) Solamente cuando el tiempo se lo permita
 - d) No sabe/no contesta
13. ¿con que frecuencia cree usted se debe bañar al recién nacido después que sale del hospital?
- a) Dejando un día
 - b) Todos los días
 - c) Dejando dos días
 - d) No sabe/no contesta
14. ¿por qué parte del cuerpo cree usted se debe de iniciar el baño del niño?
- a) Por el cuello y la espalda
 - b) Por cualquier parte
 - c) Por la cara y cabecita del niño
 - d) No sabe/no contesta
15. ¿con que se limpia el cordón umbilical?
- a) Agua y algodón
 - b) Alcohol 70% y gasa estéril o hisopo
 - c) Merthiolate incoloro



d) No sabe/no contesta

16. ¿cada qué tiempo se hace la limpieza del cordón umbilical?

a) Una vez al día

b) Inter diario

c) Tres veces al día y/o cada vez que se cambia de pañal

d) No sabe/no contesta

17. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento se desprende el cordón umbilical?

a) Al segundo día después del parto

b) Entre el tercero y cuarto día después del parto

c) Entre el quinto y octavo día después del parto

d) No sabe/no contesta

18. ¿Cómo se evita las escaldaduras en el recién nacido?

a) Limpiando lo más pronto después de cada deposición y manteniendo seco y limpio al recién nacido

b) Echándole talco o chuño

c) Poniéndole crema para escaldaduras

d) No sabe/no contesta

19. ¿Cómo es el color de las deposiciones a partir del cuarto día?

a) Verde oscuro



b) Amarillento

c) Marrón

d) No sabe/no contesta

20. ¿Cómo es la consistencia de las deposiciones del recién nacido a partir del cuarto día de su nacimiento?

a) Líquidas

b) Semilíquidas (leche cortada)

c) Blandas

d) No sabe/no contesta

21. ¿Cuál es la importancia de las vacunas?

a) Mantienen al recién nacido sano

b) Previenen enfermedades

c) No tienen importancia

d) No sabe/no contesta

22. ¿Qué vacunas se colocan al recién nacido?

a) Antipoliomielitis y DPT

b) BCG y HvB

c) Ninguna

d) No sabe/no contesta



23. ¿Cuál es la forma correcta de coger al recién nacido para levantarlo?
- a) Levantando su espalda con una mano y con la otra los pies del recién nacido
 - b) Levantando con una mano la parte posterior del cuello y cabeza y con la otra los glúteos del recién nacido
 - c) Sosteniendo la cabeza con una mano y con la otra los glúteos del recién nacido
 - d) No sabe/no contesta
24. ¿Cuáles son los controles de Crecimiento y Desarrollo que debe tener el niño hasta el primer mes de vida?
- a) A los 7 días de nacido
 - b) A los 7 y a los 15 días de nacido
 - c) A los 15 días de nacido
 - d) No sabe/no contesta
25. ¿Cuáles son los signos de alarma en el recién nacido?
- a) Sobresaltos o ligeros temblores ante ruidos intensos
 - b) Deposiciones semi-liquidas
 - c) Fiebre, piel pálida o amarilla, falta de apetito
 - d) No sabe/no contesta



ANEXO N° 5

HOJA DE RESPUESTAS

ITEM	CLAVE	CORRECTO	INCORRECTO
1	A	2 pts.	0 pts.
2	B	2 pts.	0 pts.
3	B	2 pts.	0 pts.
4	C	2 pts.	0 pts.
5	A	2 pts.	0 pts.
6	C	2 pts.	0 pts.
7	B	2 pts.	0 pts.
8	B	2 pts.	0 pts.
9	B	2 pts.	0 pts.
10	C	2 pts.	0 pts.
11	B	2 pts.	0 pts.
12	C	2 pts.	0 pts.
13	C	2 pts.	0 pts.
14	A	2 pts.	0 pts.
15	B	2 pts.	0 pts.
16	B	2 pts.	0 pts.
17	B	2 pts.	0 pts.
18	B	2 pts.	0 pts.
19	B	2 pts.	0 pts.
20	B	2 pts.	0 pts.
21	C	2 pts.	0 pts.